

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,  
DES COMPTES PUBLICS,  
DE LA FONCTION PUBLIQUE  
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement de la sécurité sociale

Bureau 5D – Recettes fiscales

**Circulaire DSS/5D n° 2011-133 du 8 avril 2011 relative à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance collectée par les organismes de protection sociale complémentaire au profit du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie**

NOR : ETSS1110142C

**Résumé :** La présente circulaire vise à préciser le champ d'application, l'assiette et les modalités de recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance collectée par les organismes de protection sociale complémentaire au profit du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

**Mots clés :** Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance dite « taxe CMU » – Contribution CMU – Organismes complémentaires.

**Références :**

Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 ;

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle – Article L. 862-4 à L. 862-8 du code de la sécurité sociale – Arrêté du 4 mars 2011 ;

Circulaire ministérielle DSS/5A/2004/N° 155 du 29 mars 2004 ;

Circulaire ministérielle du 11 janvier 2000 (DSS-SDFGSS-bureau 5A-N° 847/1999) – Circulaire ministérielle DSS/2A/2B/3A/N° 245 du 2 juillet 2008.

*Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État à Monsieur le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ; Monsieur le directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.*

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle institue à la charge des organismes complémentaires de couverture maladie une contribution assise sur le montant des primes ou cotisations hors taxes. Son taux est fixé à 5,9 % depuis 2009. (1)

L'article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 transforme la contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, ci-après dénommée « taxe ».

La taxe demeure liquidée sur le montant des primes ou cotisations hors taxes. Désormais à la charge des assurés, son taux a été ajusté à hauteur de 6,27 % de sorte à garantir la neutralité de la transformation sur les recettes du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle.

La présente circulaire apporte des précisions relatives au champ d'application, à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement de la taxe applicable aux contrats dont l'échéance principale intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 et consacre un développement à la contribution qui demeure applicable pour les échéances afférentes aux contrats en cours à cette même date.

(1) Il était de 2,5 % auparavant et de 1,75 % à l'origine.

## 1. Champ d'application

### 1.1. Cotisations concernées

Entrent dans le champ d'application de la taxe les primes ou cotisations d'assurance correspondant aux garanties de protection complémentaire stipulées au profit :

- des organismes régis par le code de la mutualité (mutuelles, unions de mutuelles) ;
- des entreprises régies par le code des assurances ;
- des institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural.

Les organismes d'assurance maladie complémentaire étrangers non établis en France mais admis à y opérer en libre prestation de service collectent également la taxe pour le compte de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale (*cf. infra* point 5), sur la fraction de primes ou cotisations afférentes aux personnes physiques résidentes en France.

À cet effet, ils désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable de l'ensemble des opérations attachées au dispositif. Ce représentant est immatriculé auprès de l'organisme de recouvrement compétent afin de procéder aux opérations de déclaration et de paiement.

Tous les organismes collectent la taxe, qu'ils soient ou non inscrits sur la liste des organismes participant à la protection complémentaire en matière de santé en application de l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale.

Cas particulier : en cas de mutuelles substituées, seules celles inscrites en leur nom sur la liste des organismes volontaires pour gérer des bénéficiaires de la CMU-C, ou qui les gèrent effectivement, doivent faire une déclaration en leur nom.

### 1.2. Territorialité

L'assujettissement à la taxe visée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est subordonné à la condition que les garanties complémentaires soient souscrites au bénéfice de personnes physiques résidant en France, quel que soit le lieu du siège social de l'organisme de couverture complémentaire.

Ainsi, dès lors que le contrat est conclu avec une personne physique résidente en France, les primes ou les cotisations afférentes à la protection complémentaire doivent être intégrées dans l'assiette de la taxe.

Précisions :

1. Au sens de la présente taxe, les personnes physiques résidentes en France sont celles qui ont, sur le territoire français en matière de sécurité sociale (*cf. infra* précision 3), leur foyer ou le lieu de leur séjour principal au sens de l'article R. 115-6 du code de la sécurité sociale.

2. Lorsque le contrat est conclu avec une entreprise implantée en France, qui procure une couverture complémentaire à ses employés, dont certains ne sont pas résidents en France, seule la part se rapportant aux primes ou cotisations afférentes aux personnes physiques résidant en France est soumise à la taxe.

