MÉMENTO

2023

COURTIER EN ASSURANCES

GROUPE ROEDERER

Orias n° 07000336 • www.orias.fr

[1]

DONNÉES
SOCIALES

CHARGES SOCIALES ET FISCALES OBLIGATOIRES SUR LES SALAIRES

CHARGES SUR SALAIRES	TAUX pour les salaires versés à partir du 1er JANVIER 2023 (en %)		PLAFOND (en EUROS)	
	Employeur	Salarié	Annuel	Mensuel
CSG + CRDS NON DÉDUCTIBLES [a]	-	2,90	sur 98,25 % du salaire brut [b]	
CSG DÉDUCTIBLES [a]	-	6,80	sur 98,25 % du salaire brut [b]	
CONTRIBUTION SOLIDARITÉ AUTONOMIE	0,30	-	sur la totalité du salaire	
SÉCURITÉ SOCIALE				
Assurance maladie, maternité, invalidité, décès [c]	13,00 [d]	-	sur la totalité du salaire	
Assurance vieillesse	8,55	6,90	43 992	3 666
	+ 1,90	+ 0,40	sur la totalité du salaire	
Allocations familiales	5,25 [e]	-	sur la totalité du salaire	
Accidents du travail	% variable	-	sur la totalité du salaire	
RETRAITE COMPLÉMENTAIRE				
Taux appelé [f]				
TRANCHE 1 (T1)	4,72	3,15	43 992	3 666
TRANCHE 1 (T2)	12,95	8,64	de 43 992 à 351 936	de 3 666 à 29 328
Contribution d'équilibre générale [g]				
TRANCHE 1	1,29	0,86	43 992	3 666
TRANCHE 2	1,62	1,08	de 43 992 à 351 936	de 3 666 à 29 328
Contribution d'équilibre technique (tranches 1 et 2) [h]	0,21	0,14	351 936	29 328
CHÔMAGE-EMPLOI				
Assurance chômage	4,05	-	175 968	14 664
Fonds de garantie des salaires (AGS)	0,15	-	175 968	14 664
APEC	0,036	0,024	175 968	14 664
CONSTRUCTION-LOGEMENT				
Participation des employeurs à la construction (entreprises de 50 salariés et plus)	0,45	-	sur la totalité du salaire	
Fonds national d'aide au logement				
- Cotisation des entreprises de moins de 50 salariés	0,10	-	43 992	3 666
- Contribution des entreprises de 50 salariés et plus	0,50	-	sur la totalité du salaire	
CONTRIBUTION UNIQUE À LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET À L'ALTERNANCE (CUFPA)				
CONTRIBUTION FORMATION 2023 (à laquelle peut s'ajouter le 1 % CPF-CDD)				
- Entreprise de moins de 11 salariés (solde à verser chaque mois)	0,55	-	sur la totalité du salaire	
- Entreprise de 11 salariés et plus (solde à verser chaque mois)	1,00	-	sur la totalité du salaire	
TAXE D'APPRENTISSAGE : (à laquelle peut s'ajouter la CSA)	0,68 [i]	-	sur la totalité du salaire	
PART PRINCIPALE 2023 : (versée chaque mois avec la CFP 2023)	0,59 [i]	-	sur la totalité du salaire	
SOLDE DE LA TAXE D'APPRENTISSAGE 2022	0,09	-	sur la totalité du salaire	
TAXE SUR LES SALAIRES [J]	4,25	-	Jusqu'à 8 573	-
(Employeurs non assujettis à la TVA)	8,50	-	de 8 573 à 17 114	-
	13,60	-	+ de 17 114	-
FORFAIT SOCIAL	20,00 (Cas général)	-	-	
	16,00 [k]			
	10,00 [l]			
	8,00 [m]			
TRANSPORTS				
Versement de transport	% variable	-	sur la totalité du salaire	
CONTRIBUTION AU DIALOGUE SOCIAL	0,016	-	sur la totalité du salaire	

(a) Deux lignes distinctes peuvent figurer sur le bulletin de paie : la CSG (6,8 %) déductible du revenu imposable; la CSG (2,4 %) + la CRDS (0,5 %) = 2,9 % non déductibles (la totalité du montant devant être intégrée dans le salaire imposable).

(b) L'abattement de 1,75 % pour frais professionnnels est applicable dans la limite de 175 968 € par an.

(c) Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle : 1,30 % à la charge du salarié depuis le 1er avril 2022.

(d) La cotisation d'assurance maladie est fixée à 7 % sur les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC et pour les seuls employeurs relevant du champ de la réduction Fillon.

(e) La cotisation d'allocations familiales est de 3,45 % sur les rémunérations inférieures à 3,5 SMIC et pour les seuls employeurs relevant du champ de la réduction Fillon.

(f) Répartition des cotisations ARRCO : pour les entreprises "nouvelles" au 1er janvier 1999, les cotisations sont réparties à raison de 60 % (part patronale) et 40 % (part salariale), sauf pour celles visées par une convention ou un accord collectif de branche antérieur au 25 avril 1996 prévoyant une répartition différente; les entreprises créées avant le 1er janvier 1999 peuvent conserver à compter de cette date la répartition applicable au 31 décembre 1998 ou, en accord avec leur personnel, s'aligner sur la répartition 60/40.

(g) La contribution d'équilibre générale résulte de la fusion des cotisations AGFF et GMP au 1er janvier 2019.

(h) La CET s'applique sur les tranches 1 et 2 si la rémunération est supérieure à 43 992 € en 2023.

(i) Taux de 0,44 % en Alsace-Moselle.

(j) Taxe sur les salaires : rémunérations 2023.

(k) Sur les versements (sauf versements volontaires) vers un plan d'épargne retraite à condition que l'épargne soit orientée vers le financement de petites et moyennes entreprises.

(l) Sur l'abondement employeur sur les fonds d'actionnariat salarié. Exonération temporaire totale sur ces abondements au titre des années 2021, 2022 et 2023.

(m) Sur les contributions patronales de prévoyance complémentaire pour les entreprises de 11 salariés et plus.

