

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement de la sécurité sociale

Bureau 5D

Circulaire DSS/SD5D n° 2015-380 du 28 décembre 2015 relative à la taxe de solidarité additionnelle de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale

NOR : AFSS1532601C

Date d'application : à compter du 1^{er} janvier 2016.

Catégorie : interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.

Résumé : la présente circulaire vise à préciser les nouvelles dispositions législatives et réglementaires de la taxe de solidarité additionnelle de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Mots clés : taxe de solidarité additionnelle (TSA) – taxe spéciale sur les conventions d'assurances (TSCA) – contrat d'assurance maladie complémentaire – complémentaire santé – contrat responsable – organisme assureur.

Références :

Articles L. 862-2 à L. 862-8 du code de la sécurité sociale, modifiés par l'article 22 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 et l'article 27 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016;

Articles R. 862-11 à R. 862-13 du code de la sécurité sociale;

Arrêté du 25 juin 2014 relatif aux dates limites de communication des déclarations mentionnées aux I et II de l'article R. 862-1 du code de la sécurité sociale;

Arrêté du 4 mars 2011 portant désignation d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales unique pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances.

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'État chargé du budget à Monsieur le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et à 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 a institué à la charge des organismes complémentaires de couverture maladie une contribution assise sur le montant des primes ou cotisations hors taxes.

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

L'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a institué la fusion de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les contrats d'assurance maladie ne relevant pas d'un régime obligatoire de sécurité sociale, à savoir les contrats de complémentaire santé.

Cette mesure a permis de rassembler, au sein d'un même vecteur législatif, la fiscalité portant sur les contrats complémentaires et les garanties qui y sont assimilées. Cette TSA fusionnée reprend notamment la définition de l'assiette de la TSCA et unifie le régime global d'imposition sur ces contrats. Ainsi la présente circulaire rassemble dans un cadre complet et cohérent, et sans les modifier sur le fond, l'ensemble des éléments de doctrine sur la fiscalité applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaires.

La présente circulaire apporte des précisions sur :

- le champ d'application et la territorialité de la taxe (I) ;
- son assiette (II) ;
- les contrats et garanties concernés (III) ;
- les taux applicables (IV) ;
- les modalités d'imputation sur la taxe (V) ;
- les règles de recouvrement et de contrôle (VI) ;
- les modalités déclaratives (VII) ;
- le fait générateur et entrée en vigueur (VIII) ;
- la gestion de la taxe pendant la période transitoire (IX).

I. – CHAMP D'APPLICATION ET TERRITORIALITÉ

1.1. Redevables

La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est à la charge des assurés. Elle est toutefois collectée par les organismes d'assurance maladie complémentaire.

Entrent ainsi dans le champ d'application de la taxe les sommes 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 titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural.

Les organismes d'assurance 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 des sommes afférentes aux personnes physiques résidentes en France.

À cet effet, ils désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable de l'ensemble des opérations liées 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 particuliers

1. En cas de délégation de gestion :

Le contrat de délégation est un choix commercial et/ou économique de gestion voulu par l'organisme, non imposé par des textes. Il n'est donc pas opposable aux URSSAF.

Il appartient à l'organisme assureur, dans le cadre de son « contrat de délégation de gestion » signé avec le délégataire, de s'assurer de la transmission par ce dernier des informations qui lui sont nécessaires pour l'exécution de ses propres obligations d'ordre public.

2. Cas de la coassurance :

L'opération de coassurance consiste à diviser la garantie d'un risque entre plusieurs organismes complémentaires, chacun d'entre eux devenant alors le garant de la seule part qu'il a acceptée.

Sauf disposition contraire prévue par la convention de coassurance, la société apéritrice paye et déclare la TSA.

En cas de défaillance de l'organisme complémentaire en charge du paiement et de la déclaration de la TSA, la convention de coassurance ne saurait être opposable à l'organisme en charge du recouvrement de la taxe. Chaque coassureur demeure *in fine* seul responsable des opérations de déclaration et de paiement de la taxe afférente à la part de la prime perçue par lui.

3. Cas de la substitution :

Il convient de se référer aux termes de la convention de substitution.

Toutefois, en cas de défaillance de l'organisme complémentaire en charge du paiement et de la déclaration, la convention de substitution ne saurait être opposable à l'organisme en charge du recouvrement de la taxe pour qui la mutuelle substituée demeure *in fine* seule responsable des opérations de déclaration et de paiement de la taxe (y compris en cas de mandat d'encaissement des cotisations donné à la mutuelle « substituante » ou garante).

1.2. Territorialité

L'assujettissement à la taxe de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est subordonné à la condition que les garanties complémentaires soient souscrites au bénéfice d'un assuré ou membre participant (notamment dans le cas d'un contrat collectif) résidant en France à la date du fait générateur de la taxe, quel que soit le lieu du siège social de l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

Ainsi, dès lors que le contrat est conclu avec un assuré ou membre participant résidant en France, les primes ou les cotisations afférentes à la protection complémentaire doivent être intégrées dans l'assiette de la taxe.

