

A - Fonctionnement et prestations des régimes obligatoires	2
I - Quel régime pour qui ?	2
I-1 Le régime des salariés	2
I-2 Le régime des TNS : artisans, commerçants, professions libérales	2
I-3 Le régime des exploitants agricoles	3
I-4 La Couverture Maladie Universelle obligatoire (CMU)	3
II - Les prestations santé	4
II-1 Les bases du système	4
II-2 Les contrats responsables	6
II-3 Les tarifs et taux de remboursement	7
II-4 Les prestations CMU et CMUC	12
III - Les prestations prévoyance : arrêt de travail, invalidité, décès	12
III-1 Les prestations des salariés	12
III-2 Les prestations des TNS	18
III-3 Les prestations des exploitants agricoles	30
IV - Les prestations dépendance	32
 B - Règlementation d'assurance, fiscale et sociale	 33
I - Le devoir de conseil et l'intermédiation financière	33
II - La vente à distance	33
III - Les taxes d'assurance	34
IV - La loi Madelin	34
V - Les aides fiscales en santé	35
VI - Les contrats collectifs	37
VI-1 Les obligations règlementaires	37
VI-1-a La mise en place du contrat dans l'entreprise	37
VI-1-b Les garanties décès des cadres	38
VI-1-c Le maintien des garanties	38
VI-1-d Le changement d'organisme assureur	38
VI-1-e La sortie de groupe en santé	39
VI-2 Le régime fiscal - code général des impôts	39
VI-3 Le régime social - code de la Sécurité sociale	40
VI-4 Les charges obligatoires sur salaires	41

A - Fonctionnement et prestations des régimes obligatoires

I - Quel régime pour qui ?

I-1 : Le régime des salariés

Les salariés de l'industrie et du commerce sont affiliés au **régime général** de la Sécurité Sociale.

Les salariés agricoles qui **bénéficient des mêmes prestations** que les salariés du régime général sont, quant à eux, affiliés à la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

■ Risques couverts

- maladie : prestations en nature et en espèces
- maternité
- invalidité
- accidents du travail
- décès

■ Gestion

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

■ Cas particulier du régime Alsace Moselle

Les salariés d'une entreprise ayant son **siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle** quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine ou dans les DOM, ainsi que les **salariés travaillant dans un de ces trois départements** pour une entreprise ayant son siège social hors de ces départements, peuvent bénéficier du régime local Alsace Moselle.

Financé par une cotisation supplémentaire des salariés, ce régime obligatoire et complémentaire au régime général propose un remboursement supplémentaire à ce dernier.



Site internet à consulter : www.ameli.fr

I-2 : Le régime des TNS

En 2006, le régime d'assurance maladie des professions indépendantes, le régime d'assurance vieillesse des artisans (AVA) et le régime vieillesse des commerçants (ORGANIC) ont fusionné pour devenir le **Régime Social des Indépendants (R.S.I.)**. Il est composé d'une caisse nationale, de 28 caisses régionales interprofessionnelles, de 2 caisses dédiées aux professions libérales pour l'assurance maladie.

■ Risques couverts

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

■ Gestion

Le régime d'assurance maladie-maternité des Travailleurs Non Salariés (TNS) est régi au niveau national par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) et au niveau régional par la Caisse Maladie Régionale (CMR).

■ Cas particuliers

La protection sociale des médecins :

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

La protection sociale des infirmiers libéraux :

- les infirmiers non conventionnés sont affiliés au régime des TNS
- les infirmiers conventionnés sont affiliés au régime général d'assurance maladie.



Sites internet à consulter : www.le-rsi.fr ; www.onsil.fr

I-3 : Le régime des exploitants agricoles

Les exploitants agricoles sont affiliés à l'**AMEXA**, régime institué par la loi du 25 janvier 1961, se limitant à la couverture des risques :

- maladie vie privée (prestations en nature),
- maternité,
- invalidité maladie,

gérés au choix de l'assuré, soit par le GAMEX, groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles, soit par la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Depuis le 1^{er} avril 2002, est créé un régime de Sécurité sociale destiné à couvrir les accidents du travail et les maladies professionnelles ; les accidents de la vie privée étant pris en charge par l'AMEXA.

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



Site internet à consulter : www.ramgamex.fr

I-4 : La Couverture Maladie Universelle obligatoire (CMU)

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la loi sur la Couverture Maladie Universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière -c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de trois mois- et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la Sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé : la CMU de base.

La CMU de base ouvre droit aux seules prestations en nature (remboursement des soins, des médicaments, etc.) des assurances maladie et maternité du régime général de Sécurité sociale (régime des salariés).

A noter : L'assuré qui bénéficie de la CMU de base, n'est pas dispensé de faire l'avance des frais. Le ticket modérateur reste à sa charge.

L'affiliation à la C.M.U. de base est :

- **gratuite si le revenu fiscal de référence est inférieur ou égal à 8 644 euros** (du 01/10/07 au 30/09/08), ou si l'assuré est allocataire du Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.)
- **payante si le revenu fiscal de référence est supérieur à 8 644 euros** (du 01/10/07 au 30/09/08). L'assuré doit alors payer une cotisation à l'URSSAF dont le montant s'élève à 8 % du montant de son revenu fiscal de référence figurant son avis d'imposition dépassant le plafond.
Ex : revenu fiscal de référence = 12 000 €, cotisation = 8% (12 000 - 8 644) = 8% X 3 356 = 268,48€

II - Les prestations santé

Les prestations santé décrites ci-après sont communes à tous les régimes évoqués précédemment.

II-1 Les bases du système

■ La convention

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

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

■ La CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

La CCAM est une nomenclature des actes techniques réalisés par les médecins instaurée le 31 mars 2005.

La CCAM constitue une liste d'actes codés, commune aux secteurs public et privé. Elle est destinée à décrire plus précisément chaque acte, à servir de base à une juste rémunération de l'acte en secteur libéral et à l'allocation des ressources aux établissements.

La liste des codes comprend environ 7 200 actes principaux dont environ 1 500 en médecine de ville. Aux milliers de codes affinés correspondent 15 codes regroupement. Seuls les codes regroupement sont communiqués dans le cadre des transmissions E.D.I. (échanges de données informatisés), décomptes clients, factures des établissements hospitaliers ou cliniques.



Sites à consulter : www.ccam.sante.fr ; www.ameli.fr

■ Le ticket modérateur

Il s'agit de la part des dépenses de santé qui est laissée à la charge de l'assuré en référence à la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Le TM est fixé en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

TM = Base de Remboursement du RO – remboursement du RO

Dans certains cas, les assurés peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur. Leurs soins et frais médicaux sont pris en charge à 100 %, sur la base et dans la limite des tarifs du Régime Obligatoire, par la Caisse d'Assurance Maladie.

Cas d'exonération du ticket modérateur :

- **assurés titulaires** d'une **rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle** dont le taux est au moins égal à 66%, d'une **pension d'invalidité** attribuée par l'assurance maladie ou d'une retraite substituée à une pension d'invalidité
- **femmes enceintes** : qu'elle soit assurée sociale ou ayant droit, la femme enceinte bénéficie de la prise en charge à 100 %, sur la base et dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, de l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examen de laboratoire, d'hospitalisation, qu'ils soient ou non en rapport avec sa grossesse, à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de la grossesse, jusqu'à 12 jours après la date réelle de l'accouchement
- **personnes en affection de longue durée** selon les modalités définies par le code de la Sécurité sociale.



Pour en savoir plus sur les cas d'exonération : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-ticket-moderateur_seine-saint-denis.php

■ Le Médecin traitant et le parcours de soins coordonnés

L'axe majeur de la réforme de l'assurance maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 est le parcours de soins avec la place primordiale du médecin traitant qui conseille et oriente ses patients, lorsqu'il s'agit de passer à un autre niveau de traitement ou de consultation.

Le patient qui ne respecte pas le parcours de soins, par exemple en décidant de recourir à des professionnels de santé sans, au préalable, solliciter son médecin traitant, connaît une baisse de ses remboursements, ainsi qu'une possible augmentation du coût de ses consultations.

En pratique : comment respecter le parcours de soins ?

Pour respecter le parcours de soins, le patient doit :

- **avoir choisi et désigné un médecin traitant** auprès de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (seules les personnes de 16 ans et plus sont concernées),
- **consulter ce médecin traitant** en première intention pour tout acte médical et prescription,
- en conséquence **ne pas consulter directement un spécialiste** sauf pour les spécialités suivantes : Ophtalmologie, Gynécologie pour certains actes, Psychiatrie et Neuropsychiatrie pour certains actes pour les jeunes de 16 à 25 ans, Dentaire en dehors de la stomatologie,
- pour les personnes en Affection de Longue Durée (ALD) : **suivre le protocole de soins** établi par le médecin traitant et le médecin correspondant,
- autoriser la consultation et la mise à jour de son **dossier médical personnel** par les médecins consultés, lorsque celui-ci sera en place (arrêté à paraître).

■ La participation forfaitaire de 1€

Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation forfaitaire de 1 € est déduite du montant des remboursements des assurés pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, un examen radiologique, une analyse de biologie médicale. Cette participation forfaitaire de 1 € ne concerne pas les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois, et les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'Etat.

Au total, cette participation forfaitaire est limitée à 50 € par an et par personne et à 4 € par jour et par professionnel lorsque plusieurs actes sont réalisés au cours d'une même journée.

En pratique : comment régler la participation forfaitaire de 1 euro ?

La participation forfaitaire de 1 euro est déduite automatiquement du montant des remboursements. Cette information figure systématiquement sur les relevés de remboursements de soins adressés par les caisses d'Assurance Maladie.

A noter : quand le montant à rembourser est inférieur à 1 euro, la participation forfaitaire de 1 euro n'est pas déduite.

■ Le forfait de 18 €

Depuis le 1^{er} septembre 2006, une participation forfaitaire de 18 euros s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Il existe cependant des exceptions : certains actes en sont exonérés, et les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé ne sont pas concernées.

Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, leur tarif et/ou leur coefficient peuvent se cumuler.

La participation de 18 euros est prise en charge par la C.M.U. complémentaire et le régime Alsace-Moselle.

En pratique : comment régler la participation forfaitaire de 18 euros ?

L'assuré règle directement la participation forfaitaire de 18 euros dont il est redevable au professionnel de santé ou à l'établissement de santé concerné.

NB : SwissLife Prévoyance et Santé prend en charge ce forfait de 18 €, dans l'ensemble de ses produits.

■ Le forfait hospitalier

Le forfait journalier hospitalier est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé. Toutefois, certains motifs d'hospitalisation permettent une exonération.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, le forfait hospitalier, fixé par arrêté ministériel est de :

- 16 euros par jour en hôpital ou en clinique ;
- 12 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

■ Les franchises médicales

Depuis le 01/01/2008, le plan de financement de la Sécurité sociale a mis en place 3 franchises médicales :

- 0,50 € par boîte de médicaments délivrés en ville
- 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 €/jour
- 2 € par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 €/jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra excéder 50 € par personne.



Site internet à consulter : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/index_seine-saint-denis.php

II-2 Les contrats responsables

Les contrats complémentaires santé qui respectent les exigences définies dans la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et les décrets qui s'y rattachent sont dits «responsables».

