

ADREA

mutuelle

— GROUPE AESIO —

GUIDE PRATIQUE ENTREPRISE

Déductibilité sociale et fiscale

des régimes de protection
sociale complémentaire

adrea.fr



santé • prévoyance • épargne • retraite



Sommaire

Préambule : déductibilité sociale et fiscale des cotisations	3
--	---

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE DÉDUCTIBILITÉ

	4
--	---

CONDITION 1 Vos régimes doivent être assurés auprès d'organismes habilités	4
---	---

CONDITION 2 Vos régimes doivent respecter la règle de non substitution au salaire	4
--	---

CONDITION 3 Vos régimes doivent être formalisés par écrit conformément à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale	4
---	---

Preuve du formalisme	4
----------------------------	---

CONDITION 4 Vos régimes frais de santé doivent respecter le cahier des charges des contrats "responsables"	5
--	---

Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?	5
---	---

CONDITION 5 Vos régimes doivent avoir un caractère collectif	5
---	---

Comment identifier une catégorie objective de salariés ? (article R.242-1-1 CSS)	5
--	---

Quels sont les critères interdits ?	7
---	---

Quelle légitimité donner à ces critères ? (article R.242-1-2 CSS)	8
---	---

Étendue des garanties	9
-----------------------------	---

Précision sur le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	9
--	---

Appréciation du caractère collectif en cas de restructuration	10
---	----

CONDITION 6 Vos régimes doivent avoir un caractère obligatoire	10
---	----

Quelles sont les dispenses permettant de ne pas adhérer au régime obligatoire "frais de santé" ?	10
---	----

RÉGIME SOCIAL ET FISCAL DES COTISATIONS DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

	13
--	----

Le régime social	13
------------------------	----

Le régime fiscal	13
------------------------	----

Les conséquences du dépassement	13
---------------------------------------	----



Déductibilité sociale et fiscale des cotisations

Les règles de déductibilité sociale et fiscale des cotisations de prévoyance complémentaire sont fixées par une série de textes normatifs (lois, décrets, circulaires) qui forment un ensemble relativement complexe à appréhender.

C'est pour cette raison qu'ADRÉA Mutuelle a souhaité vous aider à faire le point sur vos droits et obligations en mettant à votre disposition ce guide pratique sur les règles de déductibilité en vigueur.

La présente version actualisée de ce guide prend notamment en compte **l'entrée en vigueur de nouvelles dispenses d'adhésion de "plein droit" aux régimes frais de santé obligatoires** (dispenses introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ses décrets d'application).

Par ailleurs, nos équipes se tiennent à votre disposition pour vous accompagner au mieux dans la mise en place ou la mise en conformité des régimes au sein de votre entreprise.

Quel est le champ de la prévoyance complémentaire ouvrant droit à déductibilité ?

- les **prestations complémentaires au régime de base de la Sécurité sociale** couvrant les risques maladie, maternité, invalidité, décès, accident du travail et maladie professionnelle et dépendance ;
- les prestations pour lesquelles un lien peut être clairement établi avec les risques précités :



1

Forfait maternité ou adoption



2

Allocation forfaitaire hospitalisation couvrant des frais non pris en charge par l'Assurance maladie (forfait hospitalier, chambre individuelle, par exemple)



3

Garanties d'assistance directement liées à des situations d'hospitalisation, d'incapacité, d'invalidité ou de décès (ainsi que les garanties qui leur sont indissociables pour lesquelles la contribution patronale n'excède pas 10 € par an et par salarié)



4

Le versement de prestations en cas **d'inaptitude professionnelle** (perte de licence des pilotes, retrait du permis de conduire des chauffeurs...) limité aux cas de retrait pour raisons médicales

L'administration fiscale précise que le régime de prévoyance complémentaire doit être exclusif de tout versement d'un capital, sauf pour la couverture du risque décès, invalidité absolue et définitive ou perte totale et irréversible d'autonomie.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE DÉDUCTIBILITÉ

Les contributions patronales ne peuvent être exonérées de cotisations sociales et fiscales que si les régimes de protection sociale complémentaire mis en place remplissent les conditions suivantes :

- recours à un organisme habilité (Condition 1)
- non substitution à un élément de salaire (Condition 2)
- respect du formalisme imposé par l'article L.911-1 CSS (Condition 3)
- pour les régimes frais de santé : respect du cahier des charges des contrats responsables (Condition 4)
- caractère collectif (Condition 5)
- caractère obligatoire (Condition 6)

CONDITION 1

Vos régimes doivent être assurés auprès d'organismes habilités

Les organismes habilités sont les mutuelles, les Institutions de Prévoyance et les compagnies d'assurance.

L'employeur ne peut en aucun cas auto-assurer les régimes de protection sociale complémentaire mis en place dans son entreprise.

CONDITION 2

Vos régimes doivent respecter la règle de non substitution au salaire

Les contributions patronales ne doivent pas se substituer, en tout ou partie, à d'autres éléments de rémunération supprimés dans l'entreprise depuis moins de douze mois.