INDICATEURS STATISTIQUES

INSEE Indice des prix à la consommation de novembre 2022 **114,26**

Base 100 en 1998 Série hors tabac Ensemble des ménages

107,64 en 2021

PLAFOND MENSUEL SÉCURITÉ SOCIALE 2023 **3 666 €**

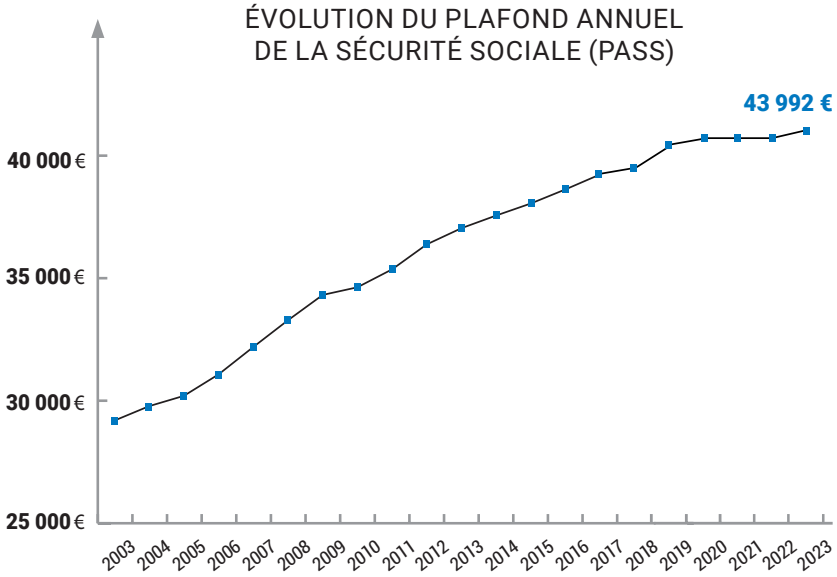
3 428 € en 2022

SMIC HORAIRE BRUT 2023 **11,27 €**

10,57 € en 2022

PASS 2023 **43 992 €**

41 136 € en 2022



Compte tenu des effets de la crise sanitaire, et notamment du recours massif à l'activité partielle qui a fortement affecté l'évolution du SMPT en 2020, le législateur a institué un garde-fou. L'article 15 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021 a inséré un nouveau principe à l'article L. 241-3 du Code de la Sécurité Sociale : l'**impossibilité** pour le plafond **de baisser d'une année sur l'autre**, même si l'évolution moyenne des salaires de l'année de référence est négative. Cette règle s'applique **depuis le 1er janvier 2021**. Elle a conduit à ce que le montant du plafond pour 2021 ne soit pas abaissé et reste figé à son niveau de 2020.

Le régime AGIRC-ARRCO ne comporte plus de références catégorielles. Il reprend les droits et obligations de l'AGIRC et de l'ARRCO, et s'articule autour de deux branches de cotisations :

- **TRANCHE 1 (T1)** = salaire jusqu'au plafond de la Sécurité Sociale soit 43 992 €, au taux de 6,20 % en 2023
- **TRANCHE 2 (T2)** = salaire compris entre un et huit plafonds de la Sécurité Sociale soit 351 936 €, au taux de 17 % en 2023

Le taux d'appel des cotisations est de **127 %**

TAUX DE COTISATION

Taux de calcul des points x le taux d'appel soit :

- Taux de cotisation TRANCHE 1 : 6,20 % x 127 % = **7,87 %**
- Taux de cotisation TRANCHE 2 : 17 % x 127 % = **21,59 %**

La LFSS 2023 a reporté d'un an le transfert aux URSAFF du recouvrement des cotisations AGIRC-ARRCO qui devait intervenir au 1er janvier 2023. Il est possible que ce projet soit purement et simplement abandonné. Si l'entreprise avait adopté des taux de cotisation supérieurs en application d'engagements antérieurs, ces taux seront maintenus, sauf versement d'une contribution de maintien de droit. Sauf obligation conventionnelle, la répartition de l'ensemble des cotisations et contributions est de 60 % pour l'employeur et de 40 % pour le salarié.

DURÉE DE RÉFÉRENCE

Date de naissance des assurés	Durée d'assurance requise	Taux de décote par trimestre manquant
Nés en 1953 et 1954	165 trimestres	1,250 %
Nés en 1955, 1956 et 1957	166 trimestres	
Nés en 1958, 1959 et 1960	167 trimestres	
Nés en 1961, 1962 et 1963	168 trimestres	
Nés en 1964, 1965 et 1966	169 trimestres	
Nés en 1967, 1968 et 1969	170 trimestres	
Nés en 1970, 1971 et 1972	171 trimestres	
Nés à compter de 1973	172 trimestres	

Deux contributions d'équilibre du régime sont instituées :

- Une **Contribution d'Équilibre Général** (CEG) au taux de 2,15 % sur la TRANCHE 1 (T1) et de 2,70 % sur la TRANCHE 2 (T2),
- Une **Contribution d'Équilibre Technique** (CET), pour les participants dont la rémunération excède le plafond de la Sécurité sociale au taux de 0,35 %, appliquable sur la TRANCHE 1 (T1) et sur la TRANCHE 2 (T2).

ASSURANCES CHÔMAGE

- **Taux global de la cotisation d'assurance chômage,** exclusivement patronale, fixé à 4,5 % dans la limite de 4 PASS, soit **175 968 €** en 2023.
- **Un dispositif appelé "bonus-malus"** s'appliquera au 1er septembre 2022 dans certains secteurs avec pour objectif de limiter le recours excessif aux contrats courts.

CONTRIBUTION SUPPLÉMENTAIRE À L'APPRENTISSAGE (CSA)

Afin de favoriser le développement de l'alternance dans les entreprises d'au moins 250 salariés, un dispositif sous forme de bonus-malus s'applique. Il prend la forme d'un côté, d'une contribution versée par les entreprises embauchant peu d'alternants et de l'autre, d'une déduction fiscale pour les organisations vertueuses en la matière. Le quota d'alternants est fixé à 5 % de l'effectif annuel moyen de l'entreprise.

Le taux de la CSA est modulé en fonction de l'effort de l'entreprise pour employer des alternants et suit un barême progressif. Les entreprises employant au moins 250 salariés dont les effectifs d'alternants dépassent le quota légal de 5 % bénéficient d'un crédit d'impôt « alternants ».

