



MÉMENTO

2025



CENTRE DE GESTION

Orias n° 07000336 • www.orias.fr

Avril 2025

SOMMAIRE

[1] DONNÉES SOCIALES	3
[2] PRESTATIONS SOCIALES	10
[3] TRAITEMENT FISCAL ET SOCIAL DES PRESTATIONS	14
[4] CONTRATS D'ASSURANCES COLLECTIVES	16





[1]

DONNÉES SOCIALES

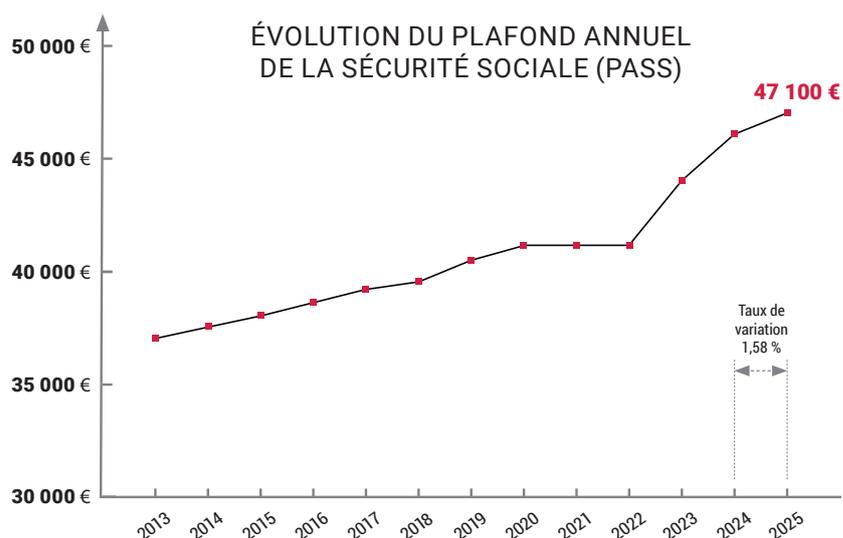
CHARGES SOCIALES ET FISCALES OBLIGATOIRES SUR LES SALAIRES

CHARGES SUR SALAIRES	TAUX pour les salaires versés à partir du 1 ^{er} JANVIER 2025 (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	47 100	3 925
	+ 2,02	+ 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	47 100	3 925
TRANCHE 1 (T2)	12,95	8,64	de 47 100 à 376 800	de 3 925 à 31 400
Contribution d'équilibre générale ^(g)				
TRANCHE 1	1,29	0,86	47 100	3 925
TRANCHE 2	1,62	1,08	de 47 100 à 376 800	de 3 925 à 31 400
Contribution d'équilibre technique (tranches 1 et 2) ^(h)	0,21	0,14	376 800	31 400
CHÔMAGE-EMPLOI				
Assurance chômage	4,05	-	188 400	15 700
Fonds de garantie des salaires (AGS)	0,25	-	188 400	15 700
APEC	0,036	0,024	188 400	15 700
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	-	47 100	3 925
- 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 2025 (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 2025 : (versée chaque mois avec la CFP 2025)	0,59 ⁽ⁱ⁾	-	sur la totalité du salaire	
SOLDE DE LA TAXE D'APPRENTISSAGE 2024	0,09	-	sur la totalité du salaire	
TAXE SUR LES SALAIRES ^(j)				
(Employeurs non assujettis à la TVA)	4,25	-	Jusqu'à 8 984	-
	8,50	-	de 8 985 à 17 936	-
	13,60	-	+ de 17 936	-
FORFAIT SOCIAL	20,00 (Cas général)	-		
	16,00 ^(k)	-		
	10,00 ^(l)	-		
	8,00 ^(m)	-		
TRANSPORTS				
Versement de mobilité	% 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 professionnels est applicable dans la limite de 188 400 € par an.
- (c) Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle : 1,30 % à la charge du salarié depuis le 1^{er} avril 2022.
- (d) La cotisation d'assurance maladie est fixée à 7 % sur les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC en vigueur au 31 décembre 2023 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 en vigueur au 31 décembre 2023 et pour les seuls employeurs relevant du champ de la réduction Fillon.
- (f) Répartition des cotisations ARRCO : pour les entreprises "nouvelles" au 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2019.
- (h) La CET s'applique sur les tranches 1 et 2 si la rémunération est supérieure à 47 100 € en 2025.
- (i) Taux de 0,44 % en Alsace-Moselle (il n'y a pas de fraction "solde" en Alsace-Moselle).
- (j) Taxe sur les salaires : rémunérations 2025.
- (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'actionariat salarié.
- (m) Sur les contributions patronales de prévoyance complémentaire pour les entreprises de 11 salariés et plus ou sur les sommes affectées à la réserve spéciale de participation au sein des sociétés coopératives et participatives de 50 salariés et plus.

INDICATEURS STATISTIQUES

INSEE Indice des prix à la consommation de décembre 2024	118,66 €
Base 100 en 1998 Série hors tabac Ensemble des ménages	
	117,33 en 2023
PLAFOND MENSUEL SÉCURITÉ SOCIALE 2025	3 925 €
	3 864 € en 2024
SMIC HORAIRE BRUT 2025	11,88 €
	11,65 € en 2024
PASS 2025	47 100 €
	46 368 € en 2024



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 1^{er} 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.

TRANCHES DE SALAIRES

Cadres et Non cadres	Plafonds Sécurité Sociale	2025			2024
		Annuel	Trimestriel	Mensuel	Mensuel
Tranche 1	1 plafond	47 100 €	11 775 €	3 925 €	3 864 €
	2 plafonds	94 200 €	23 550 €	7 850 €	7 728 €
Tranche 2	3 plafonds	141 300 €	35 325 €	11 775 €	11 592 €
	4 plafonds	188 400 €	47 100 €	15 700 €	15 456 €
	5 plafonds	235 500 €	58 875 €	19 625 €	19 320 €
	6 plafonds	282 600 €	70 650 €	23 550 €	23 184 €
	7 plafonds	329 700 €	82 425 €	27 475 €	27 048 €
	8 plafonds	376 800 €	94 200 €	31 400 €	30 912 €