Précisions

1. 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, la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe, La Réunion, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Les contrats souscrits par des assurés ou membres participants résidant dans le département de Mayotte et dans la COM de Saint-Pierre-et-Miquelon, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, dans les Terres australes et antarctiques françaises (TAAF) ou à Wallis-et-Futuna ne sont pas soumis à la TSA.

2. Au sens de la présente taxe, les assurés ou membres participants résidant en France sont ceux qui ont, sur le territoire français en matière de sécurité sociale (*cf. supra* précision 1), leur foyer ou le lieu de leur séjour principal au sens de l'article R. 115-6 du code de la sécurité sociale.

3. Lorsque le contrat est conclu avec une entreprise implantée en France, qui procure une couverture complémentaire collective pour le bénéfice de ses salariés, dont certains ne sont pas résidents en France :

- 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 2) ;
- les primes ou cotisations afférentes à des contrats d'assurance santé souscrits au profit d'assurés ou membres participants expatriés sont hors du champ de la taxe.

II. – ASSIETTE DE LA TAXE

Aux termes de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, la taxe est assise sur le montant des sommes stipulées au profit des organismes complémentaires.

Le même article précise que les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré.

2.1. Sommes taxables

La taxe de solidarité additionnelle est assise non seulement sur les primes proprement dites, ou cotisations, et les majorations de primes ou cotisations, mais aussi sur les accessoires de la prime et toutes sommes ou avantages susceptibles d'évaluation pécuniaire dont bénéficie l'organisme assureur en vertu des clauses générales ou particulières des polices ou avenants.

Il en résulte que doivent être intégrées dans l'assiette de la taxe l'ensemble de ce qui forme le coût de l'assurance, à savoir :

- la prime et les majorations de prime ;
- les accessoires (notamment, et non exclusivement, impôts indûment mis à la charge de l'assuré, frais de recouvrement, frais d'avenant, frais d'estimation, etc.) ;
- et diverses autres sommes (indemnités de résiliation ou pénalités de retard pour retard de paiement notamment).

Précisions

L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale précise également que la taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements.

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.

2.1.1. Primes et majorations de primes

Il s'agit des primes, cotisations, contributions et tout ce qui forme le prix de l'assurance, c'est-à-dire toutes les sommes que l'assuré s'engage à payer à l'organisme assureur pour être garanti des risques prévus au contrat sans aucune distinction entre la portion de ces sommes représentant plus spécialement les risques assurés par l'organisme d'assurance et la portion des mêmes sommes destinée à indemniser la compagnie de ses frais généraux d'administration.

En vertu du même principe, on doit entendre par cotisations, au sein des mutuelles relevant tant du code de la mutualité que de celles relevant du code des assurances, tout ce qui est payé par chaque adhérent, non seulement pour le règlement des sinistres, mais encore pour les frais de gestion, c'est-à-dire, d'une manière générale, pour tous les frais communs qu'entraînent les opérations de l'organisme.

Sans incidence du nom donné par les parties, toute somme mise à la charge de l'assuré pour être garanti des risques couverts, est taxable.

Cas particuliers

Dotations en espèces

Est également compris dans l'assiette de la taxe 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 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. Dans la mesure où ils ne font pas l'objet d'une prise en compte comptable dans les comptes de l'organisme assureur, les moyens matériels mis à disposition d'un organisme de couverture complémentaire ne constituent pas, de fait, le prix de l'assurance. Ils sont donc exclus de l'assiette.

Sommes versées à un fonds de réserve

Par application du principe général, les sommes que les assurés versent définitivement à un fonds de réserve sont soumises à la taxe sans qu'il y ait lieu de se préoccuper de la destination de ces sommes.

Sommes versées à un fonds de prévoyance

La somme versée au commencement de chaque année au fonds de prévoyance d'une assurance mutuelle à valoir sur la cotisation annuelle telle qu'elle sera réglée en fin d'exercice, fait partie de la contribution de l'assuré et doit, par suite, supporter la taxe.

Droits d'adhésion ou droit d'entrée

Les sommes dont le versement est exigé par les sociétés d'assurances mutuelles ou à forme mutuelle, au titre d'un droit d'adhésion ou d'un droit d'entrée, sont soumises à la taxe.

Cotisations fixées à forfait

En cas de contrats concernant des assurances traitées à forfait, la taxe doit être acquittée sur le montant de la cotisation fixe ainsi déterminée et non pas sur le chiffre qui aurait été perçu par l'organisme complémentaire si ces contrats avaient été faits dans les conditions habituelles.