FORFAIT SOCIAL

20 % sauf exceptions

- Taux réduit (8 %) sur les contributions patronales de prévoyance complémentaire pour les entreprises de 11 salariés et plus.
- Taux réduit (10 %) pour les abondements y compris "unilatéraux" de l'employeur sur un PEE au profit de l'ensemble des salariés pour l'acquisition d'actions ou de certificatifs d'investissements émis par l'entreprise ou par une entreprise du groupe.
- Taux réduit (16 %) sur les versements mentionnés à l'article L 244-2 du Code Monétaire et Financier, sauf pour les versements volontaires du titulaire, alimentant un plan d'épargne retraite d'entreprise, à condition qu'une part de l'épargne soit orientée vers le financement des petites et moyennes entreprises.
- Exonération du forfait social pour la prime de partage de valeur si versée entre le 1er juillet 2022 et le 31 décembre 2023 aux salariés ayant une rémunération sur les 12 mois précédant le versement de la prime, inférieure à 3 SMIC.

CONTRIBUTION FNAL

- **À compter du 1er janvier 2020,** les seuils d'effectifs déterminant le taux de contribution au FNAL (Fonds National d'Aide au Logement) sont modifiés en application de la Loi Pacte du 22 mai 2019. L'ancien seuil de 20 salariés a été relevé à 50 salariés :
- **0,10 % dans la limite du Plafond de la Sécurité Sociale** pour les entreprises occupant moins de 50 salariés.
- **0,50 % sur la totalité de la rémunération** pour celles occupant 50 salariés et plus.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET COMPLÉMENTAIRES

Depuis le 1er janvier 2019, les heures supplémentaires sont exonérées de cotisations sociales salariales
dans la limite d'un taux de 11,31 % et exonérées d'impôt sur le revenu jusqu'à 7 500 € net par an, majorations incluses.

- La CSG sur les heures supplémentaires exonérées est intégralement non déductible du revenu imposable. Ces dispositions restent valables en 2022.

La réduction des cotisations salariales concerne :

- les heures réalisées au-delà de la durée légale du travail,
- les heures complémentaires des salariés à temps partiel,
- les heures supplémentaires incluses dans une convention de forfait,
- les heures supplémentaires des salariés travaillant à temps réduit pour raison personnelle,
- les jours de travail effectués au-delà de 218 jours dans le cadre d'une convention de forfait annuel en jours,
- les heures supplémentaires réalisées dans le cadre d'un dispositif d'aménagement du temps de travail.

LIMITES D'ÉXONÉRATION DES CONTRIBUTIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE :

Les contributions patronales au financement d'opérations de retraite supplémentaire sont exclues de l'assiette des cotisations de la Sécurité Sociale pour une fraction n'excédant pas (par salarié et par an) la plus élevée des 2 valeurs suivantes en 2023 :

- 5 % du montant du PASS, soit **2 199,60 €** par an.
- **ou** 5 % de la rémunération soumise à cotisations de la Sécurité Sociale dans la limite de 5 fois le montant du plafond annuel (219 960 €), soit **10 998 €.**

Ces limites sont applicables aux 2 nouveaux plans d'épargne retraite créés par la loi PACTE du 22 mai 2019 : le **PERECO** (Plan d'épargne Retraite d'Entreprise Collectif) et le **PERO** (Plan d'épargne Retraite Obligatoire).

PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE :

Les contributions patronales de prévoyance restent non imposables si certaines limites sont respectées.
Le plafond de déduction s'élève ainsi à la somme de :
- 5 % du PASS soit 2 199,60 € en 2023.
- 2 % de la rémunération brute.
Cette somme ne peut dépasser une limite totale de 2 % de 8 x le PASS , soit 7 038,72 € en 2023..

PRESTATIONS SOCIALES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Montants maxima (en €)

MODE DE CALCUL DE L'INDEMNITÉ OU DE LA RENTE	2022	2023
ASSURANCE DÉCÈS - Capital en cas de maladie		
Montant forfaitaire fixé par décret chaque année depuis le 1er avril 2021	3 681,00 €	3 681,00 €
ASSURANCE MALADIE - Indemnités journalières		
50 % du gain journalier de base limité à 1,8 SMIC (3 076,70 € en 2023) Le salaire journalier de base est calculé sur la moyenne des salaires bruts des 3 derniers mois précédant l'arrêt de travail	47,43 €	50,58 €
ASSURANCE MATERNITÉ - Indemnités journalières		
Le congé légal est fixé à 16 semaines : 100 % du gain journalier de base diminué de la part salariale des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle et de la CSG dans la limite de 1/30e du PMSS	89,03 €	95,22 €
CONGÉ DE PATERNITÉ OU D'ACCUEIL DE L'ENFANT - Indemnités journalières		
Le congé de paternité est d'une durée maximale de 25 jours pour la naissance d'un enfant et 32 jours en cas de naissance multiple : L'indemnité journalière versée est égale à votre gain journalier de base calculé sur les salaires de 3 mois qui précèdent le congé dans la limite du PMSS de l'année en cours	89,03 €	95,22 €
ACCIDENT DU TRAVAIL - Indemnités journalières		
Les 28 premiers jours : L'indemnité journalière est égale à 60 % de votre salaire journalier de base, dans la limite de 0,834 % du PASS	205,84 €	220,14 €
À partir du 29e jour d'arrêt : L'indemnité journalière est majorée et portée à 80 % de votre salaire journalier de base, dans la limite de 0,834 % du PASS	274,46 €	293,51 €
INCAPACITÉ PERMANENTE - Capital ou rente viagère		
Rente ou capital en fonction du taux d'incapacité (N) Si le taux d'incapacité N < 10 % : indemnité en capital (exonérée de CSG et de CRDS et non soumise à IR) Si le taux d'incapacité N ≥10 % et < 50 % : versement d'une rente viagère annuelle égale à N/2 x salaire annuel utile Si le taux d'incapacité N > 50 % : versement d'une rente viagère annuelle égale à 50 % /2 + (N-50 %) x 1,5 x salaire annuel réduit Majoration pour tierce personne (taux d'incapacité ≥ 80 %) : prestation modulée sur la base de forfaits fixés en fonction des besoins d'assistance de la victime	entre 443,98 € et 4 439 €	entre 443,98 € et 4 439 €
ASSURANCE INVALIDITÉ - Rente mensuelle	**MAXI 2022**	**MAXI 2023**
Montant forfaitaire fixé par décret chaque année à compter du 1er avril : Calcul de la pension en % sur la base du salaire annuel moyen perçu pendant les 10 meilleures années d'activité		
1ère CATÉGORIE : 30 % du salaire plafonné	1 028,40 €	1 099,80 €
2e CATÉGORIE : 50 % du salaire plafonné	1 714,00 €	1 833,00 €
3e CATÉGORIE : 50 % du salaire plafonné + majoration pour tierce personne	1 125,29 €	1 833,00 € + 1 192,55 €