* PASS = Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE - CMT

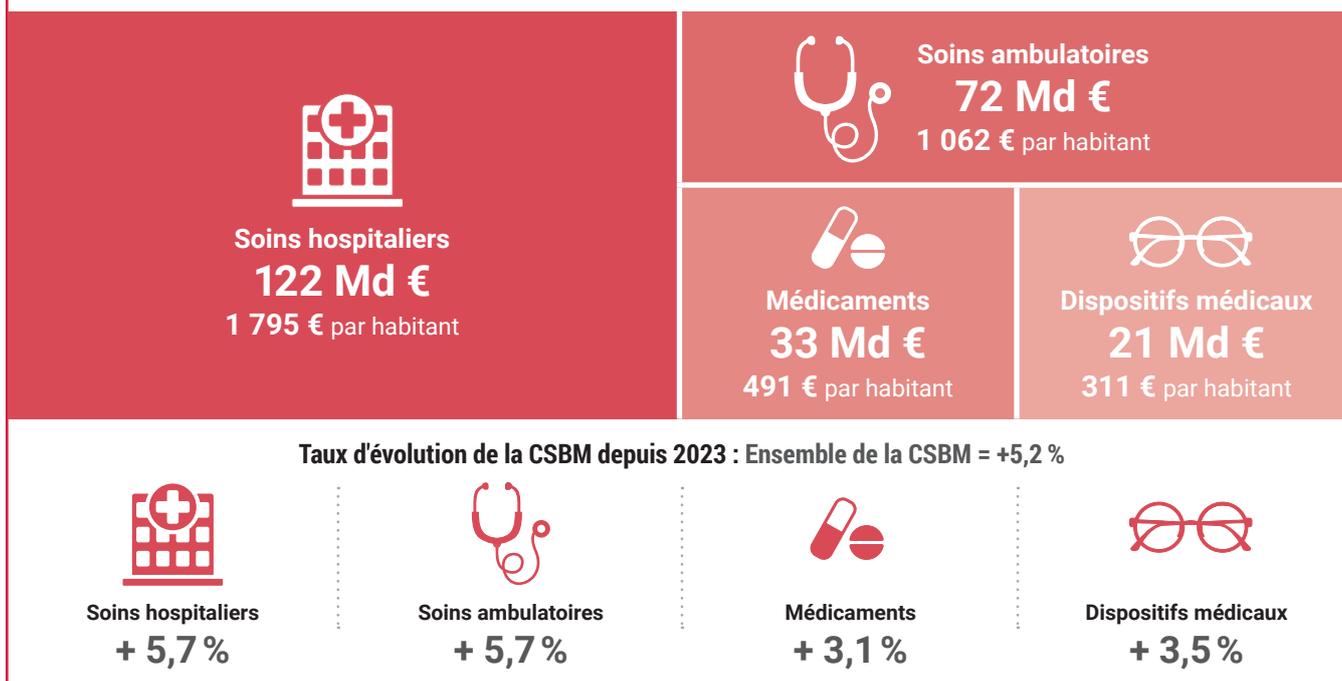
Année	Valeur à prix courants en millions d'euros	Taux de variation
2013	186 636,32 €	1,91 %
2014	191 164,06 €	2,43 %
2015	193 742,00 €	1,35 %
2016	198 018,01 €	2,21 %
2017	201 263,72 €	1,64 %
2018	204 223,61 €	1,47 %
2019	208 371,81 €	2,03 %
2020	210 424,00 €	0,41 %
2021	226 927,00 €	7,84 %
2022	238 775,00 €	3,90 %
2023	248 964,34 €	5,59 %

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX - CSBM -

- La dépense courante de santé au sens international (DCSi) augmente de 3,5 % en France en 2023, s'élevant ainsi à 325 milliards d'euros. Elle est portée par la forte hausse de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui augmente de 5,2 %, et des dépenses de soins de longue durée (+6,2 %), ces hausses venant contrebalancer la chute des dépenses de prévention (-38,3 %).
- La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) reste en 2023 plus dynamique qu'avant la crise. Elle accélère, portée par la consommation de soins hospitaliers (+5,7 %), de soins ambulatoires (+5,7 %) et de médicaments (+3,1 %). Les dépenses de soins hospitaliers atteignent 122 milliards d'euros, soit 49 % de la CSBM. Cette part a augmenté depuis la crise (en 2019, les dépenses de soins hospitaliers atteignaient 47 % de la CSBM).

LES SOINS HOSPITALIERS, 1^{er} poste de dépense de santé en France :

Répartition de la CSBM en 2023 : Ensemble de la CSBM = 249 Md € soit 3 659 € par habitant

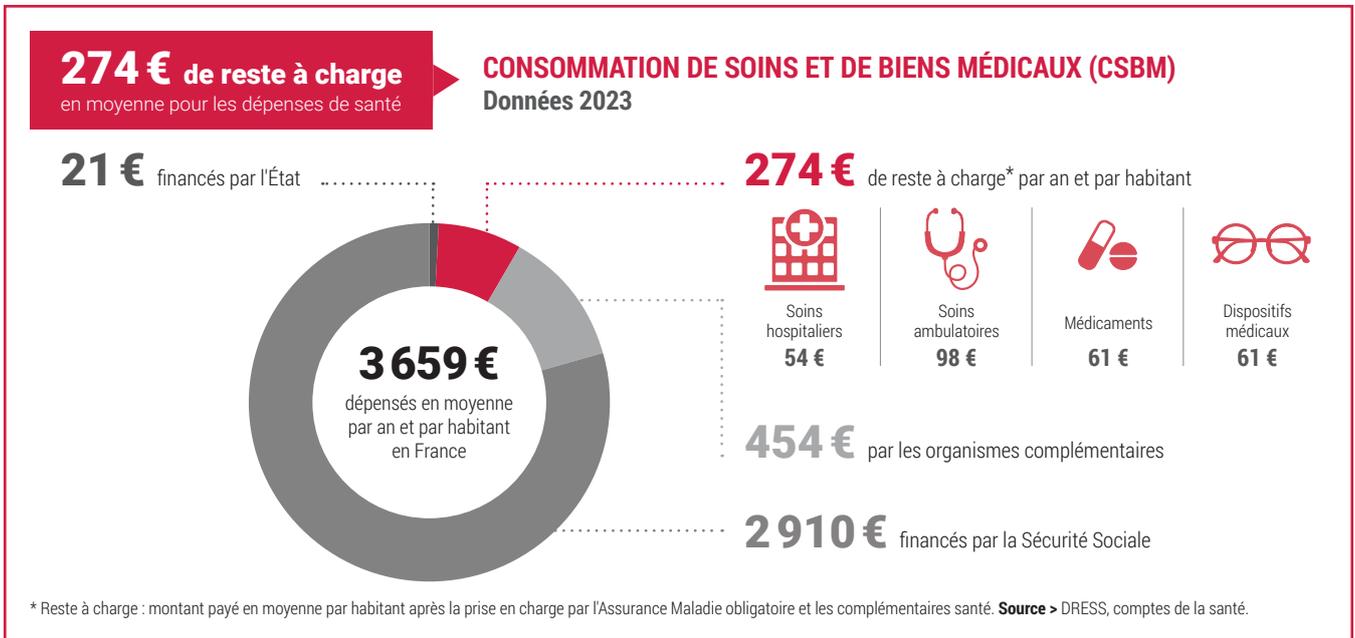


Champ > CSBM, hors prévention, soins de longue durée et dépenses de gestion - Source > DRESS, comptes de la santé.