Les primes ou cotisations afférentes à des contrats d'assurance santé souscrits au profit de personnes physiques expatriées sont ainsi hors du champ de la taxe. En revanche, les primes ou cotisations se rapportant à des contrats de même nature souscrits au profit de salariés placés en situation de détachement sont soumises à la taxe, si ces derniers ont en France leur foyer ou le lieu de leur séjour principal (*cf. supra* précision 1).

3. La notion de résidence en « France » renvoie à l'ensemble des territoires où s'applique de plein droit la loi en matière de sécurité sociale (régime d'assimilation législative). Ces territoires sont la métropole, les DOM (Guyane, Martinique, Guadeloupe et La Réunion) et les nouvelles collectivités d'outre-mer, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

## 2. Assiette de la taxe

### 2.1. Primes ou cotisations retenues

La taxe est assise sur le montant des primes ou cotisations émises au titre de la période couverte par la garantie, nettes d'annulations ou de remboursements.

Précisions :

1. L'appel de cotisation ou de prime (avis d'échéance) qui correspond au document adressé à l'assuré pour l'inviter à déclarer et/ou payer sa cotisation ou sa prime ne constitue pas une émission de prime ou cotisation au sens de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ;

2. La partie de prime d'assurance santé remboursable pour partie à l'assuré selon les dépenses effectives engagées durant l'année écoulée est déductible du montant des primes ou cotisations émises.

### 2.2. Précisions sur le caractère complémentaire de la couverture en matière de frais de soins de santé

Les primes ou cotisations concernées sont celles qui sont destinées au financement de l'ensemble des remboursements de soins de santé, qui ne sont pas pris en charge légalement par un régime obligatoire d'assurance maladie.

### 2.2.1. Précisions sur les sommes soumises à la taxe

Les cotisations et primes soumises à la taxe sont celles destinées au financement complémentaire de l'assurance maladie (prestations en nature au titre de la maladie, de la maternité, d'un accident, à l'exception des prestations en espèces comme par exemple les indemnités versées en cas d'arrêt maladie). Il importe peu à cet égard que les conditions d'ouverture de droit aux prestations concernées soient identiques ou non à celles prévues par les régimes obligatoires de sécurité sociale, y compris lorsque ces derniers n'interviennent pas dans la prise en charge de tout ou partie des mêmes frais de soins de santé que les organismes complémentaires.

Il peut s'agir notamment de prestations destinées à assurer la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, frais d'analyse ou d'appareillage ainsi que les dépenses indirectes susceptibles d'être engagées dans le cadre de l'hospitalisation (frais de séjour, de transport...).

En matière de réalisations sanitaires et sociales des mutuelles, sont soumises à la taxe les primes ou cotisations destinées au financement de réalisations sanitaires et sociales qui fournissent des prestations en nature au titre des frais de soins de santé. Ainsi la fraction de la cotisation des adhérents affectée au financement d'une structure de soins (clinique mutualiste par exemple) est soumise à la taxe.

Le forfait hospitalier fait partie des soins de santé, notion qui recouvre l'ensemble des dépenses exposées à l'occasion d'une maladie, d'une maternité, d'un accident : dès lors, la part des primes ou cotisations finançant le forfait hospitalier doit être soumise à la taxe.

Lorsqu'une même prime sert à financer à la fois les remboursements de soins de santé et d'autres risques, la prime afférente aux frais de santé doit être seule assujettie et isolée à cet effet.

La ventilation entre les primes et cotisations se rapportant aux soins de santé et les primes destinées à la couverture d'autres risques doit être établie sur des bases comptables indiscutables. En l'absence de toute autre possibilité, il peut être admis d'opérer cette ventilation au prorata des prestations servies aux adhérents au cours de l'année  $n - 1$  sur chacun des risques couverts par cette cotisation, sous réserve que puisse être communiqué aux organismes en charge du recouvrement tout élément justifiant de la pertinence de la proratisation retenue (justificatifs identifiant précisément les dépenses de soins et les dépenses liées à d'autres risques).

### 2.2.2. Précisions sur les sommes exclues du champ de la taxe

Les primes ou cotisations afférentes à une protection complémentaire formant un ensemble indivisible avec le régime de base (cas notamment des régimes spéciaux) ;

Les sommes se rapportant à la couverture santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (couverture au premier euro).