CONDITION 3

Vos régimes doivent être formalisés par écrit conformément à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale

Le Code de la Sécurité sociale admet 3 modes de mise en place :

- par convention ou accord collectif d'entreprise ou d'établissement
- par référendum (ratifié à la majorité des électeurs inscrits, soit 50% des effectifs) ;
- par décision unilatérale de l'employeur (DUE) constatée dans un écrit remis à chaque salarié (la remise de la notice d'information ne se substitue pas à la remise de cet écrit).

À NOTER

Seul un accord d'établissement peut permettre à un employeur de mettre en place un régime spécifique à un établissement.

L'acte de mise en place du régime doit contenir les clauses obligatoires prévues aux articles L.912-2 à 4 du Code de la Sécurité sociale et aucune des clauses prohibées prévues aux articles L.913-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, et avoir fait l'objet d'un avis préalable du Comité d'entreprise.

Preuve du formalisme

Selon le mode de mise en place choisi, l'employeur devra remettre, en cas de contrôle :

- **accord collectif** : une copie de l'accord et le récépissé du dépôt à la Direction régionale des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ;
- **accord référendaire** : une copie de l'accord et le PV de ratification ;
- **décision unilatérale de l'employeur (ou relevé des usages)** : une copie de l'écrit remis aux salariés et justifier de la remise de cet écrit à chacun d'entre eux (document joint au bulletin de salaire, remise en main propre, émargement...).

ATTENTION

Le non respect du formalisme comme l'absence de la remise d'écrit fait perdre le bénéfice des exonérations sociales et fiscales des contributions patronales.

CONSEIL

Si vous avez mis en place un régime de protection sociale complémentaire sans formalisme juridique, il convient de rédiger un "relevé des usages" afin de formaliser par écrit la mise en place du régime.

RÉFÉRENDUM ET RÈGLES DE MAJORITÉ REQUISE

La chambre sociale de la Cour de Cassation (Cass.Soc. 15 novembre 2011, n°10-20.891) a opté pour un scrutin à la majorité des électeurs inscrits.

Les régimes actuels résultant d'accords ratifiés sur la base d'une **majorité moindre** que celle des inscrits **perdent leur caractère obligatoire et deviennent facultatifs** pour l'ensemble des salariés. Un nouveau référendum doit alors être organisé.

CONDITION 4

Vos régimes frais de santé doivent respecter le cahier des charges des contrats "responsables"

La contribution des employeurs à un régime frais de santé ne sera déductible que si les garanties mises en place sont "responsables".

Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?

Il s'agit d'un contrat qui favorise le respect du parcours de soins coordonnés défini par la loi sur la Sécurité sociale.

Le médecin traitant désigné par le salarié coordonne le parcours de soin et doit en principe être consulté en premier.

Les contrats responsables doivent prévoir des niveaux de remboursement minimum et/ou maximum fixés par la loi.

Les franchises (contribution forfaitaire de 1 €, franchises médicales...), les pénalités liées au "hors parcours de soins" ne peuvent donner lieu à aucun remboursement.

CONDITION 5

Vos régimes doivent avoir un caractère collectif

Seules les contributions patronales aux régimes collectifs peuvent bénéficier de la déductibilité.

Pour être collectif, le régime doit couvrir :

- soit **l'ensemble des salariés**
- soit **une ou plusieurs catégories objectives** de salariés.

Lorsque les garanties ne s'appliquent qu'à une ou plusieurs catégories de salariés, celles-ci doivent permettre **de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.**

ÉGALITÉ DE TRAITEMENT ET RÉGIMES CATÉGORIELS

Cour de cassation, 13 mars 2013 : 3 arrêts

En raison des particularités des régimes de prévoyance complémentaire couvrant les risques maladie, incapacité, invalidité, décès et retraite, la Cour de cassation admet la mise en place de régimes différents du seul fait de la différence de catégorie professionnelles, à condition de respecter le principe d'égalité de traitement entre les salariés relevant d'une même catégorie professionnelle.

Comment identifier une catégorie objective de salariés ?

(article R.242-1-1 CSS)

5 critères permettent de définir des catégories objectives de salariés :

CRITÈRE 1

L'appartenance aux catégories de **cadres** et de **non cadres** telles que définies par référence aux **articles 4** (cadres) et **4 bis** (assimilés cadres) de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, et **l'article 36** (non cadres cotisants à l'AGIRC) de son annexe.

	Convention AGIRC de mars 1947	Correspondances
Cadres	Articles 4	Article 4 = ingénieurs et cadres, mandataires sociaux et médecins considérés comme salariés au regard de la législation de la Sécurité sociale (affiliés au régime général)
Non cadres	Articles 4 bis	Article 4 bis dits assimilés cadres = employés, techniciens et agents de maîtrise assimilés aux ingénieurs et cadres (classification hiérarchique et des salaires)
	Articles 36	Article 36 = autres collaborateurs que ceux visés aux articles 4 et 4 bis, non cadres qui cotisent à l'AGIRC en fonction de leur coefficient de classification
	Tous les salariés ne cotisant pas à l'AGIRC	Salariés ne cotisant pas à l'AGIRC = collaborateurs non cadres ne cotisant pas à l'AGIRC (ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrise)

Remarque : l'utilisation de ce critère ne permet d'avoir que deux types de catégories, mais il est possible de placer le curseur à différents endroits pour constituer ces catégories, tout en couvrant la totalité du personnel.