- La dynamique des soins hospitaliers n'est pas la même dans les secteurs public et privé. À l'hôpital public, les prix des soins augmentent de 3,6 %, tandis qu'en cliniques privées, ils n'augmentent que de 0,4 %. C'est la conséquence de la nouvelle hausse marquée des rémunérations à l'hôpital public en 2023, notamment avec la revalorisation du point d'indice en juillet 2023 mais aussi l'augmentation des indemnités de garde et de l'indemnité forfaitaire de sujétion. La répercussion en 2023 des hausses de prix de l'énergie intervenues en 2022 a contribué à la hausse des prix dans le secteur public. Dans le secteur privé, la hausse des prix de l'énergie ne s'est pas traduite par une hausse des prix des soins. Ainsi, en volume, les soins augmentent fortement dans le secteur privé (+6,3 %), beaucoup moins dans le secteur public (+1,8 %). Le dynamisme des soins hospitaliers en cliniques privées se confirme en 2023 : le volume d'activité est supérieur de 16 % à celui de 2019. À l'hôpital public, le volume d'activité demeure inférieur de 5 % à son niveau de 2019.
- La consommation de soins ambulatoires s'établit à 72 milliards d'euros : elle augmente de 5,7 % par rapport à 2022. Elle est notamment portée par les soins de médecins spécialistes (+6,6 %) dont la tendance haussière depuis 2019 se confirme : ils ont progressé de 18,5 % entre 2019 et 2023. À titre de comparaison, la consommation de soins de médecins généralistes n'a crû que de 3,4 % sur la même période.
- La consommation de soins ambulatoires est également stimulée par la hausse de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux (+6,0 %) et de transports sanitaires (+10,8 %). Les dépenses de soins courants fournis par des infirmières et des kinésithérapeutes augmentent en 2023, à la faveur d'une hausse des volumes de soins consommés. Les dépenses de transports sanitaires augmentent de nouveau à un rythme très élevé (+8,2 % en 2022).
- Les dépenses de médicaments en ambulatoire augmentent pour la troisième année consécutive, atteignant 33 milliards d'euros. Cette tendance fait suite à six années de baisse consécutive des dépenses de médicaments entre 2014 et 2020. Cette hausse reflète l'effet de l'innovation et la déformation de la répartition des dépenses par type de médicaments, en faveur de spécialités plus récentes et plus coûteuses. En revanche, le nombre de boîtes de médicaments remboursables délivrées en pharmacie de ville diminue de 1,1 % en 2023, principalement en raison d'une baisse des ventes d'analgiques. Les prix des médicaments continuent de baisser en 2023 (-4,4 %).
- Les dépenses des postes concernés par la réforme du 100 % santé (optique, audioprothèses, soins dentaires y compris prothèses dentaires) augmentent fortement en 2023 (+5,9 %). Elles sont portées par la reprise de la consommation de prothèses dentaires (+4,0 %) et d'audioprothèses (+3,0 %), ainsi que par la nette accélération de la consommation d'optique (+8,0 %). La consommation des produits des paniers sans reste à charge augmente fortement pour l'optique (+14,2 %), modérément pour les prothèses dentaires (+3,6 %), et recule pour les audioprothèses (-4,0 %). La consommation des produits des paniers avec reste à charge augmente (+6,5 % au total), dans des proportions proches pour les trois postes. Hors postes du 100 % santé, les dépenses de dispositifs médicaux marquent le pas, notamment en raison de la chute de la consommation de masques sanitaires.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX - CSBM - (SUITE)

→ La part de la consommation de soins et de biens médicaux restant directement à la charge des ménages, après financements par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, atteint **7,5 % en 2023**. Cela représente un reste à charge en moyenne par habitant de 274 € sur l'année. Avec la hausse en proportion des soins hospitaliers, soins davantage financés par les administrations publiques, ainsi que l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé, ce reste à charge a diminué depuis 2019 (8,4 % de la CSBM cette année-là). Depuis 2019, la structure du financement de la CSBM s'est ainsi déformée : la Sécurité Sociale et l'État financent 80,1 % de la CSBM en 2023, soit 1,5 point de plus qu'en 2019, tandis que les organismes complémentaires financent 12,4 %, soit 0,7 point de moins qu'en 2019.

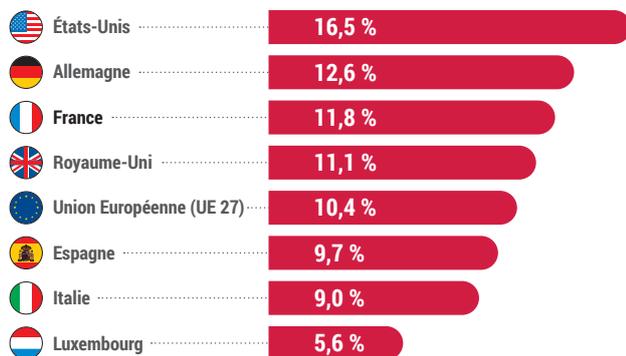


→ Les voisins de la France connaissent des dynamiques assez analogues. En 2022, dernière année pour laquelle des chiffres sont disponibles à des fins de comparaison internationale, la DCSi augmente dans la quasi-totalité des pays de l'Union européenne en 2022, en moyenne de +3,5 % (+2,2 % en France). Dans la majorité des pays concernés, les dépenses de santé ralentissent avec la fin progressive de la crise sanitaire, mais restent dynamiques, avec des hausses de rémunérations des personnels hospitaliers, l'introduction de médicaments innovants, ainsi que l'inflation et l'augmentation des prix de l'énergie.