Précisions : les cotisations et primes ne sont pas assujetties lorsqu'elles couvrent une garantie ayant un lien avec la santé qui est accessoire par rapport à l'objet même du contrat auquel elle se rapporte. Ainsi, les cotisations et primes afférentes à un contrat d'assurance automobile ou à une assurance habitation contenant une garantie accessoire d'assistance médicale (frais de transport notamment en vue d'une hospitalisation) n'entrent pas dans l'assiette de la taxe.

Les primes ou cotisations afférentes à la couverture de frais d'obsèques, d'allocations décès, de naissance ou de mariage car elles ne couvrent pas des frais relatifs à des soins de santé ;

La taxe sur les conventions d'assurances santé (art. 991 et 1001 2° *bis* du code général des impôts) ;

Les opérations de réassurances, qui sont les opérations par lesquelles un organisme assureur se fait assurer à son tour pour tout ou partie des risques qu'il garantit : l'exonération afférente à ces opérations ne concerne que le seul réassureur à raison des primes qu'il émet dans le cadre de la réassurance. Il faut comprendre que l'exclusion porte sur les réassurances acceptées ;

Les majorations ou pénalités de retard mis à la charge des assurés.

### 2.3. Précisions diverses

Les primes ou cotisations soumises à la taxe se rapportent à tous les contrats, quelle que soit leur nature (contrat individuel ou collectif, obligatoire ou facultatif, solidaire ou non, souscrits à titre professionnel ou dans un cadre privé) ou leur mode de financement (employeur ou assuré).

Au-delà des primes et cotisations destinées au financement des garanties remboursements de soins de santé (*cf.* point 2.3), sont notamment à comprendre dans l'assiette de la taxe :

- la part des primes ou cotisations correspondant aux frais de gestion (gestion technique, gestion administrative, marge) ;
- l'ensemble des dotations en espèces, quelle que soit leur qualification (subvention de fonctionnement, subvention d'équilibre, participation), qu'elles soient chiffrées individuellement pour chaque assuré adhérent ou globalement pour assurer l'équilibre financier de l'organisme complémentaire et quelle que soit l'origine des fonds (notamment versement par l'assuré adhérent, ou dans un cadre professionnel également par l'employeur ou le comité d'entreprise...), dans la mesure où ces sommes sont perçues par un organisme de couverture complémentaire pour gérer le risque frais de santé. En revanche, sont exclus de l'assiette les moyens matériels mis à disposition d'un organisme de couverture complémentaire.

### 3. Fait générateur et taux de la taxe

#### 3.1. Fait générateur

Le fait générateur de la taxe est l'échéance principale du contrat, c'est-à-dire la date de prise d'effet de la garantie.

#### 3.2. Taux de la taxe

Le taux de la taxe est fixé à 6,27 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Précision : le taux de 6,27 % est applicable aux primes ou cotisations se rapportant à des contrats dont l'échéance principale intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

### 4. Imputations sur la taxe

Les organismes de couverture complémentaire perçoivent chaque trimestre par imputation sur le montant de la taxe :

- le montant de la déduction forfaitaire fixé au III de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale pour chaque bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé géré le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la taxe est due. Ce montant est égal à 92,5€ au titre de 2011 ;
- le montant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé (ACS) fixé à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, déductible par quart du montant de l'aide annuelle accordée pour chaque bénéficiaire présent au dernier jour du 2<sup>e</sup> mois du trimestre civil pour lequel la taxe est due.

Ces sommes doivent être soustraites du montant de la taxe de manière séparée sur le formulaire déclaratif homologué sous le n° CERFA 11489\*05.

Précision : l'assiette de la taxe est déterminée sans tenir compte du montant de la déduction forfaitaire. De la même façon, dès lors que l'ACS constitue une modalité particulière de paiement de la taxe, son montant est sans incidence sur la détermination de l'assiette de la taxe.

### 5. Recouvrement et contrôle

Organisme compétent : la taxe est reversée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale.

Un arrêté du 4 mars 2011 désigne l'URSSAF de Paris région parisienne territorialement compétente en matière de recouvrement.

Date de versement de la taxe : les sommes dues au titre de la taxe sont versées au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil qui suit la date d'émission des primes ou cotisations.

