

Notice relative aux états FR.14 sur la protection sociale complémentaire

L'ACPR collecte, pour le compte du ministère de la Santé (Drees), quatre états supplémentaires appelés « états FR.14 relatifs à la protection sociale complémentaire ». Ces états permettent notamment d'alimenter :

- le rapport du gouvernement au parlement sur la situation financière des organismes complémentaires (article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009, article L862-7 du code de la Sécurité sociale, rapport d'information prévu par l'article 11 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012).
- les comptes de la Santé (arrêté du 19 août 1970 portant création d'une commission des comptes de la santé)
- les comptes de la Protection Sociale, obligation statistique européenne (règlement européen n°458/2007).

Ces états statistiques permettent d'établir une photographie, la plus précise possible, des garanties offertes par les organismes assureurs sur le champ des risques sociaux (santé, retraite, dépendance, invalidité, décès, chômage, famille). Ils sont complétés par des données issues de deux enquêtes de la Drees auxquelles vous répondez également, l'enquête « retraite supplémentaire » et l'enquête « contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé ».

Le soin que vous apportez dans les réponses aux états statistiques est essentiel pour la bonne connaissance du système de protection sociale français.

► Vos réponses aux états statistiques sont essentielles. Quelques exemples :

- Les organismes complémentaires financent 13,5 % de la dépense en soins et biens médicaux en 2014, Les dépenses de santé en 2014, fiche C4, page 92 <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-depenses-de-sante-en-2014-resultats-des-comptes-de-la,11545.html>
- Les risques sociaux en 2016 : 67 milliards de primes collectées, soit un tiers de l'activité assurantielle, « Santé, retraite, décès... : un tiers du marché de l'assurance privée couvre des risques sociaux », études et résultats 963, DREES, juin 2016 : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er963.pdf>
- « Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », études et résultats n°952, février 2016 <http://www.drees.sante.gouv.fr/le-marche-de-l-assurance-complementaire-sante-des-excedents,11484.html>

Pour toutes questions, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse suivante :
Drees-etats-e@sante.gouv.fr

Les états **FR.14.01** et **FR.14.02** (anciennement statistiques états E1 et E2) permettent de connaître le nombre d'assurés et de bénéficiaires et les différentes garanties proposées par les organismes assureurs sur le champ des risques sociaux (santé, retraite, décès, chômage, invalidité...).

Les états FR.14.03 et FR.14.04 se focalisent sur l'activité santé.

L'état **FR.14.03** (anciennement état E3), en décomposant les prestations santé versées aux bénéficiaires (remboursements de médicaments, de consultations de médecins, de séjours hospitaliers, ...), permet de connaître le reste-à-charge des ménages français pour chacun de ces types de soins et bien médicaux.

L'état **FR.14.04** éclaire les frais de gestion de cette activité santé, notamment ceux liés à des dispositifs particuliers (gestion de la CMU-C, de l'ACS, gestion d'un régime général en délégation).

Enfin, **l'ancien état E4**, qui offrait un compte de résultat technique en frais de soins, n'apparaît plus. En effet, celui-ci est maintenant collecté à travers les états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03 (anciennement états C1), dont les garanties frais de soins représentent dorénavant une catégorie à part entière.

Les garanties « frais de soins » des états FR.14.03 et FR.14.04 sont celles définies dans les états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03 :

Affaires directes – France, dommages corporels individuels (cat. 20), santé (frais de soins), affaires non donnés en substitution :

Affaires directes – France, dommages corporels individuels (cat. 20), santé (frais de soins), affaires donnés en substitution (ne concerne que les mutuelles).

Affaires directes – France, dommages corporels collectifs (cat. 21), santé (frais de soins), affaires non donnés en substitution :

Affaires directes – France, dommages corporels collectifs (cat. 21), santé (frais de soins), affaires donnés en substitution (ne concerne que les mutuelles).