Un contrat est dit responsable lorsque :

- **les garanties ne remboursent pas :**
 - la participation forfaitaire de 1 € par acte médical prélevée par le régime obligatoire depuis le 01/01/2005,
 - les majorations de TM en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés,
 - le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, à hauteur de 8 € en général en 2008
 - les franchises médicales de 0,50 €/boîte de médicaments, 0,50 €/acte paramédical et 2 €/transport en ambulance.
- **les garanties remboursent :**
 - les consultations et prescriptions du médecin traitant et du médecin correspondant, à hauteur d'un minimum de :
 - 30 % en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour les consultations,
 - 30 % en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments pris en charge à 65 % par la Sécurité sociale (vignettes blanches),
 - 35 % en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour les prescriptions d'analyses,
 - au moins 2 des actes de prévention figurant sur la liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006.

En contrepartie, ces garanties "responsables" permettent à l'assuré de bénéficier, à condition de remplir les autres obligations afférentes, de :

- la **fiscalité Madelin**,
- l'**aide à l'acquisition d'une complémentaire** santé, pour les personnes dont le revenu est inférieur au seuil défini (CMUC + 20 %),
- l'exonération de **taxe sur les conventions d'assurance à 7 %**, pour les formules souscrites sans questionnaire de santé.

II - 3 Les tarifs et taux de remboursement

■ Les médicaments génériques et le tarif de responsabilité

Un médicament "original", ou "princeps", est un médicament découvert par un laboratoire qui en garde l'exclusivité. Après plusieurs années, les autres laboratoires ont le droit de produire un médicament identique fabriqué avec la même molécule. Ce médicament est appelé "générique".

Le médicament générique soigne et soulage de manière identique au médicament princeps. Seules sa forme et sa couleur sont parfois différentes. Il est en moyenne 30% moins cher que le médicament original, car il ne nécessite pas de frais de recherche.

Depuis le 1^{er} juillet 2005, 542 médicaments sont remboursés sur la base d'un tarif de référence, le Tarif Forfaitaire de Responsabilité ou TFR, calculé à partir du prix du médicament générique le moins cher. Si le prix de vente d'un médicament est supérieur à son tarif forfaitaire de responsabilité, la différence de prix est à la charge de l'assuré.

Attention : un remboursement égal à 100% de la Base de Remboursement n'est pas égal à un remboursement aux frais réels.

■ Les médicaments déremboursés

Depuis le 1^{er} mars 2006, 152 médicaments ne sont plus remboursés par l'Assurance Maladie. Leur Service Médical Rendu a été jugé insuffisant. Cette décision a été prise par le ministère de la Santé, sur recommandation de la Haute autorité de santé (HAS), organisme public d'expertise scientifique et médicale dont l'une des missions est d'évaluer l'utilité médicale des médicaments. D'autres déremboursements sont à venir.



Pour connaître la liste des médicaments déremboursés : <http://www.has-sante.fr/>

■ Les tarifs de consultations des médecins

La base de remboursement de la Sécurité sociale varie en fonction de plusieurs données :

- l'assuré respecte-t-il le parcours de soins ?
- le médecin est-il généraliste ou spécialiste ?
- le médecin est-il conventionné secteur 1 ou secteur 2, ou non conventionné ?

➤ Dans le cadre du parcours de soins coordonnés

Ces tarifs sont applicables pour les patients de plus de 16 ans au 1^{er} juillet 2007.

Tarifs des consultations du médecin traitant ou de son remplaçant ou d'un autre médecin si urgence ou éloignement de la résidence habituelle			
Médecin consulté	Tarif	BR	Taux de remboursement
Généraliste			
secteur 1	22 €	22 €	
Généraliste			
secteur 2	honoraires libres	22 €	
Spécialiste*			
secteur 1	25 €	25 €	
Spécialiste*			
secteur 2	honoraires libres	23 €	

70 %

* : hors psychiatre, neuropsychiatre, neurologue et cardiologue

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

Tarifs des consultations des médecins correspondants *			
pour un suivi régulier			
Médecin consulté	Tarif	BR	Taux de remboursement
Généraliste			70 %
- secteur 1	25 €	25 €	
- ou secteur 2 avec option de coordination			
Généraliste			
secteur 2	honoraires libres	22 €	
Spécialiste			
- secteur 1	28 €	28 €	70 %
- ou secteur 2 avec option de coordination			
Spécialiste			
secteur 2	honoraires libres	23 €	
pour un avis ponctuel			
Spécialiste			
- secteur 1	44 €	44 €	70 %
- ou secteur 2 avec option de coordination			
Spécialiste			
secteur 2	honoraires libres	44 €	

* : hors psychiatre, neuropsychiatre, neurologue et cardiologue

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

✎ Hors du parcours de soins coordonnés

Pas de médecin traitant déclaré et/ou consultation directe d'un médecin spécialiste sans être orienté par le médecin traitant.

Tarifs des consultations d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste*			
Tarifs applicables au 2 septembre 2007			
Médecin consulté	Tarif	BR	Taux de remboursement
Généraliste			
secteur 1	22 €	22 €	50 %
Généraliste			
secteur 2	honoraires libres	22 €	
Spécialiste			
secteur 1	33 € (maximum)	25 €	50 %
Spécialiste			
secteur 2	honoraires libres	23 €	

* : hors psychiatre, neuropsychiatre, neurologue et cardiologue

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

Cas particulier des médecins spécialistes en accès direct autorisé

Tarifs de consultations des médecins spécialistes en accès direct autorisé						
Tarifs applicables au 2 septembre 2007						
Si un médecin traitant a été déclaré				Si aucun médecin traitant n'a été déclaré		
Médecin consulté	Tarif	BR	Taux de remboursement	Tarif	BR	Taux de remboursement
Gynécologue - Ophtalmologue <i>Consultation pour suivi régulier</i>						
- secteur 1	28 €	28 €		33 €	25 €	
- ou secteur 2 avec option de coordination				maximum		
Gynécologue - Ophtalmologue <i>Consultation pour suivi régulier ou autre</i>	honoraires libres	23 €		honoraires libres	23 €	
- secteur 2			70 %			50 %
Psychiatre Neuropsychiatre <i>(pour les patients de 16 à 25 ans)</i>						
- secteur 1	41 €	41 €		49 €	37 €	
- ou secteur 2 avec option de coordination				maximum		
Psychiatre Neuropsychiatre <i>(pour les patients de 16 à 25 ans)</i>	honoraires libres	34,30 €		honoraires libres	34,30 €	
- secteur 2						

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

Suivi régulier :

- pour **la gynécologie**, les soins concernés sont : les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses, l'IVG médicamenteuse
- pour **l'ophtalmologie**, les soins concernés sont : la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome.

Attention : si l'assuré a déclaré son médecin traitant mais consulte directement un gynécologue, un ophtalmologue, un psychiatre ou un neuropsychiatre en dehors des situations prévues en accès direct autorisé, les tarifs sont les suivants :

Tarifs de consultations des médecins spécialistes en dehors de l'accès direct autorisé Tarifs applicables au 1 ^{er} juillet 2007			
Médecin consulté	Tarif	BR	Taux de remboursement
Gynécologue Ophtalmologue <i>Consultation en dehors du suivi régulier</i> - secteur 1	33 € maximum	25 €	70 %
Gynécologue Ophtalmologue <i>Consultation en dehors du suivi régulier</i> - secteur 2	honoraires libres	23 €	
Psychiatre Neuropsychiatre <i>Consultation patient de 26 ans et plus</i> - secteur 1	49 € maximum	37 €	
Psychiatre Neuropsychiatre <i>Consultation patient de 26 ans et plus</i> - secteur 2	honoraires libres	34,30 €	

■ Les taux de remboursement selon les postes de dépenses de santé

Ces taux sont valables dans le cadre du respect du parcours de soins.

Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie		
	Cas général	Régime d'Alsace-Moselle (1)
Horaires		
• Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes (2)	70 %	90 %
• Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinés, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues (2)	60 %	90 %
Analyses et examens de laboratoire		
• Actes en B (actes de biologie)	60 %	90 %
• Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70 %	90 %
• Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70 %	90 %
• Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60 %	90 %
• Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100 %	100 %
Médicaments		
• Médicaments à vignette blanche	65 %	90 %
• Médicaments à vignette bleue	35 %	80 % (3)
• Médicaments à vignette orange	15 %	15 %
• Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100 %	100 %
• Préparations magistrales et produits de la pharmacopée	65 %	90 %

.../...

Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie

	Cas général	Régime d'Alsace-Moselle (1)
Autres frais médicaux		
• Optique	65 %	90 %
• Prothèses auditives	65 %	90 %
• Pansements, accessoires, petit appareillage	65 %	90 %
• Orthopédie	65 %	90 %
• Grand appareillage (orthèse, prothèse, véhicule pour handicapé physique)	100 %	100 %
• Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100 %	100 %
Frais de transport	65 %	100 %
• Franchise de 2 € sur les transports effectués en véhicule sanitaire hors urgence	non remboursé	non remboursé
Cure thermique libre		
• Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70 %	90 %
• Frais d'hydrothérapie	65 %	90 %
• Frais d'hébergement, frais de transport	65 %	65 %
Cure thermique avec hospitalisation	80 %	100 %
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)		
• Frais d'hospitalisation (4)	80 %	100 %
• Forfait hospitalier	16€/j non remboursé	remboursé
• Forfait de 18 €/acte dont le tarif est = ou > 91 euros (cf. § II-1)	non remboursé	remboursé
• Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100 %	100 %

(1) Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui sont affiliées au régime local d'Alsace-Moselle.

(2) Ces taux de remboursement sont applicables aux soins dispensés :

- au cabinet du praticien ou de l'auxiliaire médical
- au domicile du malade
- dans un dispensaire, un centre de soins ou en consultation externe à l'hôpital.

(3) Cette mesure est effective pour les médicaments délivrés depuis le 1er septembre 2006.

(4) Les frais d'hospitalisation comprennent les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier.

II - 4 Les prestations CMU et CMUC

■ Les prestations de la CMU

Les prestations de la CMU sont identiques à celles du régime obligatoire des salariés.

Les affiliés à la CMU ne sont pas dispensés de l'avance de frais et le ticket modérateur, la participation forfaitaire de 1 euro, le forfait journalier lors d'une hospitalisation sont à leur charge.

■ Les prestations de la CMU complémentaire

Pour en savoir plus sur les conditions à remplir pour bénéficier de la CMUC, voir § B/V *Les aides sociales en santé* - page 35.

Les soins sont **pris en charge à 100 % sans avance de frais**.

La C.M.U. complémentaire prend en charge :

- le ticket modérateur sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation,
- la participation forfaitaire d'un euro/acte médical,
- le forfait journalier sans limitation de durée en cas d'hospitalisation,
- les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale (O.D.F.), les lunettes (verres et monture),
- les prothèses auditives et d'autres produits ou appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.), au-delà des montants remboursables par l'Assurance Maladie et dans la limite des tarifs fixés par arrêtés.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire ne sont pas soumis au forfait de 18 € évoqué ci-avant (II-1 Les bases du système - page 5).



Site à consulter : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/c.m.u.-et-complementaires-sante/index_seine-saint-denis.php

III - Les prestations prévoyance : arrêt de travail, invalidité, décès

Les prestations de prévoyance diffèrent selon les régimes.

III - 1 Les prestations des salariés

A noter : les salariés agricoles bénéficient des mêmes prestations que les salariés du régime général.

■ Arrêt de travail pour maladie

Sous réserve de remplir les conditions d'ouverture de droits, les salariés perçoivent des indemnités journalières pendant un arrêt de travail pour maladie.