Polices ajustables

Dans le cas de police ajustable, la partie de la prime payée à la signature du contrat représente une provision sur le décompte qui sera établi en fin d'année, compte tenu des déclarations successives de l'assuré quant à la valeur, en augmentation ou en diminution, des valeurs assurées. Cette partie de la prime est soumise à la taxe.

Intérêts des primes arriérées ou moratoriées

Les intérêts des primes arriérées ou moratoriées dont bénéficie l'organisme complémentaire sont intégrés dans l'assiette de la taxe.

Primes détournées par des agents indélégués

Les primes recouvrées sur les assurés et illégalement détournées par des agents de l'organisme complémentaire ou d'assurance sont intégrées dans l'assiette de la taxe.

2.1.2. *Accessoires de la prime*

Les accessoires de la prime comprennent tous les frais dérivant du contrat qui, incombant normalement à l'organisme assureur, sont, par dérogation expresse ou tacite, mis à la charge de l'assuré. Les frais de l'espèce les plus souvent rencontrés sont les suivants :

Les frais de recouvrement

Les frais de recouvrement des primes, les commissions ou traitements des agents chargés du recouvrement, les taxes dites d'agence que les compagnies peuvent ajouter au montant de la prime forment un accessoire de la prime passible de la taxe.

En revanche, les commissions payées par l'assuré directement aux agents de certaines compagnies ou aux courtiers et qui ne figurent pas dans les écritures sociales de l'organisme assureur ne sont pas intégrées dans l'assiette de la taxe dans la mesure où ces sommes ne sont pas stipulées au profit de l'organisme complémentaire.

Les autres frais de gestion

Les sommes que certains organismes complémentaires font payer à leurs assurés pour frais de gestion, en sus de leurs cotisations, ont le caractère d'accessoires soumis à la taxe.

Exemple : les frais relatifs à l'impression, l'envoi et le recouvrement, les frais pour retard de paiement, les frais de paiement fractionné, les frais d'avenant et les frais pour mode de paiement spécifique, le cas échéant au prorata des montants des primes afférentes aux différentes garanties comprises dans le contrat (*cf.* point 3.1 ci-dessous).

Le coût des polices et avenants et de leurs copies

Les sommes payées au moment de la rédaction des contrats pour coût de la police ou avenants sont intégrées dans l'assiette de la taxe.

Les honoraires de révision des contrats

Les sommes payées aux organismes assureurs par les assurés à titre d'honoraires de révision de leurs contrats d'assurances sont, en principe, soumises à la taxe. Il importe peu, à cet égard, que la compagnie ne bénéficie pas personnellement de ces sommes et les remette, à titre d'honoraires, aux agents qui lui ont fourni ce travail de révision. Il en est différemment si les honoraires de révision, au lieu d'être payés à la compagnie et de figurer dans ses écritures, sont promis et payés directement par les assurés aux agents réviseurs ou aux courtiers en retour du service personnel rendu par ces derniers.

Les impôts indûment mis à la charge de l'assuré

Lorsque les organismes assureurs exigent de l'assuré, au titre de la TSA, des sommes supérieures au chiffre réel de cet impôt, l'excédent constitue un bénéfice qui s'ajoute au montant de la prime.

Par ailleurs, lorsqu'un organisme assureur fait supporter des impôts et taxes qui lui incombent, les sommes ainsi perçues sont également soumises à la TSA.

2.1.3. *Sommes diverses taxables*

Sont également intégrés dans l'assiette de la taxe toutes les sommes ou avantages susceptibles d'évaluation pécuniaire dont bénéficie l'organisme assureur en vertu des clauses générales ou particulières des polices ou avenants.

Entrent, notamment, dans les bases de la taxe à ce titre les indemnités de résiliation payées à l'organisme assureur pour obtenir la résiliation du contrat avant l'expiration du terme prévu.

2.2. **Sommes non taxables**

Compte tenu des principes généraux énoncés *supra*, n'ont pas à être soumises à la taxe les sommes qui ne sont pas stipulées ou versées au profit de l'organisme assureur en application des clauses de la convention ou de ses avenants.

Tel est le cas :

- des sommes qui seraient allouées judiciairement ou par voie de transaction dans les conditions prévues aux articles 2044 et suivants du code civil à l'organisme assureur sans que cette attribution ait été prévue et réglée par les contrats ou avenants eux-mêmes ;
- des participations aux bénéfices qui proviennent de primes ayant déjà supporté la taxe et sont affectées, soit à l'augmentation du capital assuré, soit à la diminution de la prime à payer.

Par ailleurs, les ristournes accordées par les sociétés d'assurances mutuelles et les organismes mutualistes sur le montant des primes payées par les sociétaires et adhérents sont admises en déduction des sommes stipulées au profit de ces sociétés pour l'assiette de la TSA.

