

+2news

n°37 loi fillon du cabinet buisson+partenaires | avril 2009

LOI FILLON... DERNIÈRES NOUVELLES

Une circulaire de la Direction de la Sécurité sociale du 30 janvier 2009 est venue remplacer les circulaires des 25 août 2005 et 21 juillet 2006, toutes deux abrogées.

Buisson & Partenaires vous a accompagné pour la formalisation de la décision unilatérale ou de l'accord d'entreprise destinés à mettre en conformité vos contrats de prévoyance complémentaire et/ou de retraite supplémentaire avec les obligations résultant de la loi Fillon. La dernière circulaire apporte un certain nombre de précisions à ce sujet.

_Guy Buisson

buisson +
partenaires

l'objectivité en plus.

RAPPEL DES PRINCIPES

Les contributions des employeurs au financement des régimes de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire, sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, à hauteur de certaines limites et sous réserve du respect de certaines conditions :

- _ Ces régimes doivent compléter au bénéfice des salariés, les couvertures en matière de retraite complémentaire (ARRCO, AGIRC) ou de prévoyance apportées par les régimes obligatoires de Sécurité sociale.
 - _ Ils ont un caractère obligatoire et collectif
 - _ Ils sont mis en place dans l'entreprise
 - Soit par convention collective ou accord collectif ayant fait l'objet d'un dépôt auprès de la Direction Départementale de l'Emploi,
 - Soit par projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié par la majorité (2/3) des intéressés,
 - Soit par décision unilatérale du chef d'entreprise constatée par un écrit remis par l'entreprise à chaque salarié intéressé.
- important** : les entreprises doivent pouvoir justifier du respect de ce formalisme auprès des contrôleurs URSSAF qui ont une mission de contrôle élargie.
- _ Absence de substitution à un élément de rémunération versé au cours des 12 mois précédant le premier versement de la contribution de l'entreprise à un régime complémentaire de protection sociale, mis en place après le 31 décembre 2004.

DES PRÉCISIONS IM CONFIRMÉES PAR L

Sur le caractère collectif des garanties

Les garanties doivent bénéficier à tous les salariés faisant partie d'une catégorie objective de personnel, quels que soient la durée du travail, la nature du contrat de travail, l'âge, l'ancienneté.

Une condition d'ancienneté dans l'entreprise d'un an maximum peut toutefois être prévue. Les catégories sont généralement définies par rapport aux catégories auxquelles font référence le Code du travail ou la Convention Collective Nationale des Cadres du 14 Mars 1947 : cadres dirigeants, cadres, agents de maîtrise (article 36), employés...

Ne peuvent être retenus pour déterminer les catégories de bénéficiaires, ni les niveaux de classification de la branche professionnelle, ni les coefficients de rémunération, seule étant admise la faculté de faire varier le financement patronal de la retraite supplémentaire selon les niveaux de classification à condition que la part salariale augmente selon les mêmes critères.

Le taux ou le montant forfaitaire de la contribution de l'entreprise doit être uniforme pour les salariés appartenant à la même catégorie objective de personnel : même montant ou même taux et même définition de l'assiette.

Le taux peut cependant être modulé selon des tranches de rémunération définies par rapport au plafond de la Sécurité Sociale (tranche A, tranche B, tranche C... pour le montant entier de la tranche) ou pour la couverture complémentaire santé, en fonction de la composition familiale.

Sur le caractère obligatoire du régime pour les salariés de l'entreprise

Le caractère obligatoire du régime pour tous les salariés de l'entreprise n'interdit pas une **possibilité d'adhésion facultative** pour les cas suivants :

Pour les salariés présents dans l'entreprise avant la mise en place du régime de prévoyance complémentaire ou de retraite supplémentaire, par décision unilatérale de l'employeur, et à condition que la cotisation comprenne une part patronale et une part salariale. Le refus du salarié doit être écrit. Les salariés embauchés postérieurement à la mise en place du régime sont tenus de cotiser au régime.

Pour les salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire obligatoire (déjà couverts par exemple à titre obligatoire par la garantie du conjoint), l'accord ou la décision unilatérale instituant le régime de prévoyance complémentaire peut prévoir des dispositions spécifiques : le salarié peut choisir

PORTANTES APPORTÉES OU A CIRCULAIRE... (RÉSUMÉ DE 30 PAGES)

de ne pas cotiser mais doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie par ailleurs.

Attention : cela implique pour l'entreprise un formalisme lourd à respecter.

Nota : les salariés déjà présents dans l'entreprise et bénéficiant à titre individuel d'un régime de remboursement des frais de santé peuvent, sur fourniture d'un justificatif, être dispensés temporairement d'adhérer au régime collectif pour la durée restant à courir jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel.

Pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou les salariés saisonniers :

si le contrat est d'une durée au moins égale à douze mois et sous réserve de justifier d'une couverture souscrite par ailleurs, les salariés peuvent demander par écrit à être dispensés d'affiliation si le contrat est de moins de douze mois, la dispense d'affiliation est de droit.

Pour les salariés à employeurs multiples qui peuvent choisir de ne pas cotiser s'ils bénéficient d'une couverture de prévoyance complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi.