- Conditions d'ouverture des droits

➔ **Pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois :**

Cas général (activité salariée régulière) :

- avoir travaillé au moins 200 heures au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois précédant l'arrêt.

Cas particulier (activité salariée à caractère discontinu, saisonnier, artiste, journaliste à la pige, etc.) :

- avoir travaillé au moins 200 heures (12,5 cachets pour un intermittent du spectacle) au cours des trois derniers mois,
- ou 800 heures (50 cachets pour un intermittent du spectacle) au cours des douze derniers mois précédant l'arrêt de travail.

➤ **Pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois (arrêt de longue durée), il faut alors également :**

Cas général :

- justifier, à la date de l'arrêt, de douze mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance Maladie ;
- et avoir travaillé au moins 800 heures au cours des douze derniers mois, dont 200 heures durant les trois premiers mois ;
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail, dont au moins 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six derniers mois.

Cas particulier :

- avoir travaillé au moins 800 heures au cours des douze mois civils précédant l'arrêt ;
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail, dont au moins 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six derniers mois.

Montant de l'IJ : 50 % du salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires des 3 mois précédant l'arrêt de travail (salaires soumis à cotisations, pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 2 773 euros/mois pour 2008.)

Montant maximum de l'indemnité journalière maladie : 1/720^{ème} du PASS soit : 46,22 € par jour pour 2008.

■ Accident de travail pour Accident et Maladie professionnelle

L'assurance accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) couvre toute personne salariée travaillant à quelque titre ou en quelque lieu, que ce soit pour un ou plusieurs employeurs, en lui versant des indemnités journalières.

➤ Base de calcul de l'indemnité journalière

Pour les salariés mensualisés, le salaire à prendre en considération s'entend de l'ensemble des salaires et éléments annexes, compte tenu, s'il y a lieu, des avantages en nature et des pourboires. L'indemnité journalière est calculée à partir du salaire du mois précédant l'arrêt de travail. Ce salaire est divisé par 30 pour déterminer le salaire journalier de base.

A noter : le salaire journalier de base n'est pris en compte que dans la limite de 0,834 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 277,52 € au 1^{er} janvier 2008.

➤ Montant de l'indemnité journalière accident-maladie professionnelle

Période	IJ	Montant maximum au 01/01/08
les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail	60 % du salaire journalier de base	166,51 euros
à partir du 29 ^e jour d'arrêt	80 % du salaire journalier de base	222,01 euros
au-delà de trois mois d'arrêt	L'IJ peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires. Dans ce cas, le salaire journalier de base est majoré par application d'un coefficient de revalorisation : +1,1 % au 1 ^{er} janvier 2008.	

A noter : Les IJ pour accident du travail ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

■ Invalidité vie privée

L'assuré qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, subit une réduction de sa capacité de travail, peut, sous certaines conditions médicales, d'âge et d'ouverture de droits, bénéficier d'une pension d'invalidité.

Le montant de la pension d'invalidité varie selon la catégorie d'invalidité dans laquelle est classé l'assuré.

Montant des pensions d'invalidité au 1^{er} janvier 2008

	Calcul de la pension en % sur la base du salaire annuel moyen perçu pendant les dix meilleures années d'activité	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum (plafonné)
Pension d'invalidité de 1^{re} catégorie : la personne est capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée	30 %	258,10 euros	831,90 euros
Pension d'invalidité de 2^e catégorie : la personne ne peut plus exercer d'activité professionnelle	50 %	258,10 euros	1386,50 euros
Pension d'invalidité de 3^e catégorie : la personne ne peut plus exercer d'activité professionnelle et a besoin de l'aide d'une personne pour l'assister dans les gestes essentielles de la vie courante	50 % + majoration pour tierce personne	258,10 euros + 1010,82 euros	1386,50 euros + 1010,82 euros

■ Invalidité professionnelle

A la suite d'un accident du travail, si l'assuré reste atteint d'une incapacité permanente, il pourra percevoir une indemnité en capital ou une rente d'incapacité permanente.

📉 Taux d'invalidité < 10%

Si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, l'indemnité est versée en capital. Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon le taux d'incapacité :

Montant de l'indemnité en capital versée selon le taux d'incapacité permanente (au 1^{er} janvier 2008)

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1 %	378,27 euros
2 %	614,80 euros
3 %	898,39 euros
4 %	1 417,92 euros
5 %	1 796,23 euros
6 %	2 221,62 euros
7 %	2 694,09 euros
8 %	3 214,21 euros
9 %	3 781,38 euros

➤ Taux d'invalidité > 10%

Si le taux d'incapacité permanente est supérieur à 10 %, l'indemnisation se fait sous forme de rente :

- trimestrielle si le taux d'incapacité est compris entre 10 et 50 %
- mensuelle si le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 50 %.

La rente est calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. Elle est égale au salaire annuel multiplié par le taux de rente calculé comme suit :

- la moitié du taux d'invalidité pour la partie de taux inférieure ou égale à 50 %
- + 1,5 fois la fraction du taux supérieure à 50 %.

Exemples :

- 1) en cas d'incapacité de 30 %, la victime a droit à une rente ainsi calculée :

Taux de la rente = $30 : 2 = 15 \%$

Montant de la rente = salaire annuel x 15 %

- 2) en cas d'incapacité de 75 %

Taux de la rente = $(50 : 2) + (25 \times 1,5) = 25 + 37,5 = 62,5 \%$

Montant de la rente = salaire annuel x 62,5 %



Plus d'infos à propos du calcul de la rente sur le site : <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>

■ Maternité

La femme enceinte assurée au régime général d'Assurance Maladie peut prétendre aux indemnités journalières à condition de s'arrêter de travailler au moins huit semaines pendant son congé maternité.

➤ Congé maternité

Durée du congé maternité selon le nombre d'enfants à charge :

	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
Avec un enfant à charge ou sans enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Avec deux enfants à charge au moins	8 semaines	18 semaines	26 semaines

➤ Montant de l'IJ maternité

L'IJ maternité est égale au salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires des 3 mois qui précèdent le congé prénatal (salaires soumis à cotisations, moins les cotisations salariales obligatoires et la CSG, dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 2 773 € au 01/01/2008.)

Montant maximum de l'IJ maternité au 01/01/ 2008 :

- 72,72 € par jour en Alsace-Moselle ;
- 74,24 € par jour dans les autres départements.

■ Paternité

Depuis le 1^{er} janvier 2002, un congé paternité est accordé au père à l'occasion de la naissance de son enfant. La durée du congé paternité est de 11 jours consécutifs au plus (18 jours pour naissances multiples), n'est pas fractionnable, et doit débiter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant.

Le congé paternité s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisée accordés par l'employeur pour une naissance (article L.226-1 du code du travail).

Les indemnités journalières versées pendant un congé paternité sont attribuées dans les mêmes conditions que les indemnités journalières versées pendant un congé maternité : les conditions d'ouverture de droits pour en bénéficier sont identiques, et les indemnités journalières sont calculées de la même façon.

■ Récapitulatif des montants des prestations en espèces pour les salariés

Incapacité temporaire (maladie ou accident ou maternité)

Vie privée

Il :

- à compter du 4^e jour : 50 % du salaire (1)
- à partir du 31^e jour : majoration pour les salariés ayant 3 enfants et plus à charge, soit 2/3 du salaire (66,66 %) (1)
- à partir du 7^e mois : taux de 50 % porté à 51,49 % et taux de 66,66 % porté à 68,66 % (1)
- versement pendant 3 ans au maximum
- lors d'une maternité, versement d'une indemnité égale à 100 % du salaire (1) moins les charges sociales obligatoires, ceci pendant la durée légale des congés pré et post-nataux

(1) : salaire limité au plafond S.S.

Vie professionnelle

Il :

- du 1^{er} au 28^e jour : 60 % du salaire (2)
- à compter du 29^e jour : 80 % du salaire (2)
- versement jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure

(2) salaire limité à 3 plafonds S.S.

Incapacité permanente (maladie ou accident ou invalidité)

Vie privée

- lorsque la capacité de travail ou le gain de l'assuré sont réduits des 2/3, versement d'une rente d'invalidité :
 - catégorie 1 : 30 % du salaire (1)
 - catégorie 2 : 50 % du salaire (1)
 - catégorie 3 : 50 % du salaire (1)
 - + majoration de 40 % pour assistance d'une tierce personne*
- la rente d'invalidité est versée jusqu'au 60^e anniversaire

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

Vie professionnelle

- lorsque la capacité de travail de l'assuré est affectée partiellement ou en totalité, versement d'une rente viagère calculée sur une base de salaire réduit et dont le montant dépend du taux d'incapacité permanente
- Modalité de calcul :
- la moitié du taux d'invalidité jusqu'à 50 %
 - 1,5 fois la fraction du taux supérieur à 50 %
 - *exemple : invalidité de 70 % → taux de rente de 55 %*
 - la rente d'invalidité est majorée de 40 % pour assistance d'une tierce personne*
 - la rente d'invalidité est acquise à vie

* un décret fixe annuellement un montant forfaitaire minimum.

■ Décès

Garanti par l'assurance décès du régime salarié, le droit au capital décès est ouvert, dès le décès de l'assuré social à ses ayants droit. Le versement est effectué en priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré, sinon, au conjoint survivant non séparé ou à défaut aux descendants, sinon, aux ascendants.

📌 Le capital décès

Conditions d'attribution

Le droit au capital décès est ouvert si l'assuré était dans l'une des situations suivantes durant les trois mois précédant son décès :

- il exerçait une activité salariée ;
- il percevait une allocation de l'Assedic ou était en fin d'indemnisation depuis moins d'un an ;
- il était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ;
- il était en situation de maintien de droits.

Montant

Le capital décès est égal aux trois derniers salaires mensuels de l'assuré décédé (salaires soumis à cotisations et pris en compte dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 2 773 euros au 1^{er} janvier 2008).

Au 1^{er} janvier 2008 :

- Montant minimum du capital décès : 332,76 euros.
- Montant maximum du capital décès : 8 319 euros.

📌 La pension de veuf (veuve) invalide

Conditions d'attribution

Pour bénéficier d'une pension de veuve ou de veuf invalide, l'assuré doit :

- être atteint(e) d'une invalidité médicalement reconnue réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ;
- être âgé(e) de moins de 55 ans ;
- justifier que son conjoint(e) était, à la date de son décès, soit bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse, soit titulaire de droits à une pension d'invalidité ou de vieillesse.

Montant

Le montant de la pension de veuf ou veuve invalide est calculé différemment en fonction de l'âge du conjoint décédé :

Age au moment du décès	Pension
< à 60 ans	54 % de la pension d'invalidité de 2^e catégorie dont la personne décédée bénéficiait ou aurait bénéficié
≥ à 60 ans	54 % de la pension de vieillesse dont la personne décédée bénéficiait ou aurait bénéficié.

La pension de veuf ou veuve invalide est **majorée de 10 %** si l'assuré a eu au moins trois enfants à charge.

III - 2 Les prestations des TNS

Les prestations des TNS varient selon leur activité.