LA FRANCE, 2^{ème} PAYS EUROPÉEN POUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

Les États-Unis, l'Allemagne et la France sont les 3 pays de l'OCDE qui consacrent les parts de PIB les plus élevées à la santé.

Dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) en part du PIB, en 2022 :



En moyenne, dans l'Union européenne, 14,2 % de la DCSi restent à la charge directe des ménages.

Le Luxembourg (8,7 %), la Croatie (9,1 %) et la France (9,2 %) sont les pays à plus faible taux de reste à charge (RAC) de l'OCDE en 2022. Le taux de reste à charge sur le périmètre de la DCSi augmente très légèrement en 2023 en France, pour s'établir à 9,3 %. Le RAC sur le champ complet de la DCSi est plus élevé que le RAC sur le champ de la CSBM en France, car il prend en compte les dépenses de soins de longue durée, pour lesquelles la participation des ménages est plus importante (en 2023, le taux de reste à charge des ménages pour leurs dépenses de soins de longue durée s'établit à 21,4 %). Ainsi, s'ils ne représentent que 16 % de la DCSi, les soins de longue durée représentent 37 % du reste à charge des ménages.

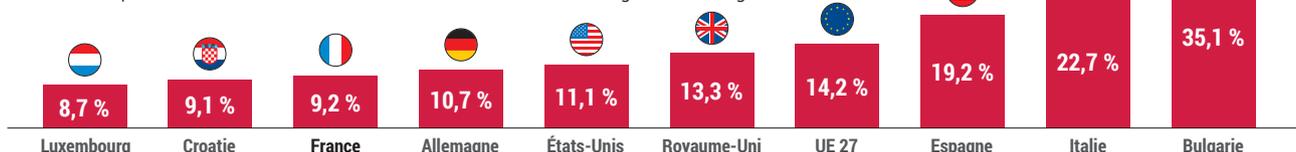
Lecture > En France, la DCSi représente 11,8 % du PIB en 2022.

Source > DRESS, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

L'UN DES PLUS FAIBLES RESTES À CHARGE DES PAYS DE L'OCDE

La France est le 3^{ème} pays de l'OCDE dans lequel la part de la dépense de santé restant à charge des ménages est la plus faible en 2022.

Part de la dépense courante de santé au sens international à la charge des ménages :



COTISATIONS AGIRC-ARCCO

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

→ **TRANCHE 1 (T1)** = salaire jusqu'au plafond de la Sécurité Sociale soit 46 368 €, au taux de 6,20 % en 2024

→ **TRANCHE 2 (T2)** = salaire compris entre un et huit plafonds de la Sécurité Sociale soit 370 944 €, au taux de 17 % en 2024

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 pour 2024 entérine dans son article 8 la suppression du transfert aux URSAFF du recouvrement des cotisations AGIRC-ARCCO qui devait intervenir au 1^{er} janvier 2023. 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.

→ **À compter du 1^{er} JANVIER 2019** : Régime unique  RETRAITE COMPLÉMENTAIRE

VALEUR D'ACHAT DU POINT au 1^{er} janvier 2025

20,1877 €*

* En 2024, la valeur annuelle du point était de 19,6321 €

VALEUR DU POINT au 1^{er} novembre 2024

1,4386 €

RÉGIME DE RETRAITE DE BASE SÉCURITÉ SOCIALE

Données valables au 1^{er} janvier 2025. Une réforme des retraites est annoncée pour l'année 2025

Année de naissance	Âge légal d'ouverture des droits	Durée minimale d'assurance requise pour le taux plein	Taux de décote par trimestre manquant
1955 - 1956 - 1957*	62 ans	166 trimestres	1,25 %
1958 - 1959 - 1960*	62 ans	167 trimestres	1,25 %
du 01/01/1961 au 31/08/1961*	62 ans	168 trimestres	1,25 %
du 01/09/1961 au 31/12/1961	62 ans et 3 mois	169 trimestres	1,25 %
1962	62 ans et 6 mois	169 trimestres	1,25 %
1963	62 ans et 9 mois	170 trimestres	1,25 %
1964	63 ans	171 trimestres	1,25 %
1965	63 ans et 3 mois	172 trimestres	1,25 %
1966	63 ans et 6 mois	172 trimestres	1,25 %
1967	63 ans et 9 mois	172 trimestres	1,25 %
à partir de 1968	64 ans	172 trimestres	1,25 %

* Générations non impactées par la réforme des retraites du 01/09/2023.

- Lorsque le salarié a droit à une retraite à taux plein, la pension de retraite est calculée sur la base de 50 % du salaire brut annuel moyen.

- Lorsque le salarié part à la retraite sans avoir droit à une retraite à taux plein, une réduction est appliquée : la décote. Ainsi, si le salarié part à la retraite avant 67 ans sans avoir le nombre de trimestres d'assurance retraite exigé, le taux de 50 % est réduit de 0,625 par trimestre manquant (dans la limite de 20 trimestres).

- Au-delà de l'âge légal de départ en retraite et obtention des conditions requises pour le taux plein, une surcote de 1,25 % est attribuée pour tout trimestre civil supplémentaire travaillé.

ASSURANCES CHÔMAGE

- **Taux global de la cotisation d'assurance chômage**, exclusivement patronale, fixé à 4,05 % dans la limite de 4 PASS, soit **188 400 €** en 2025. À compter du 1^{er} mai 2025 la contribution temporaire d'assurance chômage de 0,05 % sera supprimée. Le taux de droit commun de la contribution patronale passera ainsi de 4,05 % à 4 %.
- **Un dispositif appelé "bonus-malus"** s'applique depuis le 1^{er} septembre 2022 dans certains secteurs avec pour objectif de limiter le recours excessif aux contrats courts.
- **La cotisation AGS** est fixée à 0,25 % des salaires servant de base au calcul des cotisations d'assurance chômage. Il s'agit d'une cotisation uniquement à la charge de l'employeur.

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 barème 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 certificats 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.

CONTRIBUTION FNAL

- **À compter du 1^{er} 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.

PRIME DE PARTAGE DE VALEUR

La prime de partage de valeur bénéficie d'une exonération de forfait social lorsqu'elle est versée entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2023 aux

salariés percevant une rémunération sur les 12 mois précédant le versement de la prime, inférieure à 3 SMIC. À compter du 1^{er} janvier 2024 et jusqu'au 31 décembre 2026 cette exonération est maintenue pour les entreprises de moins de 50 salariés uniquement.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET COMPLÉMENTAIRES

Depuis le 1^{er} 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 2025.