III. – LES CONTRATS ET GARANTIES CONCERNÉS

3.1. Contrats soumis à la taxe

Il s'agit des contrats individuels ou collectifs, à adhésion obligatoire ou facultative, solidaires ou non, responsables ou non, souscrits à titre professionnel ou dans un cadre privé, quel que soit le mode de leur financement (employeur ou assuré), d'assurance maladie souscrits auprès des sociétés ou entreprises d'assurances, mutuelles ou unions de mutuelles ou institutions de prévoyance ou unions, soit par des assurés sociaux pour compléter les remboursements effectués par leur régime de sécurité sociale (assurance maladie complémentaire), soit par des non assurés sociaux (travailleurs frontaliers, etc.).

Sont donc concernés par la mesure les contrats d'assurance en cas de maladie, de maternité et d'accident ayant notamment pour objet :

- la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, des frais d'analyse ou d'appareillage ainsi que des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport) – prestations en nature résultant d'une maladie ou d'un accident ;
- les garanties assurant le versement d'indemnités temporaires, quelles que soient leurs modalités de calcul (forfaitaire, pourcentage du revenu ou d'une base...), venant s'ajouter aux indemnités journalières versées par la sécurité sociale – prestations en espèces. Cette disposition s'applique également aux assurés pour lesquels cette couverture constituant un revenu de remplacement en cas de maladie, de maternité ou d'accident n'est pas organisée par les régimes de sécurité sociale obligatoires auxquels ils sont affiliés.

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.

En cas de contrats garantissant à la fois les risques assujettis à la TSA et d'autres risques ou prestations, il convient de procéder à une ventilation de la prime afin de déterminer la quote-part de la prime assujettie à la TSA et celle assujettie à la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) prévue par les articles 991 et suivants du code général des impôts.

La ventilation entre les primes et cotisations se rapportant aux soins de santé ou aux indemnités journalières visées par la TSA et les primes destinées à la couverture d'autres risques doit être établie sur la base d'une comptabilité régulièrement tenue et conforme aux règles et procédures en vigueur.

En l'absence de toute autre possibilité, il peut être admis d'opérer cette ventilation au prorata des prestations servies 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 et du contrôle 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).

3.2. Contrats ou garanties exclus de l'assiette TSA

Les contrats prévoyant le versement d'une rente, ou d'un capital en cas de maladie, de maternité, d'accident corporel, d'incapacité de travail, d'invalidité ou de décès de l'assuré n'entrent pas dans la définition des contrats d'assurance maladie visés par la TSA, à l'exception des contrats prévoyant le versement d'indemnités temporaires s'ajoutant aux indemnités journalières versées par la sécurité sociale telles que mentionnées au 3.1.

Les primes ou cotisations strictement 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.

Les opérations de réassurance, 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.

Les garanties ayant un lien avec la santé (ex: prestations de transport, d'assistance médicale...) prévues par des contrats de nature différente (ex: contrat d'assurance automobile, d'habitation...) à la seule condition que ces garanties ne viennent pas en complément d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

IV. – LES TAUX APPLICABLES

1. Le taux applicable est fixé à:

13,27% pour les contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que:

- l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré (critères du contrat «solidaire»);
- et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale (critères du contrat «responsable» précisés par la circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D n° 2015-30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales).

Le même taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que:

- les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré (critère du contrat «solidaire»);
- et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L.871-1 du code de la sécurité sociale (critères du contrat «responsable» précisés par la circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D n° 2015-30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales).

Précisions

Le dispositif d'aide au paiement d'une assurance complémentaire en santé (ACS) a été réformé en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Ainsi, depuis le 1^{er} juillet 2015, seuls les contrats sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence donnent droit au crédit d'impôt en application de l'article L.863-6 du code de la sécurité sociale. Un arrêté du 10 avril 2015 a fixé la liste des contrats sélectionnés.

Ces contrats sélectionnés sont *de facto* des contrats responsables.

Ce taux est porté à 20,27 % lorsque les conditions pour la qualification de contrats solidaires ou responsables prévues pour l'application du taux de 13,27 % ne sont pas respectées.

2. Par dérogation au 1, le taux de la taxe est fixé à:

a) 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1^o de l'article 998 du code général des impôts (assurances de groupe).

Pour en bénéficier, les assurances de groupe définies ci-dessus doivent:

- être souscrites, soit dans le cadre professionnel par une entreprise, un groupe d'entreprises ou par un groupement professionnel représentatif d'entreprises, ou par une organisation représentative d'une profession non salariée, ou une organisation représentative d'agents de collectivités publiques, soit dans le cadre de régimes collectifs de retraite;
- et donner lieu au paiement d'une prime ou d'une cotisation dont 80 % au moins du montant total sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires.