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale = **43 992 € en 2023**

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale = **3 666 € en 2023**

[2]

BARÊME

DES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

BARÊME DES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Données issues du site de ameli.fr

HONORAIRES MÉDICAUX	Base de remboursement (BR)	Taux de remboursement de la Sécurité Sociale au Régime Général		Taux de remboursement de la Sécurité Sociale au Régime Local	
		Dans le parcours de soins	Hors parcours de soins	Dans le parcours de soins	Hors parcours de soins
CONSULTATIONS OU TÉLÉCONSULTATIONS enfants de plus de 6 ans jusqu'à 16 ans et adulte					
Consulter un médecin traitant ou consulter hors parcours de soins					
Consultation de généraliste (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	25,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste (secteur 2)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation spécialiste (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	25,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation spécialiste (secteur 2)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	45,20 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 2)	42,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consulter un médecin traitant avec renvoi pour une prise en charge du médecin dans les 48 h					
Consultation de généraliste (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	30,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste (secteur 2)	28,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consulter un médecin traitant en urgence en réponse à une demande du centre 15/116-117					
Consultation de généraliste (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	40,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste (secteur 2)	38,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consulter un médecin "correspondant" sur avis du médecin traitant pour suivi régulier					
Consultation de généraliste (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	30,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste (secteur 2)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation spécialiste (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	30,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation spécialiste (secteur 2)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	50,20 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 2)	42,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Cardiologue (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	51,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Cardiologue (secteur 2)	47,73 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consulter un médecin "correspondant" sur avis du médecin traitant pour avis ponctuel					
Consultation spécialiste (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	55,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation spécialiste (secteur 2)	55,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	62,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 2)	62,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	69,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers (secteur 2)	69,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consulter un médecin "correspondant" pour une prise en charge dans les 48 heures					
Consultation de généraliste (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	45,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste (secteur 2)	38,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultations complexes et très complexes					
Consultations complexes, selon les spécialités et les secteurs moins de 16 ans	de 46 à 69,20 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultations complexes, selon les spécialités et les secteurs à partir de 16 ans	de 46 à 66,20 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultations très complexes, selon les spécialités et les secteurs moins de 16 ans	de 60 à 83,20 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultations très complexes, selon les spécialités et les secteurs plus de 16 ans	de 60 à 76,70 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultations ou téléconsultations moins de 6 ans					
Consultation de généraliste (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	30,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste (secteur 2)	28,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation pédiatre de 0 à 2 ans (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	37,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation pédiatre de 0 à 2 ans (secteur 2)	33,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation pédiatre de 2 à 6 ans (secteur 1 ou adhérant à l'OPTAM)	32,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation pédiatre de 2 à 6 ans (secteur 2)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Séances d'accompagnement psychologique à partir de 3 ans					
Entretien d'évaluation (1 séance unique)	40,00 €	60 %	30 %	90 %	50 %
Séances de suivi psychologique (de 1 à 7 séances)	30,00 €	60 %	30 %	90 %	50 %

DENTAIRE (bases de remboursement à compter du 1er avril 2019)				
Soins				
Consultation de chirurgien dentiste ou d'orthodontiste	23,00 €		70 %	90 %
Consultation Médecin stomatologue secteur 1	28,00 €		70 %	90 %
Consultation Médecin stomatologue secteur 2	23,00 €		70 %	90 %
Détartrage	28,92 €		70 %	90 %
Traitement d'une carie 1 face (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	26,97 / 31,20 €		70 %	90 %
Traitement d'une carie 2 faces (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	45,38 / 52,50 €		70 %	90 %
Traitement d'une carie 3 faces et plus (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	60,95 / 70,52 €		70 %	90 %
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	33,74 / 39,04 €		70 %	90 %
Dévitalisation d'une prémolaire (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	48,20 / 55,77 €		70 %	90 %
Dévitalisation d'une molaire (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	81,94 / 94,80 €		70 %	90 %
Extraction d'une dent de lait (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	25,00 / 16,72 €		70 %	90 %
Extraction d'une dent permanente (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	33,44 € / 33,44 €		70 %	90 %
Scellement de sillons une dent pour 1ère et 2e molaires (enfant -16 ans)	21,69 €		70 %	90 %
Prothèse dentaire*	BR	HLF		
Panier 100 % Santé (reste à charge 0) : Pose d'une couronne dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisive, canine et 1ères prémolaires	120,00 €	500,00 €	70 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée céramométallique sur incisives, canines et 1ères prémolaires	120,00 €	500,00 €	70 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre que molaire	120,00 €	440,00 €	70 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée en alliage non précieux	120,00 €	290,00 €	70 %	90 %

* À compter du 1er avril 2019 le tarif de certains actes prothétiques est plafonné . Les chirurgiens dentistes ne doivent en principe pas facturer au-delà des montants maximum autorisés (HLF : Honoraires Limites de Facturation)

suite -->

BARÊME DES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (SUITE)