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'EXONÉRATION 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 2025 :

- 5 % du montant du PASS, soit **2 355 €** 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 (235 500 €), soit **11 775 €**.

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 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 2 355 € en 2025.
- 2 % de la rémunération brute.

Cette somme ne peut dépasser une limite totale de 2 % de 8 x le PASS, soit 7 536 € en 2025.

Les contributions patronales de prévoyance complémentaire sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale dans la limite de :

- 6 % du PASS, soit 2 826 € par an en 2025.
- 1,5 % de la rémunération brute du salarié.

Le total est limité à 12 % du PASS, soit 5 652 € en 2025.



[2]

PRESTATIONS SOCIALES

PRESTATIONS SOCIALES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Montants maxima (en €)

	2024	2025
ASSURANCE DÉCÈS - Capital en cas de maladie		
Montant forfaitaire fixé par décret chaque année depuis le 1 ^{er} avril 2021	3 738,00 € Jusqu'au 1 ^{er} avril 2024	3 910,00 €
ASSURANCE MALADIE - Indemnités journalières		
Jusqu'au 31 mars 2025 : 50 % du gain journalier de base limité à 1,8 SMIC À compter du 1 ^{er} avril 2025 : 50 % du gain journalier de base limité à 1,4 SMIC <i>Le salaire journalier de base est calculé sur la moyenne des salaires bruts des 3 derniers mois précédant l'arrêt de travail</i>	52,28 €	53,31 € 41,47 €
ASSURANCE MATERNITÉ - Indemnités journalières		
Le congé légal est fixé à 16 semaines uniquement pour les 2 premiers enfants : 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 1/30 ^e du PMSS	100,36 €	101,94 €
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	100,36 €	101,94 €
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 % de 60 % du PASS	232,03 €	235,69 €
À partir du 29^e jour d'arrêt : L'indemnité journalière est majorée et portée à 80 % de votre salaire journalier de base, dans la limite de 0,834 % de 80 % du PASS	309,37 €	314,25 €
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	Depuis le 1 ^{er} avril 2024 entre 471,54 € et 4 714,69 €	
ASSURANCE INVALIDITÉ - Rente mensuelle	MAXI 2024	MAXI 2025
Montant forfaitaire fixé par décret chaque année à compter du 1^{er} avril : Calcul de la pension en % sur la base du salaire annuel moyen perçu pendant les 10 meilleures années d'activité		
1 ^{ère} CATÉGORIE : 30 % du salaire plafonné	1 159,20 €	1 177,50 €
2 ^e CATÉGORIE : 50 % du salaire plafonné	1 932,00 €	1 962,50 €
3 ^e CATÉGORIE : 50 % du salaire plafonné	1 932,00 €	1 962,50 €
Majoration pour tierce personne	+ 1 210,90 €	+ 1 266,60 €

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale = **47 100 € en 2025**

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale = **3 925 € en 2025**

BARÈME 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 2 adhérent à l'OPTAM)	30,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation spécialiste (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	26,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation spécialiste (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM, patient de plus de 25 ans)	50,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM, patient de moins de 25 ans)	62,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	42,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Gériatrie (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	32,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Gynécologue (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	32,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Spécialiste de médecine physique et réadaptation (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	31,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Cardiologue hors parcours de soins (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	52,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Cardiologue hors parcours de soins (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	47,73 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consulter un médecin spécialiste dans le cadre de l'accès direct spécifique (après avoir déclaré un médecin traitant)					
Consultation de gynécologue obstétrique, ophtalmologue, stomatologue (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	31,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de gynécologue obstétrique, ophtalmologue (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation gynécologue médical (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	33,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation gynécologue médical (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM pour les patients de moins de 25 ans)	62,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM pour les patients de moins de 25 ans)	42,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Téléconsultations d'un médecin "généraliste"					
Consultation de généraliste (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	25,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Téléconsultations d'un médecin "spécialiste"					
Consultation de spécialiste (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	30,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de spécialiste (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Gynécologue médical (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	32,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Gynécologue médical (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM patient de plus de 25 ans)	50,20 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM patient de plus de 25 ans)	42,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM patient de moins de 25 ans)	62,20 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM patient de moins de 25 ans)	42,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation des enfants de moins de 16 ans					
Consultation de généraliste enfant de moins de 6 ans (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	35,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste enfant de moins de 6 ans (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	28,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste enfant de 6 à 16 ans (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	30,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation de généraliste enfant de 6 à 16 ans (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation pédiatre de 0 à 2 ans (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	39,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation pédiatre de 0 à 2 ans (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	34,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation pédiatre de 2 à 6 ans (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	35,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation pédiatre de 6 à 16 ans (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	31,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation pédiatre de 2 à 16 ans (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	23,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation d'un psychiatre enfant moins de 16 ans (secteur 1 ou 2 adhérent à l'OPTAM)	67,00 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultation d'un psychiatre enfant moins de 16 ans (secteur 2 n'adhérant pas à l'OPTAM)	42,50 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultations complexes et très complexes					
Consultation enfant de moins de 16 ans obligatoire donnant lieu à un certificat	54,00 €	100 %	-	100 %	-
Consultation enfant de moins de 16 ans santé sexuelle	Gratuit	-	-	-	-
Consultations complexes, selon les spécialités et les secteurs moins de 16 ans	de 47,50 € à 70,70 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultations complexes, selon les spécialités et les secteurs à partir de 16 ans	de 47,50 € à 67,70 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultations très complexes, selon les spécialités et les secteurs moins de 16 ans	de 60 € à 84,70 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Consultations très complexes, selon les spécialités et les secteurs plus de 16 ans	de 60 € à 81,70 €	70 %	30 %	90 %	50 %
Séances d'accompagnement psychologique à partir de 3 ans					
Entretien d'évaluation (1 séance unique)	50,00 €	60 %	-	90 %	-
Séances de suivi psychologique (de 1 à 11 séances)	50,00 €	60 %	-	90 %	-
DENTAIRE					
Soins					
Consultation de chirurgien dentiste ou d'orthodontiste	23,00 €		60 %		90 %
Consultation Médecin stomatologue secteur 1	31,50 €		70 %		90 %
Consultation Médecin stomatologue secteur 2	23,00 €		70 %		90 %
Détartrage	28,92 €		60 %		90 %
Traitement d'une carie 1 face (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	29,30 € / 42,69 €		60 %		90 %
Traitement d'une carie 2 faces (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	50,00 € / 72,85 €		60 %		90 %
Traitement d'une carie 3 faces et plus (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	65,50 € / 95,43 €		60 %		90 %
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	40,00 € / 58,28 €		60 %		90 %
Dévitalisation d'une prémolaire (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	61,00 € / 88,88 €		60 %		90 %
Dévitalisation d'une molaire (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	100,00 € / 145,70 €		60 %		90 %
Extraction d'une dent de lait (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	25,00 €		60 %		90 %
Extraction d'une dent permanente (bénéficiaire +13 ans / bénéficiaire -13 ans)	39,00 € / 33,44 €		60 %		90 %
Scellement de sillons une dent pour 1 ^{ère} et 2 ^e molaires permanentes (enfant -16 ans)	26,03 €		60 %		90 %
Remboursement des vernis fluorés entre 3 et 24 ans	25,00 €		60 %		90 %