Pour les prestations des Gérants majoritaires, se reporter à l'une des fiches suivantes selon l'activité.

en 2007	ARTISANS	COMMERÇANTS
	Caisse de retraite : CANCAVA <i>www.le-rsi.fr</i>	Caisse de retraite : ORGANIC <i>www.le-rsi.fr</i>
Décès	• Capital en cas de décès : 20 % du plafond annuel S.s., soit 6 436,80 € • Capital pour orphelin : 5 % du plafond annuel S.s., soit 1 609,20 € par enfant	Versement d'un capital d'un montant forfaitaire : 2 972 €
Arrêt de travail : perte de revenus	Versement d'une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail • Montant : 50 % du revenu professionnel moyen des 3 dernières années, plafonné - mini : 17,88 €/jour (1/720^{ème} de 40 % du plafond annuel S.s.) - maxi : 44,70 €/jour (1/720^{ème} du plafond annuel s.s.) • Délais de carence : - 3 jours en cas d'hospitalisation - 7 jours en cas de maladie ou accident • Durée d'indemnisation : - arrêts prescrits au titre d'une même ALD (affection de longue durée) ou au titre de SLD (soins de longue durée) : 3 ans maxi - autres arrêts : maladie, accident : 360 I.J. sur une période de 3 ans	
Arrêt de travail : frais généraux	Néant	Néant
Pension d'invalidité	• Invalidité totale et définitive à l'égard de toute activité professionnelle : rente égale à 50 % du revenu annuel moyen de base plafonné - maxi : 1 341 €/mois • Incapacité au métier : rente de 50 % du revenu annuel moyen de base plafonné pendant 3 ans et 30 % les années suivantes - maxi : 1 341 €/mois pendant 3 ans, puis 804,60 €/mois • Majoration pour tierce personne : 40 % du montant de la pension normale d'invalidité, avec un minimum de 999,83 €/mois	• Invalidité totale et définitive empêchant l'assuré de se livrer à une activité rémunératrice quelconque : rente égale à 50 % du revenu professionnel moyen (cotisé dans la limite du PASS, avec un minimum de 578 €/mois) • Invalidité partielle avec perte de capacité de travail ou de gain supérieur aux 2/3 : rente égale à 30 % du revenu professionnel moyen (cotisé dans la limite du PASS), avec un minimum de 255,30 €/mois

CHIRURGIENS DENTISTES

Caisse de retraite : CARCD
(Caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes)
www.carcd.tm.fr

en 2007

Décès

valeur du point
de rente : 27,20 €

- **Capital en cas de décès** : une allocation immédiate au décès égale à **300 points** est versée, par ordre de priorité au conjoint survivant, aux enfants, aux ascendants, aux personnes à la charge de l'assuré au jour du décès.
Montant pour 2006 : **8 160 €**.

- **Rente de survie** : une allocation est versée jusqu'aux 65 ans du conjoint survivant marié depuis au moins 2 ans, sauf si un enfant au moins est issu du mariage ou que le décès a pour cause un fait subit et imprévisible; son montant est égal à **532 points** par an soit **14 470,4 €** pour 2007.

Attention : sur ce montant est prélevée chaque année la cotisation forfaitaire de 6 points du régime complémentaire vieillesse destinée à la constitution de la retraite de réversion.

Versement d'une allocation unique :

- une allocation unique peut être versée sur sa demande au conjoint survivant qui renonce à la rente de survie. Elle est égale à 5 fois le montant de la rente annuelle de survie s'il a moins de 61 ans ; ce montant est ramené à 4, 3, 2 ou 1 fois la rente annuelle selon que l'intéressé a 61, 62, 63 ou 64 ans
- une allocation unique est également accordée au conjoint survivant ne bénéficiant pas de la rente de survie (moins de 2 ans de mariage) ; son montant est égal à 3 fois celui de la rente annuelle s'il a moins de 63 ans, 2 fois s'il a 63 ans, 1 fois s'il a 64 ans.

- **Rente éducation** : une allocation annuelle égale à **360 points** est attribuée à chaque enfant jusqu'à l'âge de 21 ans (25 ans s'il poursuit ses études ou sans limite d'âge en cas d'incapacité permanente), soit **9 792 €/an**.

Arrêt de travail : perte de revenus

En cas d'incapacité professionnelle temporaire, une indemnité journalière est accordée à compter du **91^{ème} jour** d'incapacité d'exercice, pendant un maximum de 36 mois.
Montant de l'I.J. : **81,60 €**

Arrêt de travail : frais généraux

Néant

Pension d'invalidité

Une allocation d'**incapacité professionnelle permanente** est versée à l'assuré de moins de 60 ans ayant cessé son activité, d'un montant égal à **820 points**, soit **22 304 €/an**.
Tout **enfant à charge** ouvre droit à une **majoration de 240 points**, soit **6 528 €/an**.

MEDECINS

Caisse de retraite : CARMF
(Caisse autonome de retraite des médecins de France)
www.carmf.fr

en 2007

Décès

- **Capital en cas de décès** versé par ordre de priorité au conjoint, aux enfants, aux parents à la charge du médecin.
Montant : **38 000 €**
- **Rente temporaire au conjoint survivant non remarié** : s'il est âgé de moins de 60 ans et marié depuis plus de 2 ans, le conjoint reçoit jusqu'à ses 60 ans, une rente composée d'une part fixe égale à 40 points et d'une part proportionnelle aux cotisations versées par le médecin décédé. Montant moyen annuel pour 2006 : **de 5 546,25 € à 11 092,5 €**. Cette rente est **majorée de 10 %** pour les conjoints survivants ayant élevé au moins 3 enfants issus de l'union avec le médecin.
- **Rente d'orphelin** : chaque enfant à charge a droit à une pension jusqu'à 21 ans (25 ans s'il poursuit des études ou sans limite d'âge en cas d'invalidité) d'un montant de **6 532,25 €/an** ou de 8 134,50 € s'il est orphelin de père et de mère.

Arrêt de travail : perte de revenus

En cas d'incapacité temporaire empêchant tout travail rémunérateur, de quelque nature que ce soit, versement d'une indemnité journalière **à partir du 91^{ème} jour** d'incapacité, pendant une durée maximum de 36 mois, d'un montant de **86,5 €**.
Ce taux passe à 44,70 € pour les médecins de plus de 60 ans après 1 an de perception de cette prestation et pour ceux de plus de 65 ans.

Arrêt de travail : frais généraux

Néant

Pension d'invalidité

Le médecin reconnu **totale et définitivement invalide** et **empêché de se livrer à tout travail rémunérateur** perçoit une allocation jusqu'à 60 ans.

- **Montant** : le montant de la pension d'invalidité est fonction :
 - du nombre d'années de cotisations au régime complémentaire d'assurance invalidité-décès
 - et du nombre d'années compris entre la date de l'invalidité et le 60^{ème} anniversaire du médecin.La pension est composée d'une part forfaitaire fixée à 60 points et d'une part proportionnelle correspondant à 70 % du nombre de points attribués au médecin comme suit :
 - 4 points par année de cotisation au régime invalidité-décès
 - les années comprises entre le début de l'invalidité et la date du 60^{ème} anniversaire du médecin sont assimilées à des années de cotisations.Le nombre total de points ne peut excéder 140.
Le **montant annuel moyen** de la pension d'invalidité varie de **6 735 € à 15 715 €**.
- **Majorations** : la pension est majorée de :
 - + **35 %** pour le médecin ayant un conjoint, avec lequel il est marié depuis au moins 2 ans au moment du fait générateur de l'invalidité : soit un montant compris entre 2 357,25 € à 5 500,25 € par an
 - ou pour assistance d'une tierce personne,
 - + **10 %** si le médecin a eu au moins 3 enfants.**Chaque enfant** perçoit une **rente forfaitaire de 5 837 €/an** (taux annuel moyen en 2007 correspondant à 52 points) jusqu'à 21 ans ou 25 ans s'il est à charge et poursuit des études supérieures.

AUXILIAIRES MEDICAUX

en 2007

Caisse de retraite : CARPIMKO
(Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes)
www.carpimko.com

Décès

taux de base :
3,94 €

- **Capital décès** d'un montant de **3 940 € (1 000 x le taux de base d'une valeur de 3,94 €)** ; ce capital est doublé lorsque le bénéficiaire est le conjoint et triplé lorsque le conjoint a un ou plusieurs enfants à charge
- **Rente de survie au conjoint** survivant non séparé de droit ni de fait, ni remarié, dont le mariage avec le défunt a duré au moins 2 ans (sauf si accident ou présence d'enfant issu du mariage) d'un montant annuel de **2 000 x le taux de base soit 7 880 €** ; versement jusqu'à 65 ans (60 ans en cas d'incapacité), âge auquel le conjoint peut faire valoir ses droits à la pension de réversion
- **Rente éducation** versée à chaque enfant à charge de l'assuré jusqu'à 18 ans et au plus tard 25 ans en cas de poursuite d'études ou sans limite d'âge si l'enfant est atteint d'une incapacité permanente ;
montant annuel : **1 500 x le taux de base, soit 5 910 €** par enfant

Arrêt de travail : perte de revenus

- **En cas d'incapacité temporaire totale** pendant plus de 90 jours, une allocation journalière d'incapacité est versée à compter du **91^{ème} jour jusqu'au 365^{ème} jour** maximum de l'arrêt de travail
Montant : **11 x le taux de base, soit 43,34 €/jour**
Ce montant est majoré :
 - de **2 x le taux de base** pour le conjoint à charge et chacun des enfants à charge (soit + 7,88 €/jour)
 - de **4 x le taux de base** en cas d'assistance d'une tierce personne (soit + 15,76 €/jour) → non cumulable avec la majoration pour conjoint à charge

Arrêt de travail : frais généraux

Néant

Pension d'invalidité

- **En cas d'incapacité permanente totale** d'exercice de la profession, l'assuré reçoit, jusqu'à 60 ans, à compter du **365^{ème} jour** d'incapacité totale une rente annuelle de **3 000 x le taux de base, soit 11 820 €/an**.
Celle-ci est majorée :
 - de 50 % si l'assuré a son conjoint à sa charge ou si son état de santé nécessite l'intervention d'une tierce personne,
 - de 50 % par enfant ou descendant à charge ou infirme.Si le montant de la retraite est inférieur au montant de la rente d'invalidité, la différence continue à être servie au titre de l'assurance invalidité.
- **En cas d'incapacité professionnelle partielle au moins égale à 66 %** : versement d'une rente annuelle jusqu'à 65 ans :
 - **condition** : que les revenus professionnels soient inférieurs au tiers de ceux de l'année précédant l'arrêt de travail
 - **montant** : **1 500 x le taux de base, soit 5 910 €/an ou 492,50 €/mois**.

VETERINAIRES

Caisse de retraite : CARPV
(Caisse autonome de retraite et de prévoyance des vétérinaires)
www.carpv.veterinaire.fr

en 2007

Décès

- **Capital décès** : il est versé par ordre de priorité au conjoint survivant, aux enfants mineurs, aux personnes à la charge de l'assuré au jour du décès, aux descendants, aux ascendants. Son montant est fonction de la classe de cotisations :

- **classe Minimum**: 9 501,52 €

- **classe Confort** : le double de la classe Minimum soit 19 003,04 €

- **classe Sécurité** : le triple de la classe Minimum soit 28 504,56 €

Le conjoint survivant peut faire convertir totalement ou partiellement le capital décès en points de retraite, afin de majorer le montant de sa rente.