HONORAIRES MÉDICAUX	Base de remboursement (BR)		Taux de remboursement de la Sécurité Sociale	Taux de remboursement de la Sécurité Sociale
			Régime Général	Régime Local
Prothèse dentaire*	BR	HLF		
Pose d'un inlay core sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté avec ou sans clavette	90,00 €	175,00 €	70 %	90 %
Pose d'une couronne transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	10,00 €	60,00 €	70 %	90 %
Pose d'un bridge avec 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire pour remplacer une incisive	279,50 €	1 465,00 €	70 %	90 %
Pose d'un bridge avec 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire métallique	279,50 €	870,00 €	70 %	90 %
Pose d'un bridge avec 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	279,50 €	870,00 €	70 %	90 %
Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine (fonction du nbre de dents/1 à 13)	64,40 €	850,00 €	70 %	90 %
Panier "reste à charge maîtrisé" : Pose d'une couronne dentoportée monolithique autre que zircone sur une 2e prémolaire et molaire	120,00 €	550,00 €	70 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée céramométallique sur une 2e prémolaire	120,00 €	550,00 €	70 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une molaire	120,00 €	440,00 €	70 %	90 %
Pose d'une couronne transitoire pour une couronne dentoportée à entente directe limitée	10 €	60,00 €	70 %	90 %
Pose d'un inlay-core sous une couronne ou un piler de bridge dentoporté à entente directe limitée avec ou sans clavette	90,00 €	175,00 €	70 %	90 %
Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	150,00 €	280,00 €	70 %	90 %
Orthodontie remboursée moins de 16 ans				
Traitement par semestre (6 semestres maximum)	193,50 €		100 %	100 %
Séance de surveillance (2 séances maximum par semestre)	10,75 €		70 %	90 %
Contention 1ère année	161,25 €		100 %	100 %
Contention 2ème année	107,50 €		70 %	90 %
OPTIQUE	BR	PLV		
Panier 100 % Santé (Classe A)				
Monture enfant et adulte	9,00 €	30,00 €	60 %	90 %
Verres unifocaux	9,75 € à 35,25 €	32,50 € à 117,50 €	60 %	90 %
Verres progressifs	15 € à 51 €	50 € à 170 €	60 %	90 %
Panier libre (Classe B)				
Monture enfant et adulte	0,05 €	-	-	-
Verres unifocaux	0,05 €	-	-	-
Verres progressifs	0,05 €	-	60 %	90 %
Lentilles de contact prescrites (forfait annuel par œil)	39,48 €		60 %	90 %
PROTHÈSES (HORS DENTAIRE)	BR	PLV		
Prothèse auditive 100 % Santé - assuré de 20 ans et plus (Classe 1)	400,00 €	950,00 €	-	-
Prothèse auditive 100 % Santé - assuré de 20 ans et plus (Classe 2)	400,00 €	-	-	-
Prothèse auditive - assuré de moins de 20 ans	1 400 € / oreille	-	60 %	90 %
Orthopédie - autres prothèses	variable		60 %	90 %
AUXILIAIRES MÉDICAUX				
Soins infirmiers - AM	3,15 €		60 %	90 %
Soins infirmiers à domicile - AIS	2,65 €		60 %	90 %
Masseurs- kinésithérapeutes - AMC / AMK	2,15 €		60 %	90 %
Pédicure - AMP	0,63 €		60 %	90 %
Orthophoniste - AMO	2,50 €		60 %	90 %
Orthoptiste - AMY	2,60 €		60 %	90 %
SAGES- FEMMES				
Accouchement				
Simple	349,44 €		100 %	100 %
Gémellaire	423,36 €		100 %	100 %
ANALYSES BIOLOGIQUES, RADIOLOGIE				
Analyses - B, BP, BR	de 0,27 à 2,52 €		60 ou 70 %	90 %
Prélèvement sanguin - TB ou PB	2,52 €		70 %	90 %
HOSPITALISATION				
Forfait journalier en hôpital ou en clinique	20,00 €		0 %	100 %
Forfait journalier en service psychiatrique	15,00 €		0 %	100 %
Forfait patient urgences	19,61 €		0 %	100 %
Honoraires et frais de séjour	variable		80 %	100 %
Frais de transport	variable		65 %	100 %
PHARMACIE				
Médicaments irremplaçables et coûteux	variable		100 %	100 %
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	variable		65 %	90 %
Médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales	variable		30 %	80 %
Médicaments à service médical faible	variable		15 %	15 %
Substituts nicotiniques	variable		65 %	90 %

* À compter du 1er avril 2019 le tarif de certains actes prothétiques est plafonné . Les chirurgiens dentistes ne doivent en principe pas facturer au-delà des montants maximum autorisés (HLF : Honoraires Limites de Facturation)

DÉFINITION DES MÉDECINS PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ : Les honoraires pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement à l'Assurance Maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou 2).

LE MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 1 APPLIQUE LE TARIF FIXÉ PAR L'ASSURANCE MALADIE : Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas de demande particulière émanant du patient. Ce dépassement exceptionnel n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

LE MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 2 PRATIQUE DES HONORAIRES LIBRES : Il est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

LE MÉDECIN CONVENTIONNÉ ADHÉRANT À L'OPTION DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISÉE (OPTAM) PRATIQUE DES DÉPASSEMENTS MODÉRÉS : En adhérant à cette option, le médecin s'engage à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins des patients. L'Assurance Maladie rembourse sur la base du secteur 1, ce qui diminue le dépassement d'honoraires.

PARTICIPATION FORFAITAIRE : Pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin généraliste ou spécialiste et les examens de radiologie et les analyses biologiques, une participation forfaitaire de 1 € reste à la charge de l'assuré, avec un plafond de 4 € par jour pour un même professionnel de santé. Plafond de 50 € par an et par personne.

- 0,50 € par boite de médicaments, 0,50 € par acte paramédical, 2 € par transport sanitaire
- Plafond journalier de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et 4 € par jour pour les transports sanitaires
- Plafond de 50 € par an et par personne pour l'ensemble des actes et prestations concernées.