BARÈME DES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (SUITE)

HONORAIRES MÉDICAUX	Base de remboursement (BR)		Taux de remboursement de la Sécurité Sociale Régime Général	Taux de remboursement de la Sécurité Sociale Régime Local
	BR	HLF		
Prothèse dentaire				
Panier 100 % Santé (reste à charge 0) : Pose d'une couronne dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisive, canine et 1 ^{ères} prémolaires	120,00 €	500,00 €	60 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée céramométallique sur incisives, canines et 1 ^{ères} prémolaires	120,00 €	500,00 €	60 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre que molaire	120,00 €	440,00 €	60 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée en alliage non précieux	120,00 €	290,00 €	60 %	90 %
Pose d'un inlay core sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté avec ou sans clavette	90,00 €	175,00 €	60 %	90 %
Pose d'une couronne transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	10,00 €	60,00 €	60 %	90 %
Pose d'un bridge avec 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire pour remplacer une incisive	279,50 €	1 465,00 €	60 %	90 %
Pose d'un bridge avec 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	279,50 €	870,00 €	60 %	90 %
Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine (fonction du nbre de dents/1 à 13)	de 64,40 € à 172 €	de 275 € à 500 €	60 %	90 %
Pose d'une prothèse amovible complète de transition à plaque base résine (unimaxillaire)	182,75 €	520,00 €	60 %	90 %
Pose d'une prothèse amovible complète de transition à plaque base résine (bimaxillaire)	365,50 €	1 170,00 €	60 %	90 %
Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine (de 9 à 13 dents)	de 129 € à 172 €	de 680 € à 850 €	60 %	90 %
Pose d'une prothèse amovible définitive complète à plaque base résine (unimaxillaire)	182,75 €	1 100,00 €	60 %	90 %
Pose d'une prothèse amovible définitive complète à plaque base résine (bimaxillaire)	365,50 €	2 300,00 €	60 %	90 %
Panier "reste à charge maîtrisé" : Pose d'une couronne dentoportée monolithique autre que zircone sur une 2 ^e prémolaire et molaire	120,00 €	550,00 €	60 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée céramométallique sur une 2 ^e prémolaire	120,00 €	550,00 €	60 %	90 %
Pose d'une couronne dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une molaire	120,00 €	440,00 €	60 %	90 %
Pose d'une couronne transitoire pour une couronne dentoportée à entente directe limitée	10 €	60,00 €	60 %	90 %
Pose d'un inlay-core sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté à entente directe limitée avec ou sans clavette	90,00 €	175,00 €	60 %	90 %
Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	150,00 €	280,00 €	60 %	90 %
Orthodontie remboursée moins de 16 ans				
Traitement par semestre (6 semestres maximum) - Honoraires libres		193,50 €	100 %	100 %
Séance de surveillance (2 séances maximum par semestre)		10,75 €	60 %	90 %
Contention 1 ^{ère} année - Honoraires libres		161,25 €	100 %	100 %
Contention 2 ^{ème} année - Honoraires libres		107,50 €	60 %	90 %
OPTIQUE	BR	PLV		
Panier 100 % Santé (Classe A)				
Monture enfant et adulte	9,00 €	30,00 €	60 %	90 %
Verre unifocal	de 9,75 € à 35,25 €	de 32,5 € à 117,5 €	60 %	90 %
Verres progressifs	15 € à 51 €	50 € à 170 €	60 %	90 %
Panier libre (Classe B)				
Monture enfant et adulte	0,05 €	-	60 %	90 %
Verres unifocaux	0,05 €	-	60 %	90 %
Verres progressifs	0,05 €	-	60 %	90 %
Lentilles de contact prescrites (forfait annuel par œil)		39,48 €	60 %	90 %
PROTHÈSES (HORS DENTAIRE)	BR	PLV		
Prothèses auditive				
Prothèse auditive 100 % Santé - assuré de 20 ans et plus (Classe 1)	400,00 €	950,00 €	60 %	90 %
Prothèse auditive Tarifs libres - assuré de 20 ans et plus (Classe 2)	400,00 €	variable	60 %	90 %
Prothèse auditive 100 % Santé - assuré de moins de 20 ans	variable	1 400 € / oreille	60 %	90 %
Prothèse auditive Tarifs libres - assuré de moins de 20 ans	1 400 € / oreille	variable	60 %	90 %
Prothèses capillaire totale				
Prothèse capillaire Classe 1 (cheveux synthétiques)	350,00 €	350,00 €	100 %	100 %
Prothèse capillaire Classe 2 (30 % minimum de cheveux naturels)	250,00 €	700,00 €	250 €	250 €
AUXILIAIRES MÉDICAUX				
Masseurs- kinésithérapeutes - AMC / AMK	16,13 €	-	60 %	90 %
Pédicure - AMP	16,13 €	-	60 %	90 %
Orthophoniste - AMO	16,13 €	-	60 %	90 %
Orthoptiste - AMY	16,13 €	-	60 %	90 %
SAGES - FEMMES				
Accouchement				
Simple	313,50 €	-	100 %	100 %
Gémellaire	472,64 €	-	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 nicotiques	variable	-	65 %	90 %

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 adhérent à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pratique des dépassements modérés :**

En adhérent 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 (à compter du 1^{er} avril 2024) : 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 2 € 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. 1 € par acte paramédical, 4 € par transport sanitaire. Plafond journalier de 4 € par jour sur les actes paramédicaux et 8 € 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. À compter du 1^{er} 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).