Les différentes possibilités de catégories objectives et leur libellé en application du critère n°1 sont :

Solution 1	Articles 4	Articles 4 bis	Articles 36	Ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrise, non affiliés à l'AGIRC
Solution 2	Articles 4	Articles 4 bis	Articles 36	Ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrise, non affiliés à l'AGIRC
Solution 3	Articles 4	Articles 4 bis	Articles 36	Ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrise, non affiliés à l'AGIRC
Équivalent Solution 3	Salariés affiliés à l'AGIRC			Salariés non affiliés à l'AGIRC

Tolérance sur le libellé des collèges :

Les régimes couvrant des collèges libellés "cadres" et "non cadres" sans référence à l'AGIRC sont admis par la circulaire qui donne une définition très précise de ces deux collèges :

Libellé sans référence à l'AGIRC - Interprétation DSS	
Libellé du collège	Correspondance (personnes couvertes)
Cadres	Articles 4
Non cadres	Les autres salariés de l'entreprise qui ne relèvent pas de l'article 4 (art. 4 bis, 36, ETAM et Ouvriers)

CRITÈRE 2

L'utilisation des **tranches de rémunérations** (A, B, C pour l'AGIRC ; 1 et 2 pour l'ARRCO).
Peuvent constituer des catégories objectives en application de ce critère :

- les salariés dont la rémunération est **inférieure ou égale à 1, 3, 4 ou 8 fois le plafond de la Sécurité sociale** (combinaisons 1 à 4)
- ceux dont la rémunération est **supérieure ou égale à 1, 3 ou 4 plafonds** (combinaisons 1 à 4)
- et, par tolérance admise par la circulaire (puisque les tranches de rémunération fixées par rapport à 2 PASS n'existent pas dans les conventions AGIRC et ARRCO), ceux dont la rémunération est **soit inférieure ou égale, soit supérieure ou égale à 2 plafonds** (combinaisons 5 et 6).

ATTENTION

Les salariés dont la rémunération est supérieure ou égale à 8 plafonds ne peuvent en aucun cas constituer à eux seuls une catégorie.

Ils devront bénéficier du régime applicable aux autres salariés de l'entreprise en fonction de leur rémunération limitée à 8 PASS.

Exemple avec le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pour 2018 (39 732 €).

	1 PASS 39 732 €	2 PASS 79 464 €	3 PASS 119 196 €	4 PASS 158 928 €				8 PASS 317 856 €
Combinaisons possibles	TA	TB			TC			
	T1	T2						
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Les solutions 5 et 6 doivent être combinées pour couvrir l'ensemble des salariés.

Précision : La rémunération à prendre en compte pour répartir les salariés dans les catégories définies au regard du critère 2 est **la rémunération brute annuelle constituant l'assiette des cotisations AGIRC et ARRCO.**

CRITÈRE 3

La place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche, les accords professionnels ou interprofessionnels.

Il s'agit du 1^{er} niveau de classification des salariés, renvoyant à des fonctions distinctes, dans l'accord conventionnel. Les classifications prévues dans les accords d'entreprises ne peuvent pas être utilisées pour définir des catégories objectives (voir exemple sous le critère 4).

À NOTER

Selon la lettre circulaire ACOSS du 4 février 2014, il s'agit généralement de fonctions de type :
ouvriers / ETAM / cadres ou, au sein des ETAM : employés / agents de maîtrise / techniciens.

CRITÈRE 4

L'utilisation des sous catégories fixées par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels (**niveau de responsabilité, type de fonction ou degré d'autonomie ou ancienneté dans le travail** des salariés).

Il s'agit de la référence aux niveaux de classification de l'accord conventionnel situés en dessous de celui fixé au 3^e critère.

Tous les niveaux suivants peuvent être utilisés à condition qu'ils fassent l'objet d'une définition.

Exemple :

En bleu = catégorie définie par rapport au critère 3

En rose = catégories définies par rapport au critère 4

Catégories	Niveaux	Emplois
Employés	E1	Employé de bureau, standardiste, ouvrier d'entretien, chauffeur, coursier
	E2	Secrétaire, aide-comptable, ouvrier polyvalent, technicien débutant, employé de gestion
	E3	Secrétaire assistante, assistant paye, comptable 1, gestionnaire de sinistres, technicien chargé des états des lieux, chargé de gestion locative

Dans cet exemple, "les niveaux" (classifications de l'accord conventionnel) font l'objet d'une définition (les emplois) ce qui permet de les utiliser au titre du critère 4. En revanche, "les emplois" ne peuvent être utilisés au titre de ce critère car ils ne sont pas eux-mêmes définis.

CRITÈRE 5

- L'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire assurant la couverture du risque concerné,

Exemple : mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés affiliés au régime Alsace-Moselle différent de celui des salariés affiliés au régime de base de la Sécurité sociale.