- **Rente de conjoint** : une rente est versée au conjoint survivant non remarié dont le mariage a eu lieu avant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré et a duré au moins 2 ans (sauf si un enfant est issu du mariage). La rente cesse d'être versée lorsque le conjoint bénéficie d'un avantage vieillesse. Montant annuel de la rente de conjoint :

- **classe Minimum**: 3 214,80 €

- **classe Confort** : le double de la classe Minimum soit 6 429,6 €

- **classe Sécurité** : le triple de la classe Minimum soit 9 644,4 €

- **Rente éducation** : chaque enfant a droit à une rente jusqu'à 21 ans, 25 ans s'il poursuit ses études et sans limite d'âge s'il est totalement inapte au travail. Montant annuel :

- **classe Minimum**: 2 750,44 €

- **classe Confort** : le double de la classe Minimum soit 5 500,88 €

- **classe Sécurité** : le triple de la classe Minimum soit 8 251,32 €

Les enfants des invalides totaux et définitifs perçoivent cette rente dans les mêmes conditions.

Arrêt de travail : perte de revenus

Néant

Arrêt de travail : frais généraux

Néant

Pension d'invalidité

- **En cas d'invalidité supérieure à 66 %**, versement d'une rente à partir du 365^{ème} jour d'incapacité de travail et jusqu'à 65 ans.

Montant de la rente annuelle d'invalidité :

- **classe Minimum** : 5 679,48 €

- **classe Confort** : le double de la classe Minimum soit 11 358,96 €

- **classe Sécurité** : le triple de la classe Minimum soit 17 038,44 €

- En cas d'invalidité totale et définitive, la rente annuelle est égale à :

- **classe Minimum** : 7 608,36 €

- **classe Confort** : le double de la classe Minimum soit 15 216,72 €

- **classe Sécurité** : le triple de la classe Minimum soit 22 825,08 €

A noter : l'invalidé bénéficie d'une attribution gratuite de points de retraite.

SAGES FEMMES

Caisse de retraite : CARSAF
(Caisse autonome de retraite des sages femmes françaises)
www.carsaf.fr

en 2007

Décès	Un capital décès est versé par ordre de priorité au conjoint survivant, aux enfants à charge, aux personnes à la charge de l'assuré au jour du décès, aux descendants, aux ascendants. Son montant varie selon les classes de cotisations : - classe A : 3 800 € (classe minimale obligatoire) - classe B : 7 600 € - classe C : 11 400 €
Arrêt de travail : perte de revenus	En cas d'incapacité totale temporaire d'exercer leur activité, les sages-femmes perçoivent une indemnité journalière, à partir du 91^{ème} jour d'incapacité et jusqu'à la fin de la 3^{ème} année d'incapacité (ou jusqu'au 65^{ème} anniversaire) : - classe A : 12,10 € - classe B : 24,20 € - classe C : 36,30 €
Arrêt de travail : frais généraux	Néant
Pension d'invalidité	En cas d'invalidité totale, permanente et définitive interdisant toute activité professionnelle quelconque, versement d'une pension d'invalidité jusqu'à 60 ans : - classe A : 3 400 €/an - classe B : 6 800 €/an - classe C : 10 200 €/an

EXPERTS COMPTABLES

en 2007

Caisse de retraite : CAVEC
(Caisse d'assurance vieillesse des experts comptables et des commissaires aux comptes)
www.cavec.org

Décès

- **Versement d'un capital**, selon la classe de cotisations choisie :

- classe 1 : 35 700 €
- classe 2 : 71 400 €
- classe 3 : 142 800 €
- classe 4 : 214 200 €

- **Versement d'une rente d'orphelin.**

Chaque orphelin reçoit jusqu'à 21 ans (ou sans limite d'âge s'il est infirme), une rente annuelle de :

- classe 1 : 2 040 €
- classe 2 : 4 080 €
- classe 3 : 8 160 €
- classe 4 : 12 240 €

Arrêt de travail : perte de revenus

Néant

Arrêt de travail : frais généraux

Néant

Pension d'invalidité

L'adhérent frappé depuis plus de 6 mois d'une **invalidité d'un taux égal ou supérieur à 66 %** perçoit jusqu'à 65 ans (ou jusqu'à la liquidation de sa retraite), une rente annuelle de :

- classe 1 : 6 120 €
- classe 2 : 12 240 €
- classe 3 : 24 480 €
- classe 4 : 36 720 €

pour un taux d'invalidité de 100 %.

En dessous de 100 %, le montant est proportionnel au taux.

En cas d'invalidité totale, les enfants mineurs reçoivent la même rente que les orphelins.

**Avoués près les cours d'Appel
Huissiers de justice
Commissaires Priseurs judiciaires et personnes habilitées à diriger les
ventes dans les conditions prévues à l'art. L321-8 du code du commerce
Administrateurs judiciaires
Mandataires judiciaires au redressement et à la liquidation des entreprises
Greffiers des Tribunaux de Commerce
Arbitres près les Tribunaux de Commerce**

**Caisse de retraite : CAVOM
(Caisse d'assurance vieillesse des officiers ministériels,
officiers publics et des compagnies judiciaires)**

www.cavom.org

en 2007

Décès

valeur du point :
26,15 €

- **Capital décès** : un capital est versé, par ordre de priorité au conjoint survivant non séparé, aux personnes à la charge effective totale et permanente de l'assuré, aux descendants, aux ascendants. Le montant du capital varie selon la classe de cotisation au jour du décès :
 - classe 1 : 300 points, soit 7 845 €
 - classe 2 : 600 points, soit 15 690 €
 - classe 3 : 1 050 points, soit 27 457 €
 - classe 4 : 1 500 points, soit 39 225 €
 - classe 5 : 2 100 points, soit 54 195 €
- **Rente de conjoint** : une rente est attribuée au conjoint survivant non séparé de corps et non remarié, à condition que le mariage ait duré au moins 2 ans (sauf si un enfant est issu du mariage ou si le décès est causé par un accident). La rente est servie jusqu'à 60 ans pour une veuve, 65 ans pour un veuf.
Montant annuel :
 - classe 1 : 90 points, soit 2 353,50 €
 - classe 2 : 180 points, soit 4 707 €
 - classe 3 : 315 points, soit 8 237,25 €
 - classe 4 : 450 points, soit 11 767,50 €
 - classe 5 : 630 points, soit 16 474,50 €
 La rente est versée au conjoint de l'invalidé total et définitif qui a besoin de l'assistance d'une tierce personne.
- **Rente aux orphelins** : chaque enfant de l'assuré décédé a droit à une rente jusqu'à 21 ans, 25 ans s'il poursuit ses études ou sans limite d'âge s'il est infirme. Les enfants de l'invalidé total et définitif perçoivent également la rente d'orphelins.
Montant annuel :
 - classe 1 : 90 points, soit 2 353,50 €
 - classe 2 : 180 points, soit 4 707 €
 - classe 3 : 315 points, soit 8 237,25 €
 - classe 4 : 450 points, soit 11 767,50 €
 - classe 5 : 630 points, soit 16 474,50 €

Arrêt de travail : perte de revenus

Néant

Arrêt de travail : frais généraux

Néant

Pension d'invalidité

- **En cas d'invalidité totale et définitive** : l'assuré perçoit la pension à laquelle il aurait eu droit s'il avait cotisé normalement au régime de retraite complémentaire jusqu'à 60 ans. Elle lui est versée jusqu'à la liquidation de sa retraite complémentaire et au plus tard le lendemain de son 65^{ème} anniversaire. *Voir également rente de conjoint et rente aux orphelins.*
- **En cas d'invalidité partielle au moins égale à 66 %** : la pension est proportionnelle au taux d'invalidité, à condition que l'assuré n'ait pas eu, l'année précédente, de revenus professionnels salariés et non salariés supérieurs à un plafond : **45 000 €** pour l'année 2007.

PHARMACIENS DIRECTEURS DE LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES NON MEDECINS

en 2007

Caisse de retraite : CAVP
(Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens)

Décès

- **Capital décès** : versement d'un capital au conjoint survivant, à défaut aux enfants à charge, à défaut à toute personne à charge effective totale et permanente du défunt, dont le montant est égal à l'allocation annuelle d'invalidité, soit **8 100 €**.
- **Rente de survie** : le conjoint survivant non séparé de corps bénéficie jusqu'à l'âge de la retraite d'une allocation égale à la retraite de la classe 1, soit **8 100 €/an** plus une **indemnité immédiate de 12 150 €**.
- **Allocation enfant** : chaque orphelin reçoit une allocation égale à la retraite complémentaire en classe 1, soit **8 100 €/an** jusqu'à 21 ans ou 25 ans s'il poursuit ses études ou sans limite d'âge s'il est atteint d'invalidité permanente.

Arrêt de travail : perte de revenus

Néant

Arrêt de travail : frais généraux

Néant

Pension d'invalidité

- **En cas d'incapacité totale** à l'exercice de sa profession, le pharmacien perçoit jusqu'à l'âge de 60 ans une rente d'invalidité dont le montant annuel est égal au montant de l'allocation entière du régime retraite complémentaire classe 1, soit **8 100 €**.
- **Le conjoint** d'un pharmacien invalide a droit jusqu'au décès de l'assuré à une allocation égale à 30 % de l'allocation du régime complémentaire classe 1.
- **Chacun des enfants** d'un pharmacien déclaré invalide reçoit une allocation égale à la retraite complémentaire en classe 1, soit **8 100 €/an** jusqu'à 21 ans (25 ans s'il poursuit ses études ou sans condition d'âge pour l'enfant atteint d'une invalidité permanente).

Architecte, agréé en architecture, ingénieur-conseil, expert, géomètre, conseil, actuaire, consultant, analyste programmeur, archéologue, psychothérapeute, psychanalyste (non médecin), attaché de presse, diététicien, traducteur technique, dessinateur projeteur, maître d'œuvre, économiste de la construction, technicien, sténotypiste de conférences, interprète de conférences, agent privé de recherches et de renseignements, chargé d'enquêtes, secrétaire à domicile, écrivain public, esthéticienne, vigile. Professeur de musique.

Personnes exerçant leur activité dans le domaine des arts graphiques et plastiques et n'étant pas considérées comme créatrices d'œuvres originales.

Personnes exerçant une activité d'enseignement de toute discipline, notamment en qualité de professeur, moniteur, répétiteur ou éducateur.

Guide touristique, accompagnateur de groupe, sportif et joueur professionnel, pilote, hôtesse d'exposition, mannequin libre et modèle, conférencier, animateur et speaker, correspondant local de presse écrite

Caisse de retraite : CIPAV

(Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse)

www.cipav-berri.org

en 2007

A noter : la CREA a rejoint la CIPAV le 01/01/2004

Décès

valeur du point :
23,95 €

- **Capital décès** : l'assuré peut désigner comme bénéficiaire, soit le conjoint survivant non séparé de corps, soit les enfants âgés de moins de 21 ans ou atteints d'une infirmité permanente. A défaut, le capital décès est versé par ordre de priorité au conjoint survivant, aux enfants, aux personnes à la charge effective totale et permanente de l'assuré.
Le montant du capital décès varie selon la classe de cotisation choisie :
 - classe A : 600 points soit 14 370 €
 - classe B : 1 800 points soit 43 110 €
 - classe C : 3 000 points soit 71 850 €Le montant du capital décès est doublé en cas de décès accidentel et minoré quand le décès intervient après l'âge de 65 ans.
- **Rente de conjoint** : elle est versée jusqu'aux 60 ans du conjoint survivant.
A l'âge de 60 ans, si le montant des prestations vieillesse auxquelles le conjoint a droit est inférieur à cette rente, il est servi un complément différentiel pris en charge par le régime invalidité-décès. Conditions : le mariage et l'affiliation doivent être intervenus depuis au moins 2 ans au jour du décès (sauf décès accidentel ou enfant issu du mariage).
Montant annuel de la rente :
 - classe A : 60 points soit 1 437 €
 - classe B : 180 points soit 4 311 €
 - classe C : 300 points soit 7 185 €
- **Rente éducation aux enfants**
Chaque enfant a droit jusqu'à 21 ans (ou 25 ans s'il poursuit des études, ou sa vie durant s'il est reconnu inapte à tout travail rémunéré) à une rente annuelle correspondant à :
 - classe A : 60 points soit 1 437 €
 - classe B : 180 points soit 4 311 €
 - classe C : 300 points soit 7 185 €Les enfants des invalides totaux et définitifs perçoivent cette rente dans les mêmes conditions.