- par principe, que l'émission intervienne antérieurement ou postérieurement (ex : cotisations appelées à terme échu) à la date de prise d'effet de la garantie, la taxe due au titre de la période couverte par la garantie doit être intégralement acquittée dans le délai précédemment indiqué. Il est toutefois admis que la taxe soit reversée trimestriellement par quart, sur l'échéance concernée et les trois suivantes, à l'URSSAF de Paris région parisienne (14, rue de Beaune, 93181 Montreuil Cedex).

Exemple : soit une cotisation de 1 340 € HT se rapportant à une garantie de protection complémentaire santé couvrant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011. La date de prise d'effet de la garantie est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Il est admis que le montant de la taxe soit acquitté à concurrence de :

- (1 340 € : 4) x 6,27 % = 21 € au plus tard le 30 avril 2011 ;
- 21 € au plus tard le 31 juillet 2011 ;
- 21 € au plus tard le 31 octobre 2011 ;
- 21 € au plus tard le 31 janvier 2012.

À titre dérogatoire et uniquement si les modalités contractuelles de calcul de la prime ne permettent pas aux organismes collecteurs d'avoir une connaissance complète et immédiate des montants de primes ou cotisations émises au titre d'une période donnée, il est alors admis que la taxe soit assise sur le montant des primes ou cotisations provisionnelles appelées au titre de la période de garantie, le solde étant régularisé dès la connaissance de l'émission complémentaire ou à défaut de son encaissement. En toutes hypothèses et dans les cas exceptionnels où l'émission resterait inconnue ou non gérée, l'encaissement emporte exigibilité de la taxe.

Précision : dans le cas des contrats collectifs d'entreprise, pour lesquels le montant de la prime est généralement connu et encaissé au cours du trimestre suivant la période d'effet de la garantie, l'encaissement emporte exigibilité de la taxe. Par conséquent, à titre transitoire (cf. précision au point 6), les contrats collectifs font l'objet d'une déclaration au titre des encaissements du trimestre sur une base provisionnelle et sont régularisés avec le montant de l'assiette déclarée au titre du trimestre suivant. En cas de contrôle, l'organisme doit pouvoir justifier du montant de ces régularisations.

Hormis le cas des contrats collectifs d'entreprise, les organismes qui entendent assoir la taxe sur le montant des primes ou cotisations provisionnelles doivent se rapprocher du fonds de financement de la CMU (tour Onyx, 10, rue Vandrezanne 75013 Paris).

Sanction en cas d'inobservation des obligations déclaratives et de paiement : la taxe est recouvrée selon les mêmes garanties et sanctions que la CSG sur les revenus d'activité. Les dispositions du 3<sup>e</sup> alinéa de l'article R. 242-5, afférentes aux modalités de taxation d'office, sont applicables. Le contentieux relève des tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Contrôle : le contrôle de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance et le contrôle des imputations continuent de relever des attributions de l'URSSAF territorialement compétente. Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle est également compétent pour contrôler les imputations.

## 6. Modalités déclaratives

Les organismes assujettis adressent systématiquement à l'URSSAF de Paris région parisienne, à l'appui du versement, les éléments servant de base au calcul de la taxe, à la déduction forfaitaire visée au III de l'article L. 862-4 et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1. À cette fin, ces organismes sont invités à servir les cadres A1, B et C du formulaire déclaratif homologué sous le n° CERFA 11489\*05. Ces éléments doivent être fournis, y compris lorsque l'organisme n'est redevable d'aucune taxe. Dans le même temps, les organismes adressent une copie de ce document déclaratif au fonds de financement de la protection complémentaire.

Cas particulier : les mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance peuvent se constituer en associations dont la mission est d'accomplir pour leur compte l'ensemble des opérations décrites ci-dessus. Elles demeurent responsables des opérations accomplies pour leur compte par l'association. Le décret n° 99-1054 du 15 décembre 1999 pris pour l'application de l'article L. 862-8 du code de la sécurité sociale décrit les modalités de fonctionnement de ces associations.

Précision : à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, les organismes redevables de la taxe devront indiquer le montant des primes ou cotisations émises au titre des échéances principales intervenues au cours de l'année civile précédente.

## 7. Entrée en vigueur

Les contrats dont l'échéance principale intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 sont soumis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance selon les modalités décrites dans la présente circulaire.