- ou bien l'appartenance à certaines catégories spécifiques de salariés définies par les stipulations d'une convention collective, d'un accord de branche ou d'un accord national interprofessionnel caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières

Exemple : mise en place de régimes distincts dans une entreprise de travail temporaire pour les permanents et les intérimaires, d'un régime pour les intermittents du spectacle,...

- ainsi que l'utilisation des catégories définies clairement et de manière non restrictive s'inspirant des usages constants, généraux et fixes, en vigueur dans la profession.

APPLICATION DES CRITÈRES

La **combinaison des critères** est admise par la circulaire qui prévoit que les 5 critères "peuvent être combinés entre eux".

Exemple : un employeur peut mettre en place une garantie de retraite supplémentaire pour les salariés affiliés à l'AGIRC dont la rémunération est égale ou supérieure à 3 fois le plafond de la Sécurité sociale (**combinaison des critères 1 et 2**).

Quels sont les critères interdits ?

Les catégories ne peuvent en aucun cas être définies en fonction :

- du temps de travail (temps complet, temps partiel)
- de la nature du contrat de travail (CDD, CDI, contrat d'apprentissage...)
- de l'âge (sauf dérogation ci-après)
- de l'ancienneté des salariés (sauf dérogations ci-après)

Dérogations concernant l'ancienneté

- L'accès aux garanties peut être réservé aux salariés remplissant une condition d'ancienneté (article R.242-1-2 CSS dernier alinéa) sans que cela remette en cause le caractère collectif des garanties :
- jusqu'à 12 mois d'ancienneté avant de pouvoir bénéficier des prestations de retraite supplémentaire

et de prévoyance complémentaire (incapacité de travail, invalidité, inaptitude ou de décès)

- jusqu'à 6 mois d'ancienneté avant de pouvoir bénéficier des autres prestations (frais de santé)
- Lorsque la catégorie de salariés est définie dans le cadre du critère 4 ci-dessus, une référence à l'ancienneté est possible lorsque celle-ci constitue une catégorie au sens de la classification de la convention de branche ou l'accord professionnel ou interprofessionnel.

À NOTER

L'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale institue l'obligation, pour toutes les entreprises du secteur privé, de faire bénéficier tous leurs salariés d'une couverture santé obligatoire minimale.

En conséquence, depuis le 1^{er} janvier 2016, le fait d'appliquer une condition d'ancienneté de 6 mois ou moins au sein d'un régime frais de santé, bien que ne remettant pas en cause le caractère collectif de ce régime (au regard des règles URSSAF) exposera néanmoins l'employeur à un risque prud'homal (y compris si cette clause d'ancienneté est prévue par un accord conventionnel de branche).

Dérogation concernant l'âge

La circulaire précise que le versement des prestations peut être conditionné à l'âge du salarié si le critère de l'âge est en rapport avec l'objet même de la garantie.

Exemple : versement des garanties de retraite supplémentaire seulement si le salarié a atteint l'âge légal de départ à la retraite.

CAS PARTICULIERS

Cadres dirigeants (article L3111-2 du code du travail) : ils ne peuvent pas à eux seuls constituer une catégorie. Ils doivent être couverts par le régime applicable aux salariés dans la catégorie correspondant à leur contrat de travail (exemple : catégorie cadre).

Mandataires sociaux :

Les **mandataires sociaux salariés** bénéficient des garanties collectives de l'ensemble du personnel ou, le cas échéant, de la catégorie dont ils relèvent.

Les **mandataires sociaux non-salariés et affiliés au régime général** peuvent bénéficier du régime des salariés sur décision du conseil d'administration de l'entreprise ou équivalent dont copie du procès-verbal actant cette décision sera tenue à la disposition de l'URSSAF.

Dans ce cas, la contribution de l'employeur au financement de la cotisation du mandataire ne pourra être exonérée de cotisation sociale que si le mandataire remplit les conditions nécessaires pour être rattaché à la catégorie de salariés bénéficiaire (exemple : catégorie article 4). S'il est rattaché à une catégorie sans remplir les conditions pour en bénéficier, la contribution patronale ne sera alors pas déductible.

Critères supplémentaires admis par la circulaire :

En dehors des 5 critères fixés par le décret, la circulaire autorise des "cas supplémentaires" en marge des critères, **dès lors que l'employeur peut justifier le caractère objectif de la ou des catégories**. Elle considère comme valide l'utilisation des critères suivants :

- Le statut de **travailleur à domicile**, sous réserve que la convention collective applicable à l'employeur prévoit des dispositions spécifiques pour ce type de travailleurs.
- Le statut des **VRP** (défini en référence à la convention AGIRC) sous réserve que la convention collective applicable à l'employeur ne leur soit pas applicable ou prévoit des dispositions spécifiques pour eux.
- Les **salariés détachés à l'étranger** à condition qu'ils restent bénéficiaires du régime de Sécurité sociale français.

Quelle légitimité donner à ces critères ? (article R.242-1-2 CSS)

Certains critères sont **présumés objectifs**. Le simple fait d'utiliser l'un de ces critères pour définir une catégorie de personnel suffit à remplir la condition d'objectivité. Il s'agit du **cadre général** au sens de la circulaire.