.../...

**Arrêt de travail :
perte de revenus** Néant

**Arrêt de travail :
frais généraux** Néant

Pension d'invalidité

- **En cas d'invalidité totale, permanente et définitive** : versement de la pension à laquelle l'assuré aurait eu droit s'il avait poursuivi les versements des cotisations d'invalidité-décès jusqu'à 65 ans.
L'assuré est exonéré des cotisations au régime invalidité-décès tout en restant garanti en cas de décès.
Les enfants perçoivent la rente prévue en cas de décès.
- **En cas d'invalidité partielle permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 %** : versement d'une pension jusqu'à 65 ans, proportionnelle au taux d'invalidité et sous la condition de ne pas bénéficier de revenus professionnels salariés et non salariés supérieurs à un plafond : **34 400 €** pour 2007.

AVOCATS – CONSEILS JURIDIQUES

Caisse de retraite : CNBF (Caisse nationale des barreaux français)
dont les prestations sont complétées par l'APBF
(Association de prévoyance du barreau français)

www.cnbffr.fr www.apbf.org

en 2007

Décès

- **Capital décès** : versement attribué par ordre de priorité au conjoint survivant, à défaut aux enfants de moins de 21 ans ou quel que soit leur âge s'ils sont handicapés, à défaut aux père, mère, frère ou sœur à charge.
Montant du capital décès :
 - **34 302 €** en cas de décès par maladie
 - **68 603 €** en cas de décès par accident
- **Allocation d'orphelin** : versement à chaque enfant jusqu'à 21 ans ou 25 ans en cas de poursuite des études.
Montant : égal au quart de la retraite de base entière soit 3 702 € = au quart des points de retraite complémentaire acquis au décès.

Arrêt de travail : perte de revenus

Prestations versées par la CNBF (régime obligatoire) :
versement d'une **allocation d'invalidité temporaire** d'un montant de **61€ par jour**, à partir du **91^{ème} jour** d'arrêt d'activité et pendant 3 ans maxi.
Une indemnité de 61 €/jour peut être versée pendant les 90 premiers jours par l'APBF (régime facultatif), après application des franchises suivantes :

- maladie : 30 jours
- accident : 8 jours
- hospitalisation : 0 jour

Arrêt de travail : frais généraux

Néant

Pension d'invalidité

- **Invalidité permanente totale** :
 - versement jusqu'à 60 ans, d'une rente invalidité par la CNBF, d'un montant égal à :
 - . 50 % de la retraite de base pour les avocats ayant un service égal ou inférieur à 20 années
 - . la retraite proportionnelle pour les avocats ayant entre 21 et 39 ans d'exercice
 - l'AFBF peut compléter ces prestations à hauteur de 8 320,06 €/an jusqu'à 60 ans (*prestations APBF uniquement*)
- **Invalidité permanente partielle** : l'APBF (*régime facultatif*) propose la prestation suivante : versement d'une rente en fonction du degré d'invalidité, à compter d'un **taux égal ou supérieur à 33 %**

III - 3 Les prestations des exploitants agricoles

Depuis le 1^{er} avril 2002, le régime AAEXA (assurance accidents du travail et des maladies professionnelles des exploitants agricoles) fait partie de l'organisation de la protection sociale agricole placée sous l'autorité du Ministère de l'agriculture et de la pêche.

Deux organismes participent à sa gestion : l'Association des Assureurs AAEXA, créée par les assureurs et la MSA (Mutualité sociale agricole).

Les assureurs ont confié la gestion de l'Association des Assureurs AAEXA au GAMEX (organisme gestionnaire de l'assurance maladie des exploitants agricoles).

■ Bénéficiaires

L'exploitant agricole, son conjoint, même séparé, à condition qu'il ne soit pas lui-même affilié à un autre régime ou la personne qui vit maritalement avec l'assuré et qui est à sa charge, ses enfants à charge sous certaines conditions et la personne remplissant les trois conditions suivantes :

- vivre sous le toit de l'exploitant depuis au moins douze mois consécutifs,
- être à sa charge effective totale et permanente,
- ne bénéficier d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie.

Cette qualité d'ayant droit ne peut bénéficier qu'à une seule personne par foyer.

A noter : les salariés agricoles bénéficient des mêmes prestations que les salariés du régime général.

■ Prestations

👉 Maternité

Les prestations suivantes sont accordées :

- à l'assurée elle-même
- à la conjointe de l'assuré ou à tout autre ayant droit.

Remboursements des frais	Remboursement à 100 % des frais médicaux et paramédicaux liés à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, à la fausse couche postérieure à la déclaration de grossesse.
Allocation de remplacement	Indemnité destinée au remboursement des frais de remplacement de la personne en congé maternité dans les travaux de l'exploitation. Pour pouvoir bénéficier de cette allocation, il faut être affilié à l'AMEXA depuis au moins 10 mois.

Les visites médicales obligatoires des jeunes enfants jusqu'à l'âge de 6 ans sont également prises en charge à 100 %.

👉 Paternité

Lors d'une naissance ou d'une adoption, le père chef d'exploitation bénéficie du congé de paternité, s'il cesse son activité professionnelle dans les 4 mois qui suivent la naissance ou l'adoption. La durée de ce congé paternité est de 11 jours maximum (18 jours maximum pour une naissance multiple).

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

Pour le chef d'exploitation ou d'entreprise : versement d'une indemnité journalière brute après un délai de carence de 7 jours :

- du 8^{ème} au 28^{ème} jour d'arrêt : 19,33 €/jour en 2007
- à compter du 29^{ème} jour : 25,78 €/jour en 2007 jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure.

🔴 Invalidité – VIE PROFESSIONNELLE (maladie professionnelle ou accident du travail)

Une rente est allouée :

- au chef d'exploitation, à partir de 30 % d'incapacité de travail
- au conjoint, aux aides familiaux et associés d'exploitations s'ils participent aux travaux de l'exploitation en cas d'incapacité de travail totale (100 %),
- aux ayants droits en cas d'accident mortel.

A 100 % d'incapacité, la rente est de **11 598,42 €** par an (2007). Le montant est dégressif selon le taux d'invalidité.



Plus d'informations sur le site : www.ramgamex.fr

Les accidents de la vie privée ne sont pas pris en charge par le régime AAEXA. Leur couverture est assurée par l'AMEXA (assurance maladie obligatoire des exploitants agricoles).

🔴 Décès

En cas de décès du chef d'exploitation, une partie des frais liés au décès est remboursée, dans la limite d'un forfait fixé par décret.

Pour 2007 : **1 341 €**

Une rente viagère est accordée au conjoint survivant :

40% du gain forfaitaire annuel

+ un complément de 20 % du gain forfaitaire annuel s'il est âgé de 55 ans ou plus.

Une rente viagère est accordée aux enfants du chef d'exploitation :

- 25 % du gain forfaitaire annuel jusqu'à 20 ans, pour les 2 premiers enfants
- 20 % du gain forfaitaire annuel pour les enfants suivants.

🔴 Vie privée

Les accidents de la vie privée sont pris en charge par le régime AMEXA.

Il prend également en charge :

- les suites d'accidents survenus aux assurés alors qu'ils étaient affiliés dans un régime autre que l'AMEXA ;
- les rechutes consécutives aux accidents du travail survenus aux assurés avant que l'AAEXA ne soit rendue obligatoire.

IV - Les prestations dépendance

Depuis le 01/01/2002, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.), loi du 20 juillet 2001, s'est substituée à la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.).

■ Conditions de bénéfice

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

■ Montant

Le montant maximum mensuel du plan d'aide depuis le 01/01/2008 s'élève à :

- 1 208,94 € en cas de classement en GIR 1 (première catégorie de la grille AGGIR),
- 1 036,19 € en GIR 2,
- 777,32 € en GIR 3,
- 518,55 € en GIR 4.

L'A.P.A. est égale au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle laissée à sa charge. Ce ticket modérateur de 0 à 80 % est calculé en fonction des ressources, par application d'un barème national revalorisé chaque année. Les personnes dont les revenus mensuels sont inférieurs à 677,25 € au 01/01/2008 sont exonérées de cette participation.

En Pratique : comment obtenir un dossier de demande de l'APA ?

Ce dossier est délivré par les services du conseil général. Les assurés peuvent également se le procurer auprès d'organismes de Sécurité sociale, sociaux ou médico-sociaux (notamment les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale).



Site à consulter : www.vosdroits.service-public.fr

B - Règlementation d'assurance : fiscal et social

I - Le devoir de conseil et l'intermédiation financière

Le nouveau cadre juridique de l'intermédiation en assurance issu de la loi du 15 décembre 2005 et du décret du 30 août 2006 introduit deux nouveautés majeures : les obligations d'information et la formalisation du devoir de conseil des intermédiaires d'assurance.

Ces obligations incombent aux intermédiaires d'assurance - Agents Généraux ou courtiers - et non pas à la compagnie (apporteurs salariés non concernés).

Pour les contrats d'assurance santé, l'intermédiaire doit réaliser un recueil des besoins du prospect et notamment s'enquérir de la couverture sociale dont le prospect et les personnes qu'il souhaite protéger bénéficient, de l'étendue et du niveau des garanties souhaité (soins courants, hospitalisation, dentaire, optique...) ainsi que de la date de prise d'effet de ces garanties.

S'agissant des contrats de prévoyance, l'intermédiaire doit notamment s'informer de la situation familiale et professionnelle du prospect, l'inviter à déterminer les garanties souhaitées (risque invalidité, incapacité, décès, risque dépendance ...) ainsi que la date de prise d'effet de ces garanties.



Pour en savoir plus, rapprochez vous de votre inspecteur.

II - La vente à distance

L'ordonnance du 06/06/2005 concernant les contrats portant sur des services financiers entre un professionnel et un consommateur impose les règles suivantes.

Un consommateur ayant souscrit un contrat à distance dispose d'un **délai de quatorze jours calendaires** pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles.

Le client doit être informé de l'existence ou l'absence d'un droit à rétractation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée.

Pour répondre à ces obligations, des aménagements ont été apportés aux documents de souscription. Un paragraphe a notamment été ajouté sur la proposition, qui précise les modalités de la commercialisation à distance.

Une précision sur le mode de vente a également été ajoutée, elle doit être obligatoirement renseignée :

Ce contrat a été vendu en face à face ☐ oui ☐ non

Par «vente à distance» on entend les ventes via Internet, en souscription directe par mailing ou par téléphone.

III - Les taxes d'assurance

■ Taxe sur les conventions d'assurance

La taxe d'assurance maladie est depuis le 1^{er} janvier 1994 **de 7 %**.

Les contrats concernés sont ceux ayant pour objet :

- la couverture de 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 ;
- l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré lorsque son état physique nécessite un arrêt temporaire de travail.

A noter : les contrats prévoyant le versement d'une rente ou d'un capital en cas de maladie, de maternité, d'accident corporel ou d'invalidité de l'assuré sont soumis à la taxe **d'assurance au taux de 9 %**.