[3]

TRAITEMENT FISCAL ET SOCIAL DES PRESTATIONS

PRESTATIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Garantie	Type de prestation	Impôts sur le revenu	Charges sociales	Prélèvements sociaux	Droits de succession
Décès	Capital	Non	Non	Non	Non
	Allocation veuvage	Oui	Non	Non	Non
Incapacité de travail	En cas de maladie	Oui	Non	Oui CSG ⁽¹⁾ à 6,2 % et CRDS ⁽²⁾ à 0,5 % soit 6,7 % de 100 % du montant des IJ ⁽³⁾ brutes	Non
	En cas d'accident du travail ou maladie professionnelles	Oui À hauteur de 50 %	Non		Non
	En cas d'affection de longue durée	Non	Non		Non
	En cas de maternité	Oui	Non		Non
Invalidité	Pension d'invalidité	Oui À l'exception des majorations : pour tierce personne	Non	Oui CSG ⁽¹⁾ taux normal à 8,3 %, CRDS ⁽²⁾ à 0,5 %, CASA ⁽⁴⁾ à 0,3 % sur 100 % du montant de la pension brute, sauf situations spécifiques	Non
Incapacité permanente	Rente d'accident de travail	Non	Non	Non	Non

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES DES CONTRATS À ADHÉSION OBLIGATOIRE

Garantie	Type de prestation	Impôts sur le revenu	Charges sociales	Prélèvements sociaux	Droits de succession
Décès	Capital	Non	Non	Non	Non Sauf si absence de bénéficiaire désigné soit par une clause type soit par une désignation particulière
	Rente de conjoint ou d'éducation	Oui	Non	Oui CSG ⁽¹⁾ applicable aux revenus de remplacement : taux à 8,3 % et CRDS ⁽²⁾ à 0,5 % soit 8,8 % de 100 % du montant	Non
Incapacité de travail	Indemnité journalière complémentaire à la Sécurité Sociale (si le contrat de travail est en vigueur)	Oui	Oui Cotisation de la Sécurité Sociale pour la part correspondant à la contribution de l'employeur au financement du régime	Oui CSG ⁽¹⁾ applicable aux revenus d'activité : taux à 9,2 % et CRDS ⁽²⁾ à 0,5 % soit 9,7 % de 100 % du montant des IJ ⁽³⁾ brutes	Non
	Indemnité journalière complémentaire à la Sécurité Sociale après la rupture du contrat de travail	Oui	Non	Oui CSG ⁽¹⁾ applicable aux revenus de remplacement	Non
Invalidité	Pension d'invalidité	Oui	Non	Oui Taux applicables aux revenus de remplacement : à 8,3 % et CRDS ⁽²⁾ à 0,5 %, CASA ⁽⁴⁾ à 0,3 % soit 9,1 % de 100 % du montant. Exonération partielle ou totale selon les revenus	Non
Frais de santé		Non car il s'agit de prestations indemnitaires			

⁽¹⁾CSG : Contribution Sociale Généralisée, contribue au financement de la protection sociale - ⁽²⁾CRDS : Contribution au Remboursement de la Dette Sociale est un impôt prélevé à la sources sur la plupart des revenus qui est destiné à résorber l'endettement de la Sécurité Sociale - ⁽³⁾IJ : Indemnités Journalières égales à 50 % du salaire journalier de base - ⁽⁴⁾CASA = Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie qui sert à financer la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées et qui est prélevée sur le montant de certains avantages de vieillesse et d'invalidité versés aux personnes domiciliées en France



[4]

CONTRATS D'ASSURANCES COLLECTIVES

RÉGIME COLLECTIF DE PRÉVOYANCE

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 1^{er} 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 de 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 la CSS	-	Fin du bénéfice de la CSS	- Demande écrite à l'embauche ou à la date du bénéfice de la CSS - 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'ayant 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 que la couverture en tant qu'ayant droit soit facultative ou 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	-
Couple travaillant dans la même entreprise si la couverture des ayants droit est facultative	Les salariés peuvent s'affilier ensemble, 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	- Demande écrite du salarié à l'embauche ou à tout moment si prévu dans l'acte

FOCUS SUR LE 100 % SANTÉ

Le 100 % SANTÉ a pris effet progressivement depuis le 1^{er} janvier 2020 en optique et une partie en dentaire, au 1^{er} 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 1 ^{ère} prémolaire - Céramométallique - incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire - Couronnes en alliage non précieux (toutes localisations)	- Céramique monolithique (zircone) - molaires - Céramique monolithique (hors zircone) - 2 ^{ème} prémolaire et molaires - Céramométallique - 2 ^{ème} 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	Céramique ou en alliage précieux
Prothèses amovibles et réparations	- Prothèses amovibles à base résine hors transvissées 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 amel.fr

RÉGIMES COLLECTIFS DISPOSITIFS DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Les dispositifs de retraite supplémentaire interviennent en plus de :

→ **La retraite de base de la Sécurité Sociale.**

→ **La retraite complémentaire du régime Agirc-Arrco.**

Ils permettent au salarié de se constituer une rente ou un capital. Les versements effectués par l'entreprise et/ou le salarié tout au long de sa vie professionnelle sont investis dans des placements financiers jusqu'à l'âge du départ en retraite.

À l'âge d'ouverture de ses droits à retraite, le salarié bénéficie ainsi d'une rente viagère mensuelle ou trimestrielle ou d'un capital.

Deux types de dispositifs existent aujourd'hui :

→ Depuis le 1^{er} octobre 2019, **les plans d'épargne retraite obligatoire (PERO)**, ouvert à une catégorie objective de salariés, **et le plan d'épargne retraite collectif (PERECOL)** ouvert à tous les salariés de l'entreprise.

→ **Les régimes de retraite collective à prestations définies** dits « Art 39 ».

Le PERO et le PERECOL constituent des régimes de retraite supplémentaires d'entreprises, à cotisations définies. Ils peuvent être alimentés par les cotisations obligatoires des entreprises et des salariés, par les sommes issues de l'épargne salariale, et par des compléments de versements individuels des salariés le cas échéant. Ils permettent aux salariés de se constituer une épargne en vue de la retraite à des conditions avantageuses.