Les catégories de personnel présumées objectives sont celles utilisant les critères suivants :

Pour les frais de santé :

- cadres et non cadres par référence à la convention AGIRC du 14 mars 1947 - critère 1
- tranches de rémunérations (TA/TB/TC ou T1/T2) - critère 2

ATTENTION

L'ensemble des salariés de l'entreprise doit obligatoirement être couvert par un régime de frais de santé (à défaut pas de présomption d'objectivité).

Pour la prévoyance :

- cadres et non cadres par référence à la convention AGIRC du 14 mars 1947 - critère 1
- tranches de rémunérations (TA/TB/TC ou T1/T2) - critère 2
- catégories et classifications professionnelles conventionnelles - critère 3 - **uniquement si l'ensemble des salariés de l'entreprise sont couverts**

Pour le risque décès :

Le risque décès doit être associé à l'un des 3 risques de prévoyance : incapacité, invalidité, inaptitude, à moins que l'ensemble du personnel bénéficie de la couverture décès seul (à noter qu'en présence d'un régime frais de santé catégoriel prévoyant une couverture obsèques, la même garantie obsèques doit bénéficier à chacune des catégories de personnel).
















Par dérogation dans le cas de l'obligation de cotisation à hauteur de 1,50% de la TA (article 7 convention du 14 mars 1947), le risque décès n'a pas besoin d'être associé à un autre risque pour les salariés suivants :




- article 4 et 4 bis relevant de l'AGIRC (critère 1)

Pour la retraite supplémentaire :

- cadres et non cadres par référence à la convention AGIRC du 14 mars 1947 - critère 1
- tranches de rémunérations (TA/TB/TC ou T1/T2) - critère 2
- catégories et classifications professionnelles conventionnelles - critère 3

Dans tous les autres cas : l'employeur devra être en mesure de justifier que la ou les catégories établies à partir d'un ou plusieurs critères autorisés (notamment les critères 4 et 5) permettent de couvrir l'ensemble des salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique. La circulaire définit ces cas comme **les cadres particuliers**.

	Frais médicaux	Prévoyance	Décès seul (1,50% TA)	Retraite
1. cadres / non cadres			Salariés article 4 et 4 bis (AGIRC)	
2. tranches de rémunération				
3. classifications conventionnelles				
4. sous-catégories conventionnelles				
5. usages				

-  Présomption d'objectivité
-  Présomption d'objectivité (à condition que l'ensemble du personnel soit couvert)
-  Pas de présomption d'objectivité = risque en cas de contrôle URSSAF

 Cadre général

 Cadres particuliers

À NOTER

En cas de création d'une catégorie par combinaison de plusieurs critères, la catégorie ainsi constituée bénéficiera de la présomption d'objectivité à condition que chacun des critères combinés en bénéficie.

Étendue des garanties

Vous devez proposer les mêmes garanties au sein d'une catégorie (article R.242-1-3 CSS)

Le caractère collectif des garanties implique qu'elles **soient les mêmes pour tous** les salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie.

Il est cependant admis de mettre en place des garanties différentes pour une même catégorie de salariés si cette différenciation correspond à des catégories objectives (application de la combinaison des critères).

Exception : les garanties de **prévoyance complémentaire** peuvent prévoir des garanties **plus favorables au bénéficiaire de certains salariés** en fonction des **conditions d'exercice de leur activité** sans que cela ne remette en cause le caractère collectif de ces garanties.

Votre contribution doit être significative

Aucun texte ne définit à ce jour le caractère significatif de la participation de l'employeur.

ATTENTION

L'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale qui généralise la complémentaire santé, pour tous les salariés, impose depuis le 1^{er} janvier 2016, une prise en charge par l'employeur d'au moins 50% du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de "frais de santé". Le non-respect de cette obligation par l'employeur l'expose à un risque prud'homal.

CAS PARTICULIER

Le CE peut être amené à prendre en charge une partie de la cotisation du salarié.

Si le régime respecte les conditions de déductibilité, la participation du CE sera déductible dans les mêmes conditions que celle de l'employeur et sera prise en compte pour apprécier le plafond de déductibilité.

Attention : cette participation du CE ne peut en aucun cas se substituer à la participation patronale dite "significative".

Votre contribution doit avoir un taux ou un montant uniforme (article R.242-1-4 CSS)

Le caractère collectif des garanties implique que votre contribution soit fixée à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie.

Dérogations admises :

• **Salariés à temps partiel et apprentis**

L'employeur peut prendre en charge l'intégralité de la cotisation due par un salarié à temps partiel ou un apprenti si celle-ci représente au moins 10% de sa rémunération brute.

À NOTER

Pour l'appréciation du seuil de 10%, la circulaire précise qu'il est tenu compte de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire du salarié.

• **Salariés multi-employeurs**

Pour les salariés travaillant régulièrement et simultanément pour plusieurs employeurs, le caractère collectif des garanties n'est pas remis en cause lorsque la contribution patronale au financement d'une garantie est partagée entre ces différents employeurs selon les conditions qu'ils déterminent conjointement.