Il est précisé que seule la fraction de prime afférente aux garanties santé est soumise à la TSA. Les autres garanties restent soumises à la TSCA au taux en vigueur. Une ventilation de la prime doit éventuellement être effectuée afin de déterminer la quote-part de la prime assujettie à la TSA et celle assujettie à la TSCA prévue par les articles 991 et suivants du code général des impôts.

b) 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant des personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L.722-4 et L.722-9, au 1^o de l'article L.722-10 et aux articles L.722-21, L.722-28, L.722-29,

L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Sont ainsi concernés:

- les personnes non salariées et exploitants qui exercent exclusivement ou principalement une profession agricole ou connexe tels que la culture, l'élevage, la conchyliculture, la pisciculture ou les travaux forestiers à l'exception, toutefois, de l'achat de coupes de bois en vue de leur revente dans des conditions impliquant l'inscription au registre du commerce en tant que commerçant;
- les salariés et assimilés visés aux articles L. 722-1, L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime;
- les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation. Par membre de la famille, il faut entendre le conjoint, les ascendants, les descendants, les frères et sœurs et les alliés au même degré de l'exploitant ou du salarié.

L'affiliation à la Mutualité sociale agricole (MSA) constitue une présomption irréfragable de respect des critères ci-dessus énoncés. Il appartient à l'organisme complémentaire d'apporter la preuve du respect des conditions d'application de ce taux de TSA spécifique. Une photocopie de la carte d'affilié à la MSA ou toute autre attestation émanant de la MSA peut constituer cette preuve.

c) 20,27 % pour les garanties mentionnées au b lorsque les conditions de responsabilité du contrat ne sont pas respectées.

d) 14 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (couverture au premier euro, travailleur frontalier assuré auprès d'une assurance de base à l'étranger).

e) 7% pour les garanties assurant le versement d'indemnités s'ajoutant aux indemnités journalières versées par la sécurité sociale telles que mentionnées au 3.1 sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré (contrat solidaire), et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article.

Précision : les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières dans les contrats mentionnés aux a et b sont exonérées de TSA.

f) 14 % pour les mêmes garanties mentionnées au e lorsque les conditions énumérées ne sont pas respectées.

Précision générale

Dans le cas d'une prime servant à financer des garanties ne relevant pas des mêmes taux de TSA, il appartiendra à l'organisme complémentaire de procéder à la ventilation de la prime afin d'appliquer à chaque part de la prime et de ses accessoires le taux adéquat.

Ainsi, dans le cas d'un contrat collectif solidaire, la part de la prime relative aux garanties de frais de santé soumise au taux de 13,27 % (si elle est également responsable) devra être isolée de la part de la prime afférente aux garanties d'indemnités journalières, soumise à un taux de 7 %.

V. – IMPUTATIONS SUR LA TAXE

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

1. Le remboursement sur la base des dépenses de la CMU-c (couverture maladie universelle complémentaire) réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret (art. L. 862-2 [a] du code de la sécurité sociale).

Son montant est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, arrondi à l'euro inférieur. Il est constaté annuellement par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

Afin de simplifier la procédure, chaque trimestre, les organismes déduisent un acompte forfaitaire CMU-c, par trimestre et par bénéficiaire présent dans ses effectifs au dernier jour du deuxième mois du trimestre civil concerné. Cet acompte fait l'objet d'une régularisation annuelle en année N + 1, à partir du montant des dépenses définitives de l'année N.

Pour l'année 2015, ce montant correspond, conformément à l'article D. 862-2 du code de la sécurité sociale, au quart des neuf dixièmes du montant du forfait annuel fixé à 408 € (*cf.* arrêté du 16 décembre 2014 NOR: AFSS1429995A), soit 91,80 €.

2. 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 (art. L. 862-2 [b])

Ce montant est déductible par quart du montant de l'aide annuelle accordée pour chaque bénéficiaire présent au dernier jour du 2^e mois du trimestre civil pour lequel la taxe est due.

Le montant de cette aide varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, et couvertes par le contrat.

Le montant de l'aide est ainsi fixé à :

100 € par an pour les personnes âgées de moins de 16 ans ;

200 € par an pour les personnes âgées de 16 à 49 ans ;

350 € par an pour les personnes âgées de 50 à 59 ans ;

550 € par an pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Ces sommes doivent être soustraites du montant de la taxe de manière séparée sur le formulaire déclaratif homologué.

Précisions

Le dispositif d'aide au paiement d'une assurance complémentaire en santé (ACS) a été réformé en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Ainsi, depuis le 1^{er} juillet 2015, seuls les contrats sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence donnent droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale. Un arrêté du 10 avril 2015 a fixé la liste des contrats sélectionnés.

Cette réforme implique que les bénéficiaires actuels de l'ACS ne renouvellent pas leur contrat en cours, si leur échéance intervient après le 1^{er} juillet 2015, et souscrivent à compter de cette date l'un des contrats sélectionnés, qui est de facto un contrat responsable. Toutefois, dans la plupart des situations, l'échéance des contrats intervient avant la fin des droits à déduction ACS.