Pour les salariés à temps très partiel (moins d'un mi-temps chez un seul employeur) et les apprentis si la cotisation salariale est d'un montant au moins égale à 10 % de la rémunération.

Pour les ayants droit du salarié (époux, concubin/PACS, enfant, personne à charge), l'accord ou la décision unilatérale a la faculté de prévoir pour les ayants droit de l'ensemble des bénéficiaires, une couverture soit obligatoire, soit à titre facultatif.

La couverture obligatoire ne s'applique pas dans les cas suivants :

- _ le conjoint salarié bénéficie d'un régime obligatoire dans son entreprise
- _ les deux conjoints travaillent dans la même entreprise
- _ le conjoint bénéficie d'un régime ouvert à la fonction publique

Important : le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire du conjoint et l'employeur doit conserver ce document.

Lorsque la couverture de l'ayant droit est facultative, la contribution versée à son bénéfice est entièrement intégrée dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale,

Attention : cela nécessite un traitement particulier en matière de paie.

Pour les couples travaillant dans la même entreprise,

Si les ayants droit sont couverts à titre obligatoire, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre et l'autre peut l'être en qualité d'ayant droit.

Si les ayants droit sont couverts à titre facultatif, les salariés peuvent s'affilier séparément ou ensemble.

Dans les deux cas, les cotisations versées par l'employeur bénéficient de l'exclusion d'assiette.

Important : tous les justificatifs doivent être conservés par l'entreprise afin de pouvoir être produits lors d'un contrôle URSSAF.

Sur les cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties est maintenu au profit des salariés absents pour maladie, maternité ou accident, qui bénéficient, soit d'un maintien de salaire total ou partiel, soit d'indemnités complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur. La contribution de l'employeur et celle du salarié sont maintenues (excepté si le régime prévoit un maintien de la garantie à titre gratuit).

Nota : la garantie doit inclure une clause de maintien en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Sur le caractère de prestations de prévoyance complémentaire bénéficiant des dispositions d'exclusion d'assiette :

- _ les prestations maternité ou adoption même avec un caractère forfaitaire
- _ le remboursement des dépenses d'hospitalisation est limité aux frais réellement engagés et non pris en charge par la Sécurité sociale (forfait hospitalier, chambre individuelle),
- _ les garanties d'assistance, (excepté les frais de recherche et de secours, si leur coût dépasse 10€ par an et par salarié),
- _ les prestations dépendance au profit du salarié ou de son conjoint.

Important : les contrats de remboursement de frais de santé doivent être des contrats dits « responsables », excluant à ce titre un certain nombre de prestations (voir p.4).

Si après la cessation du contrat de travail, le maintien de la couverture de prévoyance complémentaire est ouvert aux salariés qui le souhaitent, pendant une période limitée, la contribution versée par l'employeur est exclue de l'assiette des cotisations.

Nota : la prestation indemnitaire rembourse sur justificatifs les frais non pris en charge par la Sécurité sociale.

La prestation forfaitaire est versée quel que soit le montant des frais à la charge de l'assuré. Elle ne constitue pas une prestation de prévoyance complémentaire si elle est versée sans contrepartie de frais restant à la charge de l'assuré.

QU'EST-CE QU'UN CONTRAT FRAIS DE SOINS DE SANTÉ "RESPONSABLE" ?

Le contrat doit être responsable pour permettre l'exonération de cotisations sociales du financement patronal d'un régime complémentaire de frais de santé.

Le contrat responsable exclut

- _ la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ à la charge des assurés,
- _ la prise en charge de la majoration de participation appliquée lorsque l'assuré n'a pas désigné de médecin traitant ou lorsqu'il consulte un autre médecin sans prescription du médecin traitant (à l'exception du gynécologue, du stomatologue, de l'ophtalmologue et du neuropsychiatre pour les moins de 25 ans),
- _ la prise en charge des dépassements d'honoraires appliqués en cas de consultation d'un spécialiste sans prescription du médecin traitant, au moins à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques,
- _ la franchise annuelle à la charge de l'assuré appliquée sur les médicaments, les actes d'auxiliaire médical et les transports sanitaires.

Le contrat responsable doit prendre en charge pour le remboursement des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident,

- _ au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ainsi que celles effectuées sur prescription du médecin traitant,
- _ au moins 30 % du tarif de base pour les médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale (vignettes blanches) prescrits par le médecin traitant,
- _ au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses et de laboratoires lorsqu'ils font partie des soins coordonnés,
- _ la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention figurant une liste définie par arrêté.

cabinet conseil certifié qualité...

Intermédiaire d'assurance compétent et de confiance, nous vous offrons un accueil convivial, rapide et efficace et vous proposons des rendez-vous s'adaptant le mieux possible à vos disponibilités. N'hésitez pas à contacter nos équipes. Elles procéderont à une identification de vos besoins et vous apporteront une réponse adaptée.



accueil@assurances-buisson.fr / www.assurances-buisson.fr

agence Haute-Normandie / Parc de la Vatine – B.P. 35 / 76131 Mont-Saint-Aignan cedex / t. 02 35 60 80 10

l'objectivité en plus.