• **Modulation en fonction de la composition du foyer**

Cas de la cotisation Isolé/Famille :

- Si le salarié a le choix entre une cotisation "isolé" et une cotisation "famille", l'affiliation de ses ayants droit est considérée comme facultative. La contribution que peut verser l'employeur pour la couverture des ayants droit (quote-part de la cotisation famille) n'est pas déductible.

- Si le salarié n'a pas le choix entre la cotisation "isolé" et "famille", l'affiliation de ses ayants droit est considérée comme obligatoire. L'ensemble de la contribution de l'employeur (salarié et ayants droit) est déductible.

• **Augmentation de la contribution proportionnelle à l'augmentation de la rémunération**

Pour les prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'inaptitude, le taux de contribution de l'employeur peut augmenter dans la même proportion que la rémunération du salarié, à la condition que la part salariale augmente selon une progression au moins aussi importante.

À NOTER

Les salariés peuvent choisir de souscrire pour eux-même ou leurs ayants droit des garanties collectives facultatives supplémentaires. Dans ce cas l'employeur peut majorer sa contribution, sans que cela ne remette en cause la notion d'uniformité et le caractère collectif des garanties. La part de contribution de l'employeur correspondant à cette majoration est soumise à cotisations.

Précision sur le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

• **Obligation pour l'employeur**

Le régime de prévoyance complémentaire doit prévoir le maintien des garanties pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient d'un maintien total ou partiel de leur rémunération (maintien du salaire ou versement d'indemnités journalières prises en charge pour partie par l'employeur).

• **Au choix de l'employeur**

Si l'employeur le prévoit, les garanties du régime peuvent être maintenues même si la suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à indemnisation, sans que le caractère collectif soit remis en cause.

- La participation de l'employeur au financement de ce maintien bénéficie de l'exonération de cotisations sociales, dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

Appréciation du caractère collectif en cas de restructuration

Le transfert des salariés peut entraîner le maintien temporaire de 2 régimes distincts au sein de l'entreprise absorbante.

Ce qui est admis :

Acte juridique de mise en place du régime transféré	Durée de maintien du régime et de l'exonération
Accord collectif	<p>Si accord de substitution (max. 15 mois après la restructuration) : maintien de l'exonération jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord.</p> <p>Si pas d'accord de substitution : maintien de l'exonération pendant 15 mois à compter de la date de transfert (3 + 12). Au-delà, l'exonération est supprimée.</p>
DUE	<p>Si dénonciation du régime ou mise en place d'un régime substitué : maintien de l'exonération du régime transféré jusqu'à la dénonciation ou l'entrée en vigueur du nouveau régime.</p>
Référendum	<p>Si pas de dénonciation du régime ou de mise en place d'un régime substitué : le régime transféré continue de s'appliquer aux seuls salariés absorbés, sans remise en cause du caractère collectif de celui-ci.</p>

CONDITION 6

Vos régimes doivent avoir un caractère obligatoire

Seules les contributions patronales aux régimes auxquels l'adhésion des salariés est obligatoire peuvent bénéficier de la déductibilité des cotisations.

Quelles sont les dispenses permettant de ne pas adhérer à un régime obligatoire "frais de santé" ?

Les garanties sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés, sous réserve des **facultés de dispense d'adhésion autorisées**.

Les règles en la matière ont changé avec la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 qui instaure de nouvelles dispenses de droit.

Pour les régimes frais de santé, on peut désormais distinguer trois catégories de dispenses :

1°) Dispenses de droit

(L. 911-7 et D. 911-2 du CSS)

Ces cas de dispenses sont invocables directement par les salariés sans qu'il soit nécessaire de les formaliser dans l'acte instituant le régime. Dans certains cas, il est possible de cumuler le bénéfice d'une dispense avec le "versement santé" (ou "chèque santé") également instauré par la LFSS pour 2016.

Peuvent se prévaloir de ces dispenses de droit :

- Les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à la complémentaire santé (dite "ACS"), jusqu'à la date à laquelle ils cessent de bénéficier de cette couverture ou aide.
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure, jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
- Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit d'une des couvertures collectives suivantes :

- D'un **dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire** (conforme à l'article L.242-1 6° alinéa du code de la Sécurité sociale). Attention le salarié ne pourra être dispensé en tant qu'ayant droit que si le régime dont il bénéficie prévoit une adhésion obligatoire des ayants droit.

Ainsi, les salariés couverts à titre obligatoire par leur conjoint (en tant qu'ayants droit) peuvent bénéficier de la dispense.

- Du **régime local d'assurance Alsace-Moselle**.
- Du **régime complémentaire d'assurance maladie des IEG** (Industries Électriques et Gazières).
- D'une **mutuelle ouvrant droit à participation financière d'une collectivité publique** (fonctionnaires de l'État et des collectivités territoriales).
- Des **contrats d'assurance de groupe "loi Madelin"** applicables aux TNS.

- Les salariés en CDD ou en contrat de mission dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire est inférieure à 3 mois et bénéficiant par ailleurs d'une couverture "frais de santé responsable". Cette dispense ouvre droit, sous conditions, au bénéfice du "versement santé" (chèque santé).