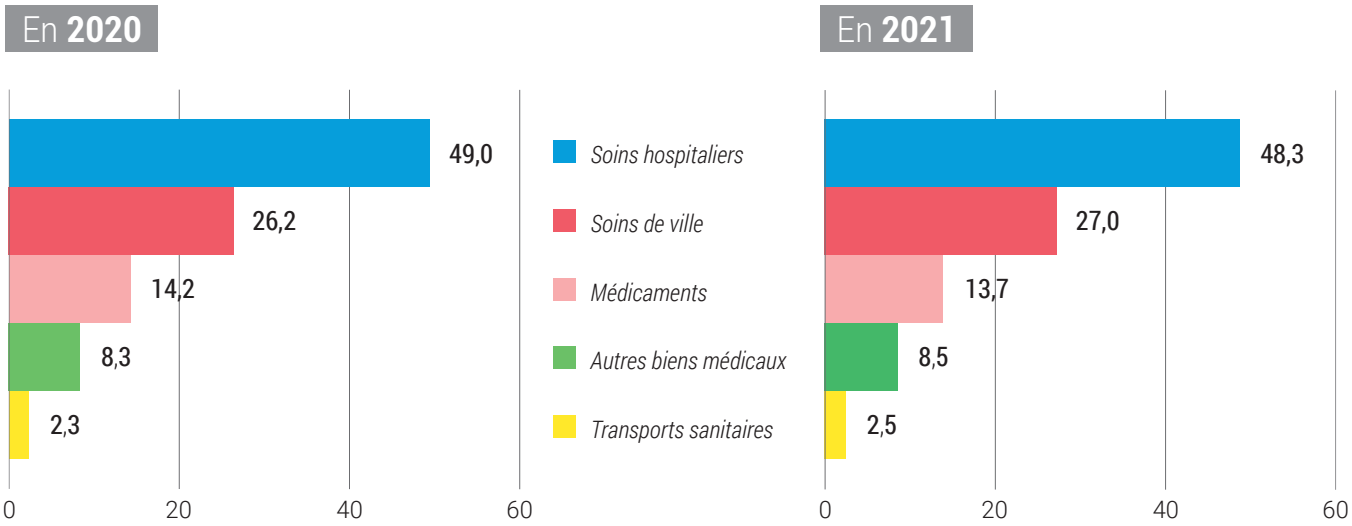
Pour les actes techniques réalisés en ville ou à l'hôpital, participation forfaitaire de 24 € pour tous les actes dont le montant est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (CSBM) EN 2021

En 2021 la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'élève à 226,7 milliards d'euros, soit 9,1 % du PIB. Elle augmente de 7,9 % après une hausse de 1,6 % en 2020 dans un contexte de crise sanitaire. Il s'agit de l'évolution la plus élevée jamais observée depuis 30 ans.

- Tous les secteurs contribuent à la croissance de la CSBM en valeur. Les soins hospitaliers portés par la hausse de la rémunération des personnels dans le secteur public, les soins de ville portés par la hausse des dépenses de soins de dentistes et d'auxiliaires médicaux, les biens médicaux portés par la réforme du 100 % Santé en optique et en audiologie, les médicaments portés par la hausse du volume des ventes et une moindre baisse de leurs prix et une hausse des transports sanitaires.

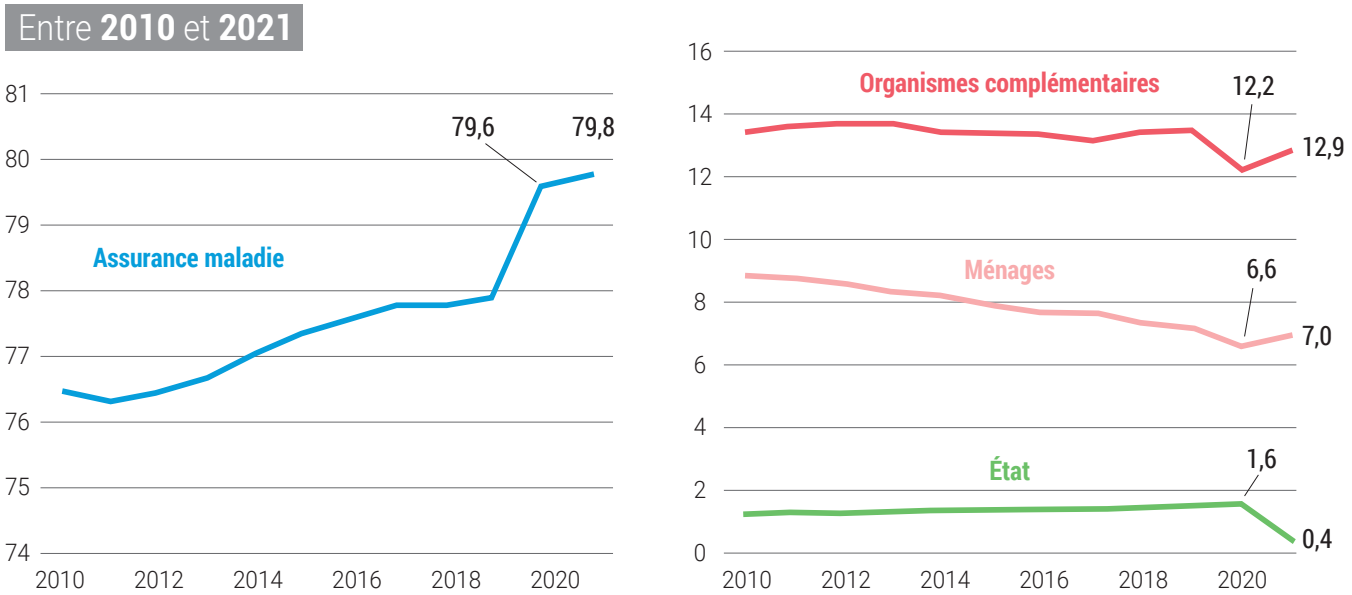
STRUCTURE DE LA CSBM, EN POURCENTAGE (%)



L'Assurance Maladie (y compris régimes complémentaires de la CAMIEG et Alsace Moselle) est le principal financeur de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). En 2021 elle prend en charge 79,8 % de la CSBM, soit 180,8 milliards d'euros. Les soins hospitaliers se caractérisent par une part toujours particulièrement élevée dans leur financement par la Sécurité Sociale (93,3 % en 2021), suivis par les médicaments (75 %) et les biens médicaux (44 %).