Aussi, afin de faciliter la transition des assurés bénéficiaires de l'ACS vers les contrats sélectionnés, le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 a modifié l'article R. 863-4 du code de la sécurité sociale pour permettre l'utilisation du reliquat des droits à déduction ACS sur le nouveau contrat souscrit par l'assuré à compter du 1^{er} juillet 2015. Cette possibilité est ouverte à chaque assuré sur la base de la présentation de l'attestation ACS, ou de la copie de cette attestation, que lui aura remise l'organisme auprès duquel il avait exercé ce droit sur son précédent contrat et d'une attestation de reliquat de droit établie par ce même organisme.

Les organismes complémentaires dont le contrat est résilié doivent conserver l'attestation ou une copie de cette attestation de droits en cas de contrôle.

Ainsi, les organismes offrant les contrats sélectionnés sont, depuis le 1^{er} juillet 2015, fondés à appliquer l'ACS sur les contrats sélectionnés souscrits par les bénéficiaires de cette aide sur la base de l'attestation de reliquat susmentionnée et prévue par l'article R. 863-4 précité. Ils bénéficieront en conséquence du crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1 du même code à ce titre.

3. Modalités d'imputation et de régularisation :

Pour ce faire et conformément à l'article R. 862-11 du code de la sécurité sociale, l'organisme indique sur la déclaration :

- le nombre de personnes bénéficiant, auprès de cet organisme, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 par application des dispositions du *b* de l'article L. 861-4 et le montant global de cette prise en charge ;
- le nombre de personnes ouvrant droit, au bénéfice de cet organisme, au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 et le montant global de ce crédit d'impôt.

La régularisation annuelle (et notamment le remboursement sur la base des dépenses de la CMU-c réellement engagées) s'opère sur la déclaration mentionnée au II de l'article R. 862-11 du code de la sécurité sociale et dénommée « tableau récapitulatif ».

Précisions

L'assiette de la taxe est déterminée sans tenir compte du montant du décompte forfaitaire des dépenses de la CMU-c.

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.

VI. – RECOUVREMENT ET CONTRÔLE

Aux termes de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale, la TSA est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.

6.1. Recouvrement

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

L'URSSAF Île-de-France a été désignée territorialement compétente en matière de recouvrement de la TSA¹.

À compter du 1^{er} janvier 2016, les éventuelles restitutions aux organismes complémentaires seront traitées par l'URSSAF Île-de-France (et non plus le Fonds CMU), y compris pour les restitutions afférentes au « tableau récapitulatif » relatif à l'exercice 2015 (cf. paragraphe VII).

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 de la prime 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 Île-de-France.

Exemple

Soit une cotisation de 1 500 € (HT) se rapportant à une garantie de protection complémentaire santé solidaire et responsable couvrant la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016. La date de prise d'effet de la garantie est fixée au 1^{er} janvier 2016. Il est admis que le montant de la taxe soit acquitté à concurrence de:

$(1\ 500\ € \times 13,27\ \%) / 4 = 50\ €$ au plus tard le 30 avril 2016;

50 € au plus tard le 31 juillet 2016;

50 € au plus tard le 31 octobre 2016;

50 € au plus tard le 31 janvier 2017.

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 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.

Cas des contrats collectifs

Dans le cas des contrats collectifs pour lesquels l'émission intervient généralement de manière décalée par rapport à l'échéance principale du contrat, l'encaissement emporte exigibilité de la taxe. Toutefois, le montant de la prime est généralement connu et encaissé au cours du trimestre suivant la période d'effet de la garantie. Les contrats collectifs font donc 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.

Sanction en cas d'inobservation des obligations déclaratives et de paiement: la taxe est recouvrée selon les mêmes garanties et sanctions que celles applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations sous réserve de modalités spécifiques de calcul des pénalités ou des taxations d'office et forfaitaires qui seront précisées dans un décret à paraître. Le contentieux relève des tribunaux des affaires de sécurité sociale.

¹ Arrêté du 4 mars 2011 portant désignation d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales unique pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances.

6.2. Contrôle

Aux termes de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale, la TSA est « contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5 » du code de la sécurité sociale.

Le contrôle de la TSA (notamment assiette et imputations diverses) est donc effectué par les agents chargés du contrôle agréés et assermentés des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général dans les conditions prévues aux articles L. 243-7 et suivants du code de la sécurité sociale.

L'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale précise que « les orientations en matière de contrôle » sont « définies » par le Fonds CMU, « au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés ».

Par ailleurs, l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale dispose que le Fonds CMU est « habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements mentionnées aux a et b de l'article L. 862-2 » du code de la sécurité sociale.

Le Fonds CMU est ainsi habilité, dans le cadre du contrôle de cohérence qu'il assure en matière de recouvrement de la TSA, à réclamer et obtenir des organismes complémentaires tous éléments ou justificatifs relatifs à l'assiette de la taxe et/ou aux imputations (remboursement des dépenses CMU-C, crédit d'impôt ACS).