Exceptions : sont exonérés de la taxe sur les conventions d'assurance :

- les contrats **sans questionnaire de santé** : contrats concernés et conditions (loi de Finances rectificative pour 2001 (n°2001-1276 du 28/12/2001), Art. 63) : «les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré».
- les contrats d'assurance-maladie complémentaire «responsables» couvrant des personnes physiques ou morales qui exercent une profession agricole ainsi que leurs salariés et les membres de leur famille lorsqu'ils vivent sur l'exploitation,
- les **contrats souscrits auprès des caisses ou des institutions de prévoyance** ou de Sécurité sociale,
- les **assurances de groupe**,
- les assurances d'indemnités de fin de carrière,
- les contrats d'assurance sur la vie et assimilés,
- les **contrats d'assurance-dépendance**.

IV - La loi Madelin

Les Travailleurs Non Salariés -artisans, commerçants, professions libérales en activité-, par la loi du 11 février 1994 dite loi Madelin, peuvent déduire de leur revenu imposable l'ensemble des cotisations versées au titre d'un contrat d'assurance de groupe pour financer une retraite complémentaire, un ou des contrats de prévoyance complémentaires facultatifs (garanties frais médicaux, garanties arrêt de travail, invalidité et décès) et une garantie perte d'emploi.

La loi de finances rectificative pour 1995 a étendu ces mêmes possibilités de déductibilité aux conjoints collaborateurs pour les cotisations versées à compter du 1^{er} janvier 1996.

Possède la qualité de conjoint collaborateur la personne qui est inscrite comme telle au répertoire des métiers ou au registre du commerce et des sociétés.

■ Enveloppe déductible

Plafonds de déductibilité applicables depuis l'imposition des revenus de 2004 à tous les contrats et affiliations **postérieurs au 25 septembre 2003** :

	cotisations déductibles dans la limite de	avec un maximum de
cotisations de prévoyance	7 % de 1 PASS + 3,75 % du bénéfice imposable	3 % de 8 x PASS soit 7 986,24 € pour 2008.
cotisations de perte d'emploi	1,875 % du bénéfice imposable	1,875 % de 8 PASS soit 4 991,40 € pour 2008

La déduction plancher est de 2,5 % x 1 PASS, soit 831,90 € pour 2008.

A noter : l'ancien régime de déductibilité peut être retenu jusqu'à l'imposition des revenus de 2008, **s'il est plus favorable** que le nouveau régime et à condition que les cotisations soient versées dans le cadre de **contrats ou affiliations antérieurs au 25 septembre 2003**, pour leur taux en vigueur avant cette date.

Rappel de l'**ancien régime** :

- les cotisations de prévoyance sont déductibles dans la limite de 3 % x 8 x PASS, à l'intérieur de l'enveloppe Retraite, soit un montant maximum de 7 986,24 € pour 2008.
- les cotisations de perte d'emploi sont déductibles dans la limite de 1,5 % x 8 x PASS, à l'intérieur de l'enveloppe Retraite, soit un montant maximum de 3 993,12 € pour 2008.

Les cotisations versées pour le financement des garanties du **conjoint collaborateur** non rémunéré affilié aux régimes obligatoires de Sécurité sociale sont imputables à ces mêmes enveloppes, dans les limites ci-dessus.

■ Prestations

Les indemnités en cas d'incapacité de travail sont à réintégrer dans le revenu imposable.

Les rentes et les prestations en cas de perte d'emploi bénéficient du régime réservé aux pensions (elles entrent dans le revenu imposable et sont soumises à la CSG et à la CRDS).

L'AGIS : l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité regroupe les assurés Madelin de SwissLife Prévoyance et Santé. Le droit d'entrée unique fixé à 7 €, doit être perçu pour tout nouvel adhérent.

Une attestation fiscale Madelin est envoyée systématiquement au client au début de chaque année.

V - Les aides sociales en santé

■ La CMU complémentaire

📌 Les conditions pour en bénéficier

Il existe trois conditions pour bénéficier de la CMU complémentaire : être en situation régulière, résider en France de façon stable depuis plus de trois mois et percevoir des ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer. L'assuré peut être dispensé de justifier, dans certains cas, de la stabilité de sa résidence.

Plafond annuel de ressources permettant l'accès à la CMU complémentaire, applicable au 1er juillet 2007

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond annuel dans les départements d'outre-mer
1 personne	7 272 euros	8 094 euros
2 personnes	10 908 euros	12 141 euros
3 personnes	13 090 euros	14 569 euros
4 personnes	15 271 euros	16 997 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 2 908,84 euros	+ 3 237,54 euros

Ces montants sont révisables chaque année.

À noter : les allocataires du R.M.I. et les membres de leur famille ont droit à la C.M.U. complémentaire.

La CMU complémentaire est accordée pour un an et peut être reconduite chaque année, tant que les conditions de ressources sont remplies.

En pratique : comment faire une demande de renouvellement des droits à la CMU complémentaire ?

Il faut remplir les formulaires CERFA (Centre d'Enregistrement de Révision des Formalités Administratives) suivants :

- **Protection complémentaire santé** (formulaire n° S 3711) ;
- **Couverture maladie universelle – protection complémentaire – choix, par le demandeur, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé** (formulaire n° S 3712) ;
- et, le cas échéant, **Couverture maladie universelle – protection complémentaire – choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé** (formulaire n° S 3713).

Ces formulaires sont téléchargeables sur www.ameli.fr

A noter : Si les ressources de l'assuré ne dépassent pas de plus de 20 % le plafond d'attribution de la CMU complémentaire, il peut éventuellement bénéficier du dispositif d'**aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire**.

👉 Qui gère la CMU complémentaire ?

L'assuré choisit l'organisme qui gèrera sa complémentaire santé. Il peut s'agir de sa caisse d'Assurance Maladie, d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance. L'organisme doit être sur la liste officielle des organismes agréés.

Le Fonds CMU verse à ces organismes un forfait trimestriel par bénéficiaire de la CMU-C qu'ils gèrent.

SwissLife Prévoyance et Santé propose des réponses en CMUC et perçoit en contrepartie une allocation forfaitaire de 85 € par trimestre et par assuré versé par le Fonds CMU. L'assuré n'est redevable d'aucune cotisation.

■ L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

L'aide pour une complémentaire santé est une réduction de la cotisation de complémentaire santé. Elle est accordée si les ressources de l'assuré dépassent de moins de 20 % (au 1^{er} janvier 2007) le plafond d'attribution de la C.M.U. complémentaire. Depuis 2006, un nouvel avantage s'y ajoute : la dispense d'avance de frais sur la part prise en charge par l'Assurance Maladie.

Le montant de l'aide pour une complémentaire santé varie selon l'âge du bénéficiaire apprécié au 1^{er} janvier de l'année en cours et est accordé par individu.

Âge du bénéficiaire au 1 ^{er} janvier	Montant de l'aide pour 2008
moins de 25 ans	100 €
de 25 à 59 ans	200 €
60 ans et plus	400 €

Le contrat établi entre l'organisme complémentaire et l'assuré doit :

- être «responsable»,
- être individuel.

Les complémentaires santé proposées par SwissLife Prévoyance et Santé sont éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé hors formules Principales avec option "parcours de soins libre" et formules fondamentales.

VI - Les contrats collectifs

VI-1 Les obligations réglementaires

VI-1-a La mise en place du contrat dans l'entreprise

La loi Evin de 1989 et la loi du 8 août 1994 ont défini 3 procédures de mise en place de garanties collectives, que l'adhésion soit obligatoire ou facultative.

■ L'accord collectif ou convention

L'accord est conclu après négociations entre l'employeur et :

- les représentants des organisations syndicales des salariés dans les entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 50 salariés
- les salariés titulaires d'un mandat donné par un syndicat représentatif dans les entreprises dont l'effectif est inférieur à 50 salariés.

Des dispositions spécifiques sont alors insérées dans la convention collective et l'entreprise a une obligation de publicité :

- dépôt à la D.D.T.E (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi)
- remise aux représentants du personnel
- mise à disposition du personnel, d'un exemplaire en consultation dans l'entreprise.

■ La ratification d'un accord par référendum

Il doit être organisé en 5 étapes :

- 1 - obligation d'information et de consultation préalable du C.E. s'il existe
- 2 - information des salariés sur le projet
- 3 - constitution d'un bureau de vote
- 4 - établissement d'un procès-verbal de vote et d'une liste d'émargement
- 5 - organisation d'un vote à bulletin secret.

S'il est ratifié à la majorité des intéressés, le projet s'impose à l'ensemble des salariés du collège concerné.

Des décrets d'application à paraître doivent préciser les règles de décompte des voix et la notion de «majorité des intéressés».

■ La décision unilatérale du chef d'entreprise

L'employeur impose, à l'embauche, l'adhésion au contrat en place.

A noter : l'employeur ne peut pas imposer unilatéralement le paiement d'une cotisation, postérieurement à l'embauche (art. 11 de la Loi Evin).

La décision doit être constatée par écrit, l'employeur ayant obligation de remettre un exemplaire de cet écrit à chaque salarié intéressé.

■ Les avantages et inconvénients de chaque procédure

	Accord collectif	Référendum	Décision unilatérale
Avantages	• implication des représentants des salariés	• implication de l'ensemble des salariés du collège concerné • procédure plus souple que l'accord collectif car pas de négociations	• procédure la plus souple et la plus rapide
Inconvénients	• procédure contraignante et longue • difficilement applicable dans les petites structures (absence de représentants des salariés)	• risque de rejet du projet proposé si la majorité n'est pas acquise	• en cas de refus d'adhésion d'un salarié en place, du fait d'une participation salariale à la cotisation, le cadre fiscal de l'article 82 du CGI s'imposera à l'ensemble des salariés

■ Informations à mentionner dans tous les cas

En termes de contenu, devront apparaître les mentions suivantes :

- la définition des catégories de personnel concerné sur la base de critères objectifs et impersonnels,
- la nature des garanties,
- le caractère obligatoire ou facultatif de l'adhésion,
- le mode de financement des garanties : répartition de la cotisation entre employeur et salarié.

VI-1-b Les garanties décès des cadres

La convention Collective nationale des Cadres de 1947 précise les obligations des entreprises envers leurs salariés cadres (Article 7) :

«En complément du capital-décès Sécurité sociale, obligation est faite à l'entreprise de **verser aux ayants-droit d'un cadre décédé, une somme égale à 3 fois le plafond annuel de Sécurité sociale** en vigueur lors du décès.

L'employeur peut toutefois **se libérer de cette obligation en souscrivant** au profit de ses cadres (art.4 et 4 bis) **un contrat d'assurance de groupe** couvrant en **priorité le risque décès pour une cotisation de 1,50 % de la tranche A** des salaires. Cette cotisation est à sa charge exclusive.»

A noter: le cadre réglementaire fixe uniquement le taux de cotisation à la charge de l'entreprise, sans précision sur le montant des prestations à garantir.

Pour les salariés à employeurs multiples, l'obligation doit être remplie par chaque forme juridique.

VI-1-c Le maintien des garanties

■ Maintien des prestations en cas de résiliation du contrat (Loi Evin : articles 7 et 29V)

"Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement (...) la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

Le versement de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement."