- En 2021, l'Assurance maladie a également pris en charge les dépenses de santé au titre de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) pour 3,2 milliards d'euros. (la CSS était financée par l' État jusqu'à fin 2020 et pilotée par un Fonds spécifique).
- La part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM, qui avait fortement baissé en 2020 du fait de la crise sanitaire rebondit en 2021 à 12,9 %. Les postes optique, audioprothèses et prothèses dentaires concernés par la réforme du 100 % Santé représentent en 2021 35 % des dépenses financées par les organismes complémentaires.
- Le reste à charge (RAC) des ménages en santé est évalué en 2021 à 15,8 milliards d'euros, soit 7 % de la CSBM. Le reste à charge des ménages est hétérogène selon les secteurs de la consommation en santé. Il est très faible sur les soins hospitaliers largement financés par la Sécurité Sociale et plus élevé pour les biens médicaux.

ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DE LA CSBM, EN POURCENTAGE (%)



LES CAS DE DISPENSES EN FRAIS DE SANTÉ PRÉVUS DANS UN RÉGIME COLLECTIF D'ENTREPRISE

Le caractère obligatoire d'un contrat de Prévoyance, de Complémentaire Santé, et/ou d'Épargne Retraite Collective implique que tous les salariés soient affiliés.

- C'est pourquoi le contrat collectif est obligatoire pour tous les salariés ou catégories de salariés qu'il couvre.
- En matière de frais de santé la complémentaire santé d'entreprise est obligatoire pour tous les salariés du secteur privé depuis le 1er janvier 2016.
- Il existe cependant des dispenses d'adhésion dits "de plein droit", d'autres qui peuvent être expressément prévues par l'acte de mise en place (décision unilatérale de l'employeur, référendum, accord collectif d'entreprise) ou bien dans la Convention Collective.
- Dans tous les cas l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Ils sont repris dans le tableau synthétique des cas de dispenses ci-dessous :

LES DISPENSES DE DROIT (s'appliquent y compris dans le silence de l'acte juridique que met en place le régime)

SALARIÉS CONCERNÉS	CONDITIONS	FIN DE LA DISPENSE	PIÈCES À DEMANDER AU SALARIÉ
Salariés présents lors la mise en place initiale du régime par DUE	Cofinancement du régime entre le salarié et l'employeur	Mise en place d'un financement intégral de l'employeur	**- Demande écrite à la mise en place du régime**
Salariés sous contrat à durée déterminée ou de mission dont la durée de couverture collective et obligatoire est inférieure à 3 mois (Article L911-7 du Code de la Sécurité Sociale)	Dispense qui joue sous condition de justifier d'une couverture santé individuelle responsable	Terme du contrat ou renouvellement avec couverture supérieure à 3 mois	**- Demande écrite à l'embauche** **- Justification d'une couverture individuelle par un contrat responsable**
Salariés bénéficiaires de l' ACS- CMU- C	-	Fin du bénéfice de l'ACS ou CMU-C	**- Demande écrite à l'embauche ou à la date du bénéfice de l'ACS ou CMU-C** **- Attestation annuelle**
Salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche	Dispense qui ne joue que jusqu'à l'échéance du contrat individuel	Échéance du contrat individuel	**- Demande écrite à l'embauche** **- Justification d'une couverture individuelle**
Salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, d'une autre couverture pour les mêmes risques au titre des dispositifs suivants (Article D 911-2 -2 du Code de la Sécurité Sociale) : - un autre régime frais de santé collectif et obligatoire - le régime local d'Alsace- Moselle - le régime complémentaire des industries électriques et gazières (CAMIEG) - mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales - contrats d'assurance de groupe dits Madelin	Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie	Fin du bénéfice de l'autre couverture	**- Demande écrite à l'embauche ou à la date de prise d'effet de la couverture** **- Justification annuelle d'une autre couverture**

LES DISPENSES PRÉVUES DANS L'ACTE JURIDIQUE QUI INSTITUE LE DISPOSITIF

SALARIÉS CONCERNÉS	CONDITIONS	FIN DE LA DISPENSE	PIÈCES À DEMANDER AU SALARIÉ
Apprentis, salariés en CDD, contrats de mission supérieur à 12 mois	Dispense qui joue sous condition de justifier d'une couverture santé individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties	Terme du contrat	**- Demande écrite à l'embauche** **- Justification d'une couverture individuelle**
Apprentis, salariés en CDD, contrats de mission inférieur à 12 mois	Dispense sans justificatif, sur simple demande du salarié	Terme du contrat ou renouvellement au-delà de 12 mois en l'absence de couverture individuelle	-
Salariés à temps partiel et apprentis	Dispense possible lorsque l'adhésion au contrat les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute	Hausse de la rémunération	**- Demande écrite à l'embauche ou à tout moment si prévu dans l'acte**
Salariés présents à la mise en place de la couverture santé par décision unilatérale financée intégralement par l'employeur	Dispense joue à la mise en place des garanties dans l'entreprise	-	**- Demande écrite du salarié**
Gens de mer et personnel SNCF	Dispense qui joue sous condition de justifier d'une couverture santé relevant des Gens de mer et SNCF	Changement de statut	**- Demande écrite du salarié** **- Attestation annuelle**
Couple travaillant dans la même entreprise si la couverture des ayants droit est obligatoire	Au moins un des deux conjoints doit être assuré en propre, en tant que salarié de l'entreprise, et son conjoint sera affilié en tant qu'ayant droit	Départ d'un des 2 salariés	**- Demande écrite du salarié à l'embauche ou à tout moment si prévu dans l'acte**
Couple travaillant dans la même entreprise si la couverture des ayants droit est facultative	Les salariés peuvent s'affilier ensembles, l'un en propre et l'autre en tant qu'ayant droit, ou alors, les salariés peuvent s'affilier séparément. Ils seront chacun assurés en propre, en tant que salariés	Changement de structure de cotisation	

FOCUS SUR LE 100 % SANTÉ

Le 100 % SANTÉ a pris effet progressivement depuis le 1er janvier 2020 en optique et une partie en dentaire, au 1er janvier 2021 en audioprothèse et entre 2021 et 2023 pour le reste du dentaire pour tous les Français bénéficiant d'une complémentaire santé responsable.