## 8. Gestion de la contribution pendant la période transitoire

La contribution instituée par la loi du 27 juillet 1999 déjà citée portant création d'une couverture maladie universelle, demeure applicable pour les échéances afférentes aux contrats en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2011, jusqu'à leur extinction ou leur renouvellement (au plus tard le 31 décembre 2011), selon les mêmes règles que celles décrites dans la présente circulaire sous réserve des précisions ci-après mentionnées :

### 8.1. Assiette de la contribution

La contribution au financement de la protection complémentaire santé est due par les organismes de protection sociale complémentaire et non par les assurés. Si le montant de la contribution due par l'organisme assureur est néanmoins répercuté, en totalité ou en partie, sur les appels de cotisation adressés à l'assuré adhérent, cette majoration entre dans le calcul du coût de la couverture du risque frais de santé et par conséquent dans l'assiette de la contribution.

### 8.2. Taux de la contribution

Pour les échéances afférentes aux contrats en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le taux de 5,9 % demeure applicable jusqu'à leur extinction ou leur renouvellement, y compris par tacite reconduction, selon les modalités décrites dans les circulaires ministérielles des 11 janvier 2000 et 29 mars 2004 déjà citées.

### 8.3. Modalités déclaratives et de recouvrement

Au cours de la période transitoire, un organisme complémentaire pourra être amené à déclarer des primes ou cotisations relevant pour partie de la taxe et pour partie de la contribution. Le bordereau déclaratif est modifié en conséquence dès l'échéance du premier trimestre 2011 de manière à faire apparaître deux lignes avec deux taux distincts.

À compter de l'échéance déclarative afférente au 1<sup>er</sup> trimestre 2011 et jusqu'à la date de prise d'effet de la garantie suivante, les organismes de protection sociale complémentaire doivent déclarer auprès de l'URSSAF de Paris-région parisienne les éléments servant de base au calcul de la contribution, à la déduction forfaitaire visée au III de l'article L. 862-4 et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1. À cette fin, ces organismes sont invités à servir les cadres A2, B et C du formulaire déclaratif homologué sous le n° CERFA 11489\*05.

Comme pour la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, une copie de la déclaration doit être adressée au fonds de financement de la protection complémentaire le dernier jour du mois suivant le trimestre concerné.

En cas de régularisations éventuelles ou de déclarations rectificatives au titre de périodes antérieures au 1<sup>er</sup> trimestre 2011, les organismes de protection sociale complémentaire doivent déposer une déclaration rectificative « annule et remplace » pour l'échéance trimestrielle concernée, auprès de leur organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale (URSSAF) territorialement compétent au sens de l'arrêté du 27 décembre 1999, ainsi que le versement ou la demande de remboursement qui découlent de la régularisation.

Une copie de la déclaration rectificative doit également être adressée au fonds de financement de la protection complémentaire le dernier jour du mois suivant le trimestre concerné.

Exemple :

Soit un organisme redevable disposant de deux contrats annuels : le 1<sup>er</sup> (contrat A) a une échéance principale le 1<sup>er</sup> avril 2011 et le 2<sup>e</sup> (contrat B) a une échéance principale le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

Au titre du 1<sup>er</sup> trimestre 2011, l'organisme sera redevable pour l'échéance du 30 avril 2011, de la seule contribution calculée selon les modalités prévues par la circulaire du 29 mars 2004 pour les contrats A et B.

Au titre du 2<sup>e</sup> trimestre 2011, cet organisme sera redevable pour l'échéance du 31 juillet 2011 à la fois d'un quart du montant de la taxe déclaré au titre des primes ou cotisations du contrat A émises au cours de la période couverte par la garantie et de la contribution calculée comme au trimestre précédent pour le contrat B.

Au titre du 3<sup>e</sup> trimestre 2011, l'organisme sera redevable pour l'échéance du 31 octobre 2011 d'un second quart du montant de la taxe déclaré au titre des primes ou cotisations du contrat A et d'un quart du montant de la taxe déclaré au titre des primes ou cotisations du contrat B émises au cours de la période couverte par la garantie.

Toute difficulté d'interprétation de la présente circulaire sera portée à la connaissance du bureau 5D.

Pour les ministres et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
D. LIBAULT