Ces éléments visent à titre d'exemples, des explications sur l'évolution du chiffre d'affaires, la liste des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, les attestations de caisses relatives à la CMU complémentaire ou à l'ACS, etc.

Le Fonds CMU invitera les organismes complémentaires à régulariser les éventuelles anomalies détectées par ses services dans le cadre de ces opérations de fiabilisation.

Les vérifications opérées par le Fonds CMU ne constituent cependant pas des contrôles au sens et aux conditions des articles L. 243-7 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les notifications, avis, rapports ou autres courriers émanant du Fonds CMU ne constituant pas des « décisions implicites », les vérifications opérées sur une période par le Fonds CMU à des fins de prévention ne font pas obstacle à la réalisation d'un contrôle au sens de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale portant sur la même période et effectué par les agents chargés du contrôle des organismes de recouvrement des cotisations du régime général.

VII. – MODALITÉS DÉCLARATIVES

Les organismes assujettis adressent chaque trimestre à l'URSSAF Île-de-France, 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.

La déclaration comporte ainsi notamment :

- 1° L'assiette et le montant de la taxe due par chaque organisme.
- 2° Le nombre de personnes bénéficiant, auprès de cet organisme, de la prise en charge des dépenses CMU-C et le montant global de cette prise en charge.
- 3° Le nombre de personnes ouvrant droit, au bénéfice de cet organisme, au crédit d'impôt ACS et le montant global de ce crédit d'impôt.

Ces mêmes organismes adressent annuellement à l'URSSAF Île-de-France la déclaration au titre de l'année civile précédente, comportant la valeur définitive des éléments mentionnés ci-dessus.

La date limite de communication de la déclaration trimestrielle est fixée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré. La date limite de communication de la déclaration annuelle (autrement dénommée « tableau récapitulatif ») est fixée au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'année civile considérée².

Ces éléments déclaratifs doivent être fournis, y compris lorsque le montant dû calculé par l'organisme complémentaire est nul.

Dès l'échéance du 30 avril 2016 (se rapportant à la période du 1^{er} trimestre 2016), les organismes complémentaires n'adresseront plus de copie du document déclaratif au Fonds CMU. L'URSSAF Île-de-France communiquera les données déclarées au Fonds CMU.

² Arrêté du 25 juin 2014 relatif aux dates limites de communication des déclarations mentionnées aux I et II de l'article R. 862-1 du code de la sécurité sociale.

Les déclarations et versements afférents à la TSA sont effectués par voie dématérialisée dans des conditions qui seront également définies par décret à paraître. La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % de la taxe dont la déclaration ou le versement n'a pas été effectué par voie dématérialisée (V de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale).

Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de la taxe dont le redevable relève (URSSAF Île-de-France), selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe.

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.

VIII. – FAIT GÉNÉRATEUR DE LA TAXE ET ENTRÉE EN VIGUEUR

Les nouvelles dispositions issues de l'article 22 de la LFSS pour 2015 s'appliquent aux primes, cotisations, ou fractions de primes ou de cotisations pour lesquelles un fait générateur d'imposition intervient à compter du 1^{er} janvier 2016.

Il est rappelé que le fait générateur est l'échéance principale du contrat, c'est-à-dire la date de prise d'effet de la garantie.

Les primes ou cotisations d'assurance maladie complémentaire dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur antérieurement au 1^{er} janvier 2016, sont taxées aux taux fusionnés lorsqu'elles n'ont pas été soumises à la taxe sur les conventions d'assurance applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2016.

En effet, pour les primes ou cotisations dont le fait générateur de la TSA (c'est-à-dire correspondant à la date de prise d'effet de la garantie) est antérieur au 1^{er} janvier 2016, seule une fraction de TSA peut avoir été payée en vertu de la tolérance permettant aux redevables de verser la taxe due par quart et, également, seule une fraction de la TSCA a potentiellement été déclarée et versée, en application des possibilités de fractionnement du paiement offertes, induisant, pour la TSCA seule, fractionnement de fait générateur. Dans ce cas, la TSCA disparaît au 1^{er} janvier 2016 puisque ces contrats en deviennent exonérés. Il convient alors que les organismes complémentaires procèdent au versement, selon les modalités prévues par l'article 22 de la LFSS 2015 et au taux fusionné applicable, des fractions de taxe restant dues alors même que le fait générateur de la TSA a déjà eu lieu, sous l'empire des anciennes règles d'assiette et de l'ancien taux. Cette modalité permet de soumettre à la TSA fusionnée les fractions d'assiette qui n'ont pas déjà fait l'objet d'un versement de TSCA. En ce qui concerne la TSA, le fait générateur est déjà intervenu et le calcul des quarts restants relève d'une simple modalité de versement de la taxe, laquelle devra éventuellement être recalculée afin que les versements à venir couvrent la totalité de l'assiette.