➜ Les opticiens, les audioprothésistes et les chirurgiens-dentistes ont l'obligation de proposer un devis comportant une offre 100 % SANTÉ. Le bénéficiaire peut choisir l'offre 100 % SANTÉ ou une autre offre. Dans ce dernier cas, les frais feront l'objet d'un remboursement selon le contrat.

OPTIQUE - 2 paniers

1) « Panier 100 % SANTÉ » sans reste à charge :
- Une sélection de 34 montures pour les adultes et 20 montures pour les enfants (maximum 30 €)
- Des verres répondant à des critères de qualité précis (traitement anti rayures et anti-UV, antireflets, amincissement obligatoire)
- Un prix encadré par la loi
- Une augmentation de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- Possibilité de panachage entre les 2 paniers (monture dans le panier libre et verres dans le panier 100 % SANTÉ).

2) « Panier Tarif Libre » avec reste à charge variable en fonction de la garantie de votre complémentaire santé :
- Des verres et une monture de votre choix
- Des tarifs libres
- Un remboursement maximal selon votre correction visuelle prévu par votre complémentaire santé responsable (dont monture plafonné à 100 €)
- Une baisse de la base de remboursement de la Sécurité Sociale
- Possibilité de panachage entre les 2 paniers (monture dans le panier libre et verres dans le panier 100 % SANTÉ)

Conditions de renouvellement de l'équipement lunettes :

> Adultes et enfants de 16 ans et plus :
1 an si évolution de la correction : variation de 0,5 pour un verre et 0,25 pour les deux

> Enfants de moins de 16 ans :
1 an

> Enfants jusqu'à 6 ans :
6 mois si évolution de la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre

AUDIOLOGIE - 2 paniers

1) « Panier 100 % SANTÉ » sans reste à charge :
- Une sélection d'aides auditives répondant à des critères esthétiques et de qualité précis (modèles dans ou derrière l'oreille, 12 canaux de réglage, plusieurs options de confort…)
- Un prix encadré par la loi (1 300 € en 2019, 1 100 € en 2020 et 950 € en 2021)
- Une augmentation de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (300 € en 2019, 350 € en 2020 et 400 € en 2021)

2) « Panier Tarif Libre » avec reste à charge variable en fonction de la garantie de votre complémentaire santé :
- Des audioprothèses à tarifs libres
- Un reste à charge selon le niveau de garanties
- Un remboursement maximal de 1700 € par aide auditive tous les 4 ans, dans le cadre du contrat responsable, y compris le remboursement de la Sécurité Sociale
- Une augmentation de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (300 € en 2019, 350 € en 2020 et 400 € en 2021)

DENTAIRE - 3 paniers

1) « Panier 100 % SANTÉ » sans reste à charge
répondant à des critères de qualité précis.

2) « Panier Reste à Charge Maîtrisé »
en fonction des Honoraires Limites de Facturation et de la garantie de votre complémentaire santé.

3) « Panier Tarif Libre »
en fonction de la garantie de votre complémentaire santé.

Honoraires plafonnés et dégressifs entre 2019 et 2023 sauf pour le Panier Tarif Libre = Honoraires libres

Une augmentation des bases de remboursement de la Sécurité Sociale (ex : couronne dentaire = base de remboursement 120,00 € au lieu de 107,50 €)

RÉPARTITION DES SOINS PROTHÉTIQUES PAR PANIER DE SOINS

TYPE DE PROTHÈSES	PANIER 100 % SANTÉ	PANIER MAÎTRISÉ	PANIER LIBRE
Couronnes dentoportées	- Céramique monolithique (zircone) - sauf molaires - Céramique monolithique (hors zircone) - incisive, canine et 1ère prémolaire - Céramométallique - incisive, canine et 1ère prémolaire - Couronnes en alliage non précieux (toutes localisations)	- Céramique monolithique (zircone) - molaires - Céramique monolithique (hors zircone) - 2ème prémolaire et molaires - Céramométallique - 2ème prémolaire	- Céramocéramique - toutes localisations - CC ou CCM en alliage précieux - toutes localisations - Céramométallique - molaires
Inlays-cores	Avec clavette ou sans clavette, liés aux couronnes et bridges du panier de soins "100 % SANTÉ"	Avec clavette ou sans clavette, liés aux couronnes et bridges du panier de soins "PANIER MAÎTRISÉ"	Avec clavette ou sans clavette, liés aux couronnes et bridges du panier de soins "PANIER LIBRE"
Couronnes transitoires	Liées aux couronnes du panier de soins "100 % SANTÉ"	Liées aux couronnes du panier de soins "PANIER MAÎTRISÉ"	Liées aux couronnes du panier de soins "PANIER LIBRE"
Bridges	- Bridges métalliques - toutes localisations - Bridges céramométalliques - incisive	- Bridges céramométalliques - autres qu'incisive - Bridges mixtes	- Adjonctions bridges CCM/CCC - Adjonctions bridges métalliques - toutes localisations - Bridges collés / Bridges cantilever collés / Bridges cantilever / Bridges céramocéramique
Inlay-Onlay	-	Composite ou en alliage non précieux	Composite ou en alliage précieux
Prothèses amovibles et réparations	- Prothèses amovibles à base résine hors tranvissées et supra-implantaires - Réparations des prothèses amovibles résine	- Prothèses amovibles à base métallique - Réparations des prothèses amovibles métalliques	- Prothèses amovibles transvissées et supra implantaires
Couronnes implantoportées	-	-	Couronne sur implant - toutes localisations

Données issues du site de ameli.fr

COURTIER EN ASSURANCES

GROUPE ROEDERER

www.roederer.fr

S.A.S. au capital de 7 000 000 € / RCS Strasbourg B 339 623 860 / Siret N° 339 623 860 00055 - N° TVA : FR 82339623860
Orias N° 07000336 - www.orias.fr - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : ACPR - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex - Traitement des Réclamations : consultable sur notre site internet ou auprès du Responsable Conformité au 03 88 76 73 00 ou par e-mail à responsable.conformite@roederer.fr. Médiation de l'Assurance - CSCA / TSA 50110-75441 Paris Cedex 09 / E-mail : le.mediateur@mediation-assurance.org

UNIBA partners

ISO 9001:2015
BUREAU VERITAS
Certification