À NOTER

Ce versement santé permet aux salariés d'obtenir de la part de leur employeur un financement afin de participer à la prise en charge de leur couverture santé souscrite à titre individuel. Ce versement santé est conditionné à ce que la couverture souscrite par le salarié soit "responsable" et qu'il ne bénéficie pas, au titre de cette couverture, de la CMU-C, de l'ACS ou d'une participation financière d'une collectivité publique.

MODALITÉS D'EXERCICE DES DISPENSES DE DROIT

Les dispenses de droit peuvent être exercées sans que cette faculté ne soit prévue par l'acte instituant le régime. Ces demandes de dispenses doivent être formulées au moment de l'embauche ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures au titre de l'ACS, de la CMU-C ou les couvertures collectives visées ci-dessus.

Des modalités plus souples d'exercice de ces dispenses peuvent être prévues dans l'acte instituant le régime.

2°) Dispenses devant nécessairement être prévues par l'acte instituant le régime

(R. 242-1-6 du Code de Sécurité sociale)

Quelle que soit la date d'embauche, pour les garanties mises en place par **convention, accord collectif ou ratification à la majorité des intéressés**, sont admises les dispenses d'adhésion :

- des **salariés et apprentis en CDD ou en contrat de mission** d'une durée **au moins égale à 12 mois** qui **justifient** par écrit d'une **couverture individuelle** souscrite par ailleurs pour le même type de garanties
- des **salariés et apprentis en CDD ou en contrat de mission** d'une durée **inférieure à 12 mois**, même s'ils ne bénéficient **pas d'une couverture individuelle** souscrite par ailleurs (NB : les salariés dont la durée du contrat est inférieure à 3 mois peuvent également se prévaloir de la dispense de droit mentionnée au 1° (cf. page 11) et ouvrant droit, sous conditions, au bénéfice du versement santé)
- des **salariés à temps partiel et apprentis** dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une **cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute**.

3°) Dispense réservée aux régimes mis en place par décision unilatérale de l'employeur (DUE)

Les **salariés embauchés avant** la mise en place des garanties par **Décision Unilatérale** peuvent demander à être dispensés d'adhérer au régime au moment de sa mise en place (même en cas de financement intégral du régime par l'employeur).

Dans le cas où le régime mis en place est cofinancé par l'employeur et le salarié, l'application de l'article 11 de la loi Evin étant d'ordre public, la dispense pourra être admise **même si elle ne figure pas dans l'acte juridique de mise en place du régime**.

Formalisme de la demande de dispense

Le salarié qui choisit de bénéficier d'une dispense doit toujours faire une demande écrite, comportant la mention selon laquelle **il a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix**, traduisant ainsi son consentement libre et éclairé à renoncer aux garanties.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés et les justificatifs s'y rapportant.

CAS PARTICULIER

• Les couples travaillant dans la même entreprise

Si la couverture de l'ayant droit est **obligatoire**, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant droit.

Si la couverture de l'ayant droit est **facultative**, les salariés ont le choix entre être affiliés ensemble ou séparément.

Dans les 2 cas, les contributions de l'employeur seront en totalité exonérées de cotisations sociales.

• Les salariés multi-employeurs

Ils peuvent bénéficier d'une dispense s'ils sont déjà adhérents à un régime collectif et obligatoire chez un autre employeur. Ils peuvent opter pour le régime collectif et obligatoire de leur choix à tout moment parmi ceux en place chez leurs différents employeurs.

• Les ayants droit

En cas de couverture collective et obligatoire pour les salariés et leurs ayants droits, ces derniers peuvent bénéficier d'une dispense de droit dès lors qu'ils sont couverts à titre obligatoire par ailleurs.

En outre, conformément à l'article R. 242-1-5 du CSS, les cas de dispenses prévus par l'acte de mise en place du régime peuvent être étendus aux ayants droit du salarié.