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

■ Maintien des garanties décès aux salariés bénéficiaires de prestations au titre des garanties incapacité totale de travail ou invalidité permanente (article 7-1 inséré dans la loi Evin créé par la loi 2001-624 du 17 Juillet 2001- art 34 1°) :

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

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

VI-1-d Le changement d'organisme assureur

Selon la loi du 8/08/1994 et l'article L912-3 du code de la Sécurité sociale :

"En cas de changement d'organisme assureur, la convention, l'accord ou la décision unilatérale organisent :

- **la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service** lorsque les garanties prévoyaient la couverture sous forme de rentes, du décès, de l'incapacité de travail ou de l'invalidité,
- **le maintien de la garantie décès** initialement prévue, pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité."

Ces obligations **incombent à l'employeur**.

VI-1-e La sortie de groupe en santé

L'article 4 de la loi Evin précise que l'assureur a obligation de maintenir la garantie frais médicaux, sur demande des sortants du groupe dans les 6 mois.

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

Modalités de maintien des garanties :

- demande des intéressés dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès,
- maintien sans conditions : pas d'examen médical, garantie immédiate,
- cotisation ne pouvant excéder 50 % du tarif applicable aux actifs.

La durée du maintien de garanties est d'un an pour les ayants-droit d'un salarié décédé. Elle est illimitée pour les anciens salariés.

VI-2 Le régime fiscal - code général des impôts

■ Pour l'entreprise :

Article 39 du C.G.I. : "Le bénéfice net est établi sous déduction de toutes charges, celles-ci comprenant (...) notamment : les frais généraux de toutes natures, les dépenses de personnels et de main-d'œuvre (...).

Les rémunérations ne sont admises en déduction des résultats que dans la mesure où elles **correspondent à un travail effectif** et ne sont **pas excessives** eu égard à l'importance du service rendu.

Cette disposition s'applique à toutes les rémunérations directes ou indirectes, y compris les indemnités, allocations, avantages en nature et remboursements de frais ..."

→ **Les cotisations patronales sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur les bénéfices de l'entreprise, au titre des dépenses de personnel.**

■ Pour le salarié

Article 83 du C.G.I.(loi du 21/08/2003) : "Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés : (...) les cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire, dans la limite d'un plafond qui tient compte des versements du salarié et de l'employeur, fixé par la loi. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération."

→ **Les contributions versées par le salarié, de même que les contributions patronales sont exonérées d'impôt sur le revenu, dans les limites prévues par l'art. 83-1°-quater du C.G.I.**

■ Limites de la déductibilité des contributions prévoyance :

7 % du P.A.S.S. + 3 % de la rémunération annuelle brute du salarié, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de 8 fois le P.A.S.S., soit 7 986,24 € pour 2008.

■ Conditions d'application de l'article 83 du C.G.I. :

- le contrat doit revêtir la forme d'une **assurance de groupe**
- l'adhésion doit être **obligatoire** pour l'ensemble du personnel ou une catégorie objectivement définie : le groupe réunit 100 % de l'effectif du collège
- le taux de cotisation doit être **uniforme**
- les cotisations doivent être **prises en charge** en tout ou en partie par l'employeur
- le contrat **frais de santé doit être «responsable»** (cf. critères des contrats responsables énoncés en A-II-2 Les contrats responsables - page 6)

Lorsque l'une des conditions énoncées ci-avant n'est pas respectée, c'est la fiscalité de l'article 82 du C.G.I. qui s'applique.

Art. 82 du C.G.I. : "Pour la détermination des bases d'imposition, il est tenu compte du montant net des traitements, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères, ainsi que de tous les avantages en argent ou en nature accordés aux intéressés..."

→ **Dans ce cas, les contributions patronales et salariales ne sont pas déductibles du revenu imposable du salarié.**

VI-3 Le régime social - code de la Sécurité sociale

■ Pour l'entreprise et le salarié

Art. L242-1 du Code de la S.S. (loi du 21/08/2003) : «Sont exclues de l'assiette des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, (...) lorsqu'elles revêtent un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures visées à l'article L 911-1 du présent code, dans les limites fixées par décret.»

→ **Les contributions patronales sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.**

■ Limites de déductibilité des cotisations patronales de prévoyance : art D242-1 du 9 mai 2005

«Les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance mentionnées au huitième alinéa de l'article L 242-1 sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale propre à chaque assuré, **pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du montant du plafond de la sécurité sociale et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de Sécurité sociale** en application de l'article L 242-1, déduction faite de la part des contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumise à cotisations de Sécurité sociale, **sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 12 % du montant du plafond de la Sécurité sociale.**»

→ **La fraction des contributions employeurs excédant la limite doit donc être réintégrée dans l'assiette des cotisations sociales.**

■ Conditions d'exonération

- le contrat doit constituer une véritable couverture **collective** dont les règles sont fixées de manière générale et impersonnelle ;
- l'assurance doit être **obligatoire** pour l'ensemble du personnel ou une catégorie objectivement définie ;
- le contrat **frais de santé doit être «responsable»** (cf. critères des contrats responsables énoncés en A-II-2 Les contrats responsables - page 6) ;
- la contribution de l'employeur ne doit pas se substituer à un élément de rémunération.

■ Taxe de prévoyance complémentaire

Articles L 137-1 et L 137-4 du code de la S.S. : **une taxe de 8 %, à la charge exclusive de l'employeur** est due sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective du personnel, destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance.

Par prévoyance complémentaire, on entend : capitaux décès, allocations obsèques, rentes de conjoint survivant ou d'orphelin, prestations d'incapacité, rentes d'invalidité, remboursements de soins de santé.

A noter : Les contrats individuels ou collectifs, à adhésion obligatoire ou facultative sont concernés. La retraite n'est pas concernée.

Cette taxe est recouvrée par l'URSSAF.

📌 Les mesures d'exonération :

1- Ne sont pas assujetties à la taxe de 8 % (Instruction du 11 avril 1996):

- **les contributions versées en vue d'assumer l'obligation de maintenir le salaire en cas d'arrêt de travail** si cette obligation résulte de la loi du 19/01/1978 (loi de mensualisation), d'une convention ou d'un accord collectif. Seule la part des contributions destinée au financement des 3 premières années du maintien de salaire - au sens de la loi de 1978- en cas d'incapacité temporaire de travail est concernée. La contribution destinée à la couverture du risque invalidité n'est pas concernée.
- **les contributions versées en vue de la constitution de provisions** par les organismes assureurs, dans les conditions prévues par la loi Evin.

2- Les **employeurs de moins de 10 salariés** (lettre ministérielle du 31 juillet 1996) sont exonérés de taxe.

3- La taxe est due sur les contributions patronales versées au bénéfice des salariés actifs ou de leurs ayants-droit. Les contributions versées au titre des anciens salariés et des leurs ayants-droit sont exonérées (conseil d'état du 12 juin 1998).

■ CSG et CRDS (ordonnance du 24.01.1996)

À la charge exclusive du salarié, CSG et CRDS sont dues sur 97 % des contributions patronales de prévoyance complémentaire, dont remboursements de frais médicaux.

VI -4 Les charges obligatoires sur salaires

Nature des contributions	Taux		Base de calcul mensuelle au 01/01/08	Recouvrement
	Part employeur	Part salarié		
CSG		7,50%	97 % salaire total	URSSAF
CRDS		0,50 %	97 % salaire total	URSSAF
Sécurité sociale (1)				
• contribution solidarité autonomie	0,30 %	-	salaire total	URSSAF
• assurance maladie	12,80 %	0,75 %	salaire total	URSSAF
• assurance vieillesse plafonnée	8,30 %	6,65 %	de 0 à 2 773 €	URSSAF
• assurance vieillesse déplafonnée	1,60 %	0,10 %	salaire total	URSSAF
• allocations familiales	5,40 %		salaire total	URSSAF
• accidents du travail	Variable (2)	-	salaire total	URSSAF
• aide au logement	0,10 %	-	de 0 à 2 773 €	URSSAF
• supplément entreprise de 20 salariés et +	0,40 %		salaire total	URSSAF
• taxe prévoyance complémentaire (3)	8 %		montant des cotis. patronales de prév.	URSSAF
Assurance chômage				
• ASSEDIC	4 %	2,40 %	de 0 à 11 092 €	ASSEDIC
• AGFF Cadres/non cadres	1,20 %	0,80 %	de 0 à 2 773 €	AGIRC/ARRCO
Non cadres	1,30 %	0,90 %	de 2 773 € à 8 319 €	ARRCO
Cadres	1,30 %	0,90 %	de 2 773 € à 11 092 €	AGIRC
• Fonds de garantie des salaires	0,15 %	-	de 0 à 11 092 €	ASSEDIC
• APEC (cadres seulement)	0,04 %	0,02 %	de 2 773 € à 11 092 €	AGIRC
Forfait annuel dû au 31/03/08	+ 11,98 €	+ 7,99	forfait	
Retraite complémentaire (4)				
• Non-cadres tranche 1	4,5 %	3 %	de 0 à 2 773 €	ARRCO
• Non-cadres tranche 2	12 %	8 %	de 2 773 € à 8 319 €	ARRCO
• Cadres				
tranche A	4,5 %	3 %	de 0 à 2 773 €	ARRCO
tranche B	12,60 %	7,7 %	de 2 773 € à 8 319 €	AGIRC
tranche C	(20,30 %) répartition libre		de 11 092 € à 22 184 €	AGIRC
• CET	0,22 %	0,13 %	de 0 à 22 184 €	AGIRC
• Assurance décès	1,50 %	-	de 0 à 2 773 €	AGIRC
Formation professionnelle				
• Entreprise de moins de 10 salariés	0,55 %		salaire total	
• Entre 10 et 20 salariés	1,05 %		salaire total	
• Entreprise de 20 salariés ou plus (5) (10)	1,60 %		salaire total	
• Entreprise avec CDD	1 %		salaire CDD	
• Taxe d'apprentissage	0,60 %		salaire total	
• Taxe sur les salaires	4,25 %		de 0 à 7 250 €	
	8,50 %		de 7 250 à 14 481 €	
	13,60 %		au delà de 14 481 €	
• Contribution au dvpt de l'apprentissage	0,18 %		salaire total	
• Participation à l'effort de construction (6) (10)	0,45 %		salaire total	
• Versement transport (7) (8) (9)	2,60 %		salaire total	URSSAF

(1) Pour connaître les modalités d'application de la réduction de cotisations patronales dite «Fillon», voir la fiche Réduction de cotisations patronales «Fillon sur le site <http://www.inforeg.ccip.fr/>

(2) Le taux de la cotisation d'accidents du travail est variable, en fonction des risques entraînés par l'exercice des différentes activités professionnelles. Le taux applicable à chaque entreprise est déterminé par la caisse régionale d'assurance maladie.

(3) A partir de dix salariés

(4) Les taux indiqués pour les régimes de retraite complémentaire sont les taux minima. Chaque entreprise peut choisir, par accord avec sa caisse, de cotiser à un taux plus élevé.

(5) Voir ordonnance n°2005-895 du 2 août 2005

(6) Entreprises de 20 salariés et plus.

(7) Entreprises de plus de 9 salariés.

(8) Taux applicable pour les départements de Paris et des Hauts de Seine. Le taux en vigueur dans les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val de-Marne est de 1,70 % ; dans les départements de l'Essonne, des Yvelines, du Val-d'Oise et de Seine-et-Marne, le taux est de 1,40 %.

(9) Les employeurs de la région parisienne doivent prendre en compte le remboursement de l'indemnité de transport

(10) À défaut de dépenses libératoires, le paiement s'effectue au service des impôts.