• **Le salarié concerné peut ainsi alimenter son compte individuel de différentes manières :**

- Versements obligatoires prévus par l'accord collectif ;
- Versements volontaires individuels ;
- Sommes issues de l'intéressement ;
- Sommes issues de la participation ;
- Abondements de l'entreprise en épargne retraite ;
- Droits issus du CET ;
- Sommes correspondantes à des congés non pris dans la limite de 10 jour par an.

• **Les sommes versées :**

- Bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux ;
- Sont transférables sur tout autre PER pendant toute la carrière du salarié ;
- Peuvent être versées à la retraite sous forme de rente, de capital ou un mixte des deux ;
- Faire l'objet d'une sortie anticipée en cas d'invalidité, de décès, d'expiration des droits à l'assurance chômage, de surendettement ;
- Faire l'objet d'une sortie anticipée en cas d'acquisition de la résidence principale pour les versements qui ne sont pas obligatoires.

DEUX TYPES DE PER EN ENTREPRISES

L'entreprise peut mettre en place soit un PER d'entreprise collectif (PERECOL), soit un PER d'entreprise obligatoire (PERO), soit prévoir un PER englobant les deux :

- Le **PERECOL** est **facultatif** pour le salarié qui choisit - ou non - d'y adhérer. Il ne prévoit pas de participation de l'employeur, sauf s'il englobe également un PERO.
- Le **PERO crée l'obligation** pour tous les salariés ou la catégorie spécifique de salariés définie par le PERO **d'adhérer au contrat**. Ce PERO prévoit des versements obligatoires du salarié et une participation de l'employeur. Autre spécificité : les sommes issues des versements obligatoires seront impérativement versées sous forme de rente au départ à la retraite, afin de compléter les pensions de retraite des régimes de base.

LES RÉGIMES À PRESTATIONS DÉFINIES L 137-11-2 ANCIENNEMENT « ART 39 »

Ces dispositifs permettent à l'entreprise de prévoir pour certains de leurs salariés un montant déterminé de retraite supplémentaire en fonction de la rémunération du salarié et de son ancienneté, dans la limite de 3 % du salaire, chaque année, sans pouvoir dépasser 30 % sur toute la carrière. Le montant ne dépend donc pas de la durée de cotisation.

Attention : les anciens dispositifs d'entreprise d'épargne retraite (contrats article 83, PERE, ancien PERCO ne peuvent plus être souscrits par les entreprises depuis le 1^{er} octobre 2020. Les détenteurs de dispositifs existants pourront toujours effectuer des versements (à titre obligatoire ou individuel). Le cas échéant, ces dispositifs existants peuvent être transférés vers un nouveau PER.

RÉGIMES COLLECTIFS DISPOSITIFS DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE (SUITE)

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES DISPOSITIFS D'ÉPARGNE RETRAITE D'ENTREPRISE				
	PERECO PER d'entreprise collectif	PERO PER d'entreprise obligatoire	PERCO	CONTRATS « ARTICLE 83 »
Éxonération fiscale des versements	OUI	OUI	NON	OUI
Transférabilité	OUI	OUI	Uniquement vers un autre PERCO	OUI
Sortie anticipée	OUI	OUI <i>sauf pour l'acquisition d'une résidence principale s'agissant des versements obligatoires</i>	OUI	OUI <i>sauf pour l'acquisition d'une résidence principale</i>
Sortie à la retraite	Rente et/ou capital	Rente pour tous les versements obligatoires	Rente et/ou capital	Rente

LA FISCALITÉ

→ Tous les versements, obligatoires ou volontaires, sont déductibles de l'impôt sur le revenu, dans la limite de certains plafonds :

PLAFONDS DE DÉDUCTION	Minimum	Personnel	Maximum
VERSEMENTS OBLIGATOIRES PERO	10 % du PASS* soit 4 710 € en 2025	8 % du revenu d'activité imposable	64 % du PASS* soit 30 144 € en 2025
VERSEMENTS VOLONTAIRES PERECO	10 % du PASS*	10 % du revenu d'activité imposable	10 % de 8 PASS* soit 37 680 € en 2025

EXEMPLE : Revenu d'activité imposable de 42 300 €

* Plafond Annuel de la Sécurité Sociale en 2025 : 47 100 €

- la déduction sur versements obligatoires correspond à : $42\,300 \text{ €} \times 8\% = 3\,384 \text{ €}$
- la déduction sur versements volontaires correspond à : $42\,300 \text{ €} \times 10\% = 4\,230 \text{ €}$
- La totalité des montants déduits ne peut dépasser **4230 €**.

 **À noter :** - Les remboursements volontaires de l'employeur sur un PERECO, au titre de l'épargne salariale et les jours de congés versés sur un PER viennent réduire le plafond de réduction.
- Les remboursements au titre de l'intéressement, de la participation, du CET ou des congés non pris sont automatiquement exonérés d'impôt sur le revenu.

→ **Le salarié peut choisir de déduire ou non ses versements individuels de son impôts sur le revenu :** Ce choix détermine le traitement fiscal appliqué à l'épargne à la sortie.

	SORTIE EN CAPITAL		SORTIE EN RENTE
	Fiscalité sur la part versements	Fiscalité sur la part plus-values	Taxation
Versements volontaires déduits de l'impôt sur le revenu	Taxation suivant le barème progressif de l'IR, sans abattement de 10 %	Prélèvement forfaitaire unique de 30 %, dont 17,2 % de prélèvements sociaux	suivant le barème progressif de l'IR, après abattement de 10 %, plafonné à 3 858 € en 2021
Versements volontaires non déduits de l'impôt sur le revenu	Éxonération	Prélèvement forfaitaire unique de 30 %, dont 17,2 % de prélèvements sociaux	Taxation sur une fraction* de la rente
Versements de l'employeur issus de l'épargne salariale	Éxonération	Prélèvement forfaitaire unique de 30 %, dont 17,2 % de prélèvements sociaux	Taxation sur une fraction* de la rente
Versements obligatoires	-	-	Taxation suivant le barème progressif de l'IR, après abattement de 10 %, plafonné à 3 858 € en 2021

* Cette fraction dépend de l'âge au moment de la sortie de l'épargne (moins de 50 ans : 70 %; entre 50 et 59 ans : 50 %; entre 60 et 69 ans : 40 %; et plus de 69 ans : 30 %).



www.simax-sante.fr

SIMAX, la marque de ROEDERER SAS dédiée à la gestion pour compte de tiers.