	Cas de dispenses	Mise en œuvre	Durée d'application	Justificatifs à fournir
DISPENSES DE PLEIN DROIT (Invocables par le salarié, sans être prévues dans l'acte juridique)	Salariés déjà couverts par une assurance individuelle	Embauche ou mise en place des garanties	Jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel	Formulaire de demande de dispense signé + Attestation justifiant d'une couverture souscrite à titre individuel
	Salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS	Embauche ou mise en place des garanties ou date de prise d'effet de la couverture	Jusqu'à l'échéance de l'aide	Formulaire de demande de dispense signé + Attestation justifiant du bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS
	Salariés bénéficiaires, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective et obligatoire ou assimilée		Terme de la couverture donc le salarié bénéficie y compris en tant qu'ayant droit	Formulaire de demande de dispense signé + Attestation justifiant de la prise en charge à titre collectif et obligatoire par un autre régime
	Salarié en CDD et en contrat de mission dont la durée de la couverture obligatoire est inférieure à 3 mois et qui bénéficient déjà d'un contrat responsable	Embauche ou mise en place des garanties	Terme du contrat de travail	Formulaire de demande de dispense signé + Attestation justifiant du bénéfice d'un contrat "responsable"
DISPENSES DEVANT ÊTRE PRÉVUES DANS L'ACTE JURIDIQUE	Salariés et apprentis à temps partiel dont l'adhésion au régime les conduit à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération	Embauche ou mise en place des garanties	Lorsque la cotisation ne représente plus 10% de la rémunération	Formulaire de demande de dispense signé
	Salariés en CDD / contrat de mission / contrat d'apprentissage d'une durée inférieure à 12 mois	Embauche ou mise en place des garanties	Durée du contrat de travail	Formulaire de demande de dispense signé
	Salariés en CDD / contrat de mission / contrat d'apprentissage d'une durée au moins égale à 12 mois à la condition de justifier d'une couverture par ailleurs			Formulaire de demande de dispense signé + Attestation justifiant d'une couverture souscrite par ailleurs
DISPENSES RÉSERVÉES AUX RÉGIMES MIS EN PLACE PAR DUE	Salariés présents dans l'entreprise avant la mise en place d'un régime par DUE lorsque le dispositif est financé à 100% (dispense devant être prévue par l'acte juridique instituant le régime)	Mise en place des garanties et suppression du financement intégral de l'employeur	Durée du régime	Formulaire de demande de dispense signé
	Article 11 de la loi Evin (dispense invocable de plein droit par le salarié)			

RÉGIME SOCIAL ET FISCAL DES COTISATIONS DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

Le régime social

Sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, les contributions de l'employeur à un régime de prévoyance complémentaire n'excédant pas la somme de :

6% du plafond annuel de la Sécurité sociale

+

1,5% de la rémunération soumise à cotisation de Sécurité sociale

en application de l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale (plafonnée à 4 PASS), déduction faite de la part des contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumises à cotisations de Sécurité sociale.

Le total ne doit pas excéder 12% d'un plafond annuel de la Sécurité sociale.

EXEMPLE :

En 2018 le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale s'élève à 39 732 €. Ce qui signifie qu'en 2018, la contribution ne doit pas excéder 4 768 € (soit 12% du PASS) pour les rémunérations égales ou supérieures à 158 928 € (4 PASS). La CSG et la CRDS restent dues sur la totalité du montant des contributions patronales et salariales.

La taxe prévoyance de 8% anciennement due par les employeurs sur ces contributions a été abrogée depuis le 1^{er} janvier 2012.

Les contributions patronales sont à présent assujetties au forfait social à un taux préférentiel de 8% (exonération pour les entreprises employant moins de 11 salariés).

Pour plus de précision, nous vous invitons à vous reporter aux textes cités en référence.

Il est important de rappeler que la non-application de ces dispositions comporte un risque de redressement fiscal et social (URSSAF).

Les circulaires et instructions ministérielles publiées sont opposables aux URSSAF. Depuis le 1^{er} mai 2009, elles doivent également figurer sur un site internet relevant du Premier ministre.

Le régime fiscal

Impôt sur les sociétés

Les cotisations patronales finançant des régimes de prévoyance complémentaire au bénéfice des salariés de l'entreprise sont déductibles en totalité de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

Impôt sur le revenu

En application de l'article 83 du code général des impôts, sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu des salariés :

- Les contributions salariales aux régimes de prévoyance complémentaire (**Prévoyance et Frais de santé**) ;
- Les contributions patronales aux régimes de **Prévoyance** (les contributions patronales aux régimes Frais de santé ont cessé d'être déductibles à compter de la déclaration 2014 sur les revenus 2013) ;

dans la limite globale suivante, correspondant à la somme de :

5% du plafond annuel de la Sécurité sociale

+

2% de la rémunération annuelle brute

Le total ne doit pas dépasser 2% de 8 Plafonds annuels de la Sécurité sociale.

EXEMPLE :

En 2018 le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale s'élève à 39 732 €. Le montant maximum déductible est de 6 357 €.

Les conséquences du dépassement

En cas de dépassement des limites de déductibilité, l'excédent doit être réintroduit dans l'assiette des rémunérations soumises à impôt, taxe et cotisation de Sécurité sociale.

S'engager

Acteur majeur de la protection sociale, ADRÉA Mutuelle s'engage chaque jour aux côtés des particuliers, des entreprises et des professionnels. Notre priorité est de vous assurer des soins de qualité et de garantir à tous une protection santé optimale au meilleur prix.

En initiant une démarche responsable, ADRÉA Mutuelle invite chacun à être acteur de sa propre santé et solidaire d'un système de soins qu'il faut préserver.



Chiffres au 31/12/2016

ADRÉA ET LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

- ▶ ADRÉA Mutuelle est l'un des principaux acteurs mutualistes interprofessionnels adhérent à la Mutualité Française (FNMF).
- ▶ 1^{er} mouvement d'utilité sociale en santé et en protection sociale, la FNMF représente plus de 38 millions de personnes protégées sur le territoire national.

Pour en savoir plus sur nos offres de protection sociale,
votre conseiller ADRÉA Mutuelle vous accompagne

au **0 969 397 039** (appel non surtaxé)

conseil.entreprise@adreamutuelle.fr

santé • prévoyance • épargne • retraite