État FR.14.01 et FR.14.02

L'état FR.14.01 recense, sur le champ des risques sociaux :

- le nombre de personnes assurées
- le nombre de personnes couvertes ;
- le nombre de bénéficiaires ;
- et le nombre d'organismes souscripteurs pour les contrats collectifs.

L'état FR.14.02 recense, sur le champ des risques sociaux :

- les primes émises
- et les prestations payées nettes de recours.

Les effectifs, les primes et les prestations

Personnes assurées (effectifs au 31 décembre) :

- pour les mutuelles : membres participants visés dans l'article L. 114-1 du code de la mutualité (y compris ceux des mutuelles substituées) ;
- pour les institutions de prévoyance : membres participants visés dans les alinéas 1 et 2 de l'article L931-3 du code de la sécurité sociale ;
- pour les sociétés d'assurance :
 - en individuel : assurés visés dans l'article L112-4 du code des assurances,
 - en collectif : adhérents visés dans l'article L141-1 du code des assurances.

Personnes couvertes : personnes assurées et leurs ayants droit (au 31 décembre).

Organismes souscripteurs : personnes morales (entreprises et associations) signataires du contrat (au 31 décembre).

Bénéficiaires : personnes couvertes servies au moins une fois au cours de l'année.

Les **primes** correspondent aux primes nettes émises : « Sous-total primes nettes » des états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03.

Les **prestations** payées correspondent :

- en vie : aux sinistres et capitaux payés + versements périodiques de rentes payés + rachats payés de l'état FR.13.01,
- en non-vie : aux sinistres payés + versements périodiques de rentes payés - recours encaissés des états FR.13.02 et FR.13.03.

► **Attention** : les **mutuelles substituant** comptabilisent aussi les effectifs de leurs mutuelles substituées. Les primes et prestations **données en substitution** ne concernent que les mutuelles substituées. Les **mutuelles substituant** comptabilisent les primes et prestations de leurs mutuelles substituées. Pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, renseigner les primes et prestations dans la colonne « non données en substitution ».

Ne renseigner que **les Affaires Directes**.

Les garanties couvrant des risques sociaux

► **Attention** : Contrairement aux états comptables et prudentiels (FR.13 notamment), les différents contrats doivent être ventilés ici **par garanties, et non par contrats** : garanties frais de soins, garanties autres dommages corporels, ...

Les garanties regroupent, dans tous les cas, les **garanties offertes à titre principal ainsi que celles offertes à titre accessoire ou complémentaire**.

Exemple : les garanties « frais de soins » regroupent les garanties « frais de soins » des contrats santé, ainsi que les garanties « frais de soins » des contrats « accidents » ; elles excluent en revanche les garanties autres que « frais de soins » (comme les garanties « dépendance ») incluses ou accessoires aux contrats santé.

Les garanties des **contrats emprunteurs sont systématiquement exclues**, de même que celles qui correspondent à de **l'action sociale « non assurantielle »**, comptabilisée en « non-technique ».

Garanties frais de soins (individuelles et collectives)

Il s'agit des **garanties « frais de soins »** telles que définies dans les états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03 : Affaires directes France, dommages corporels individuels (cat. 20) ou collectifs (cat. 21), Santé (frais de soins), affaires non données en substitution.

Ces garanties « frais de soins » peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie (par exemple, les garanties « frais de soins » accessoires à des contrats « décès » ou « invalidité »).

Au sein des garanties, les « **garanties frais de soins des contrats responsables** » sont celles relatives à des contrats santé « solidaires et responsables » tels que définis dans le CGI, articles 995-15° et 995-16.

Garanties autres dommages corporels, hors contrats emprunteurs

Les garanties « **autres dommages corporels** » sont celles définies dans les états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03 : Affaires directes France, dommages corporels individuels (cat. 20) ou collectifs (cat. 21), Autres (dont incap inval), affaires non données en substitution, mais **à l'exclusion des garanties incapacité-invalidité souscrites dans le cadre de contrats emprunteurs**.

Ces garanties « autres dommages corporels » peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie.

△ **Garanties incapacité – indemnités journalières** : correspond aux garanties offertes en cas d'arrêt de travail en complément ou non des prestations d'indemnités

journalières versées par les régimes de sécurité sociale. Elles incluent les indemnités journalières pour maladie, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle. Sont comptabilisées dans cette ligne les garanties « incapacité - indemnités journalières » qu'elles soient principales ou accessoires à d'autres contrats.

△ **Garanties invalidité** : correspond aux garanties offertes en cas d'invalidité (cf. *article L341-4 du code de la sécurité sociale*), elles-mêmes selon qu'elles ont donné lieu à un **versement d'une rente d'invalidité**, ou encore au versement d'un **capital pour invalidité**. Sont comptabilisées dans cette ligne les garanties « invalidité » qu'elles soient principales ou accessoires à d'autres contrats.

△ **Garanties dépendance** : Sont regroupées dans ces lignes l'ensemble des garanties offertes au titre de la dépendance, en distinguant les garanties **dépendance à titre principal** (garanties principales du contrat dépendance) et les garanties **dépendance à titre accessoire ou complémentaire** d'un autre contrat « dommages corporels » ou « vie » (par exemple, les garanties « dépendance » en inclusion ou en option d'un contrat santé ; ou encore les garanties « dépendance » accessoires à un contrat d'épargne ou de retraite).

- les **garanties annuelles** correspondent aux garanties où la personne assurée est couverte l'année considérée et percevra selon les clauses du contrat une rente viagère en cas de survenance du risque l'année considérée (+ des prestations d'assistance + des prestations de conseil et de prévention). Le contrat au terme de l'année considérée est renouvelable.

Un exception, en collectif : les contrats pour lesquels un maintien de couverture pour les anciens salariés est prévu sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux (*Cf. article 5 loi n°89-1009 du 31 décembre 1989*) doivent être classés en **garanties annuelles avec maintien de couverture**.

- Les **garanties viagères** correspondent aux garanties où la personne assurée est couverte quelle que soit la date de survenance du risque et percevra selon les clauses du contrat une rente viagère en cas de survenance du risque quelle que soit la date de survenance (+ des prestations d'assistance + des prestations de conseil et de prévention).

△ **Autres garanties de dommages corporels hors contrats emprunteurs** : correspond autres garanties de dommages corporels (à l'exclusion des contrats emprunteurs) non comptabilisées dans les lignes précédentes, donc hors frais de soins, incapacité, invalidité et dépendance. Exemple : les garanties décès accidentel (en accessoire à un contrat vie ou en principal dans un contrat accident par exemple).

État FR.14.02 seulement : préciser alors **en toutes lettres les autres garanties de dommages corporels dont il s'agit**.

► **Exception : Cas particulier des contrats accidents**¹ (*branche 1. Accidents -y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles- articles R321-1 du code des assurances, R211-2 du code de la mutualité et R931-2-1 du code de la sécurité sociale*) dont les garanties sont classées en dommages corporels : ventiler les garanties proposées selon leur nature, en frais de soins, incapacité, invalidité ou dépendance. Quand cette décomposition n'est pas possible les classer en « **autres garanties de dommages corporels** », en le précisant sur la ligne « **en toutes lettres** » (mentionner le fait que les « autres garanties de dommages corporels » contiennent des contrats accidents).

¹ : Assurance scolaire, assurance sportive, assurance de chasse, contrat « individuelle accident » des conducteurs automobiles, contrats multirisques accident de la vie, contrats GAV (garanties accident de la vie)...

Garanties décès toutes causes et PTIA – hors contrats emprunteurs

Sont comptabilisées dans ces lignes l'ensemble des garanties décès (ou d'invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie – cf. 3^{ème} alinéa de l'article L341-4 du code de la sécurité sociale).

Ces garanties doivent être décomposées selon leur mode de gestion : les garanties **temporaire décès** (annuelle notamment) d'une part et les garanties **décès vie entière** d'autre part.

Pour chacune de ces deux catégories d'assurance décès (temporaire et vie entière), merci de préciser également la nature des prestations versées : versement d'un **capital** (comprend les frais d'obsèques) ; d'une **rente d'invalidité**, d'une **rente de conjoint survivant**; ou encore d'une **rente d'éducation ou d'orphelin**.

Les garanties décès qui n'auraient pas été comptabilisées dans les lignes précédentes (hors garanties décès des contrats emprunteurs) doivent être comptabilisées en « **autres garanties décès – hors contrats emprunteurs** ».

État FR.14.02 seulement : préciser alors **en toutes lettres les autres garanties de décès dont il s'agit**.

Garanties retraite supplémentaire, préretraite et indemnités de fin de carrière

Sont comptabilisés dans ces lignes les produits de retraite supplémentaire, qu'ils soient souscrits à titre privé ou à titre professionnel (indépendants ou salariés), que les contrats soient à cotisations définies ou à prestations définies. Ici, la notion de « personne couverte » est caduque.

Merci de distinguer les produits suivants :

△ **Plan d'Épargne Population Retraite (PERP)**.

△ **Contrats destinés aux fonctionnaires et élus locaux** : Caisse nationale de prévoyance de la fonction publique (PREFON), Fonds de pension des élus locaux (FONPEL), Complément retraite mutualiste (COREM), Complémentaire retraite des hospitaliers (CRH), Caisse autonome de retraite des élus locaux-mutuelle des élus locaux (CAREL-MUDEL).

△ **Retraite Mutualiste du Combattant (RMC)**.

△ **Contrats Madelin et exploitants agricoles** : Contrats Madelin définis par la loi 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin » à destination des entrepreneurs individuels, et contrats exploitants agricoles institués par l'article 55 de la loi du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines et destinés à compléter les prestations du régime obligatoire de retraite des travailleurs non salariés des professions agricoles.

△ **Contrats « article 39 du CGI »** : Contrats relevant de l'article 39 du Code général des impôts (qui englobent en particulier les dispositifs communément appelés « retraites chapeau » définis par l'article L.137-11 du Code de la Sécurité sociale), mais à l'exclusion des Indemnités de fin de carrière et des préretraites (à reporter plus bas, sur les lignes qui leurs sont dévolues).

△ **Contrats « article 82 du CGI »** : Contrats à adhésion facultative relevant de l'article 82 du Code général des impôts.

△ **Contrats « article 83 du CGI » et PERE** : Contrats à adhésion obligatoire relevant de l'article 83 du Code général des impôts et Plan d'Épargne Retraite d'Entreprise (PERE).

△ **Autres contrats de retraite supplémentaire** : Plan d'épargne pour la retraite collective (PERCO), REPMA, ancien PER « Balladur », EXPAR, IPREA, régimes du 4 juin, L.441, régimes collectifs de retraites, autres dispositifs à cotisations définies ne pouvant être comptabilisés comme Articles 39, 82 ou 83.

△ **Contrats indemnités de fin de carrière (IFC)**.

△ **Contrats préretraites**.

Garanties perte d'emploi – hors contrats emprunteurs

Il s'agit de l'ensemble des garanties perte d'emploi, qu'elles soient principales ou accessoires à un autre contrat. Merci de distinguer d'une part les **garanties chômage des TNS Madelin** et les **autres garanties de perte d'emploi** (hors contrats emprunteurs). Pour ces autres garanties emploi (hors contrats emprunteurs, il s'agit de celles classées

- pour les sociétés d'assurance, dans la branche 16.a) de l'article R321-1 du code des assurances (pertes pécuniaires diverses – risques d'emploi),
- pour les mutuelles, dans la branche 16.a) de l'article R211-2 du code de la mutualité (pertes pécuniaires diverses – risques d'emploi)

- pour les institutions de prévoyance, dans la branche 16.a) de l'article R931-2 du code de la sécurité sociale (pertes pécuniaires diverses – risques d'emploi).

Garanties Famille

Ne concerne que les mutuelles. Il s'agit des garanties de nuptialité-natalité qu'elles soient principales ou accessoires à d'autres contrats.

Ensemble des garanties couvrant des risques sociaux (individuelles ou collectives)

△ **État FR.14.01** : nombre de personnes assurées, de personnes couvertes, de personnes bénéficiaires et d'organismes souscripteurs **d'au moins une des garanties** couvrant les risques sociaux précités (frais de soins, autres dommages corporels, décès, retraite supplémentaire, IFC et préretraite, perte d'emploi et famille), à l'exception des contrats emprunteurs.

△ **État FR.14.02** : masse totale des primes et prestations des garanties précitées (frais de soins, autres dommages corporels, décès, retraite supplémentaire, IFC et préretraite, perte d'emploi et famille) à l'exclusion de celles relatives aux contrats emprunteurs.

Tableau FR.14.01.02 : Champ couvert par les effectifs renseignés

État FR.14.01 uniquement. Pour les sociétés d'assurance qui font appel à des courtiers et pour lesquelles l'information n'est pas à ce jour centralisée, donnez à titre indicatif l'importance relative des informations transmises dans le tableau FR.14.01.01 en pourcentage des primes émises.

L'objectif est qu'à terme le taux de couverture soit de 100%.

Tableau FR.14.02.02 : Primes nettes sur le champ des risques sociaux au titre des contrats emprunteurs

État FR.14.02 uniquement. Les garanties des contrats emprunteurs, exclues du tableau FR.14.02.01, doivent être comptabilisées dans le tableau FR.14.02.02. Il s'agit des garanties autres dommages corporels (invalidité ou incapacité), décès et perte d'emploi souscrites au titre de contrats emprunteurs, affaires directes France et affaires non données en substitution. Le total des primes nettes émises au titre des contrats emprunteurs n'est demandé qu'à des fins de vérification statistique. Il permet en effet de reconstituer l'ensemble des primes déclarées dans les états FR.13 sur le champ des risques sociaux. On s'assure ainsi du bon remplissage de l'état FR.14.02.

La délégation d'assurance est un contrat individuel sélectionné librement par un assuré ayant refusé le contrat collectif de la banque qui lui octroie un prêt immobilier. Inclure dans la colonne « contrats individuels » les primes correspondant aux contrats pris en délégation d'assurance.

État FR.14.03

L'état FR.14.03 est composé de trois blocs. Dans le premier (FR.14.03.01), il vous est demandé de ventiler les prestations nettes de recours en frais de soins selon leur nature (hôpitaux, médecins, officines pharmaceutiques, ...). Dans le deuxième (FR.14.03.02), il vous est demandé de faire de même pour les indemnités journalières (selon qu'elles ont été versées au titre de la maladie, de la maternité, ou des accidents du travail-maladies professionnelles). Enfin, dans le troisième bloc (FR.14.03.03), il vous est demandé de ventiler les prestations hospitalières selon qu'elles ont été versées au titre de soins en hôpitaux publics, en cliniques privées ou en unités de soins de longue durée.

Tableau FR.14.03.01 – Prestations versées nettes de recours par type de soins et biens médicaux

Il s'agit des **garanties « frais de soins »** telles que définies dans les états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03 : Affaires directes France, dommages corporels individuels (cat. 20) ou collectifs (cat. 21), Santé (frais de soins), affaires non données en substitution. Ces garanties « frais de soins » peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie.

Les **prestations** versées nettes de recours correspondent :

- en vie : aux sinistres et capitaux payés + versements périodiques de rentes payés + rachats payés de l'état FR.13.01,
- en non-vie : aux sinistres payés + versements périodiques de rentes payés - recours encaissés des états FR.13.02 et FR.13.03.

► **Attention** : Les