Ces modalités d'entrée en vigueur ont vocation à éviter toute situation de double imposition ou d'absence de taxation.

Modalités pratiques : afin d'éviter l'adjonction de lignes de taux complémentaires sur les déclarations de TSA et de TSCA, l'organisme complémentaire déclarant procédera par voie de proratisation de l'assiette sur chacune des déclarations respectives.

Exemples

Exemple 1 : soit un contrat d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable dont l'échéance principale du contrat est le 1^{er} juillet 2015 (échéance annuelle). Le montant de la prime annuelle hors taxe est fixé à 1 200 € avec un paiement fractionné de 100 € par mois. L'organisme complémentaire a opté pour le versement fractionné par quarts de la TSA.

Pour la période du 1^{er} juillet 2015 au 1^{er} janvier 2016 :

- TSCA : versement mensuel de la TSCA au taux de 7 % sur les mensualités (6) perçues de juillet à décembre, soit $(100 \times 7 \%) \times 6 = 42 \text{ €}$;
- TSA : versement par quarts (2) de la TSA au taux de 6,27 %, soit $(1\ 200 \times 6,27 \%) / 4 \times 2 = 37,62 \text{ €}$.

Pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2016 :

- TSCA = 0 (à noter que la TSCA due au titre de la fraction de prime perçue en décembre 2015 est déclarée et versée sur la déclaration de TSCA n° 2787 déposée en janvier 2016) ;
- TSA : versement par quarts (2) de la TSA fusionnée au taux de 13,27 %, soit $(1\ 200 \times 13,27 \%) / 4 \times 2 = 79,62 \text{ €}$.

Exemple 2 : soit un contrat d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable dont l'échéance principale du contrat est le 1^{er} juillet 2015 (échéance annuelle). Le montant de la prime annuelle est fixé à 1 200 € avec un paiement unique à l'échéance de la prime. L'organisme complémentaire a opté pour le versement fractionné par quarts de la TSA.

Pour la période du 1^{er} juillet 2015 au 1^{er} janvier 2016 :

- TSCA : versement mensuel de la TSCA au taux de 7 % sur le montant annuel de la prime perçu en juillet 2015, $1\,200 \times 7\% = 84\text{ €}$;
- TSA : versement par quarts (2) de la TSA au taux de 6,27 %, soit $(1\,200 \times 6,27\%)/4 \times 2 = 37,62\text{ €}$.

Pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2016 :

- TSCA = 0 ;
- TSA : versement par quarts (2) de la TSA au taux de 6,27 %, soit $(1\,200 \times 6,27\%)/4 \times 2 = 37,62\text{ €}$.

Exemple 3 : soit un contrat d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable dont l'échéance principale du contrat est le 1^{er} juillet 2015 (échéance annuelle). Le montant de la prime annuelle est fixé à 1 200 € avec un paiement fractionné de 100 € par mois. L'organisme n'a pas opté pour le versement fractionné par quarts de la TSA.

Pour la période du 1^{er} juillet 2015 au 1^{er} janvier 2016 :

- TSCA : versement mensuel de la TSCA au taux de 7% sur les mensualités (6) perçues de juillet à décembre, soit $(100 \times 7\%) \times 6 = 42\text{ €}$;
- TSA : versement de la TSA au taux de 6,27 %, soit $1\,200 \times 6,27\% = 75,24\text{ €}$.

Pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2016 :

- TSCA = 0 (à noter que la TSCA due au titre de la fraction de prime perçue en décembre 2015 est déclarée et versée sur la déclaration de TSCA n° 2787 déposée en janvier 2016) ;
- TSA : versement unique (ou fractionné) de la TSA restant due au taux de 7 %, soit $(100 \times 7\%) \times 6 = 42\text{ €}$.

IX. – GESTION DE LA TAXE PENDANT LA PÉRIODE TRANSITOIRE

En cas d'erreur déclarative se rapportant à des primes ou cotisations dont le fait générateur est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, il est demandé à l'organisme complémentaire de déposer auprès des services de la DGFIP la déclaration rectificative de TSCA (en utilisant le millésime afférent à la période concernée) et auprès de l'URSSAF Île-de-France la déclaration rectificative de TSA (déclaration trimestrielle, ou tableau récapitulatif annuel lorsque l'erreur a été constatée postérieurement à la date limite d'envoi du tableau récapitulatif portant sur la période considérée).

Dans le cas d'annulations ou de remboursements postérieurs au 1^{er} janvier 2016 de primes ou cotisations émises antérieurement à cette même date, ces annulations et remboursements de primes doivent être pris en compte dans l'assiette déclarée sur le seul bordereau déclaratif de la TSA à produire auprès de l'URSSAF Île-de-France et afférent à la période d'annulation ou de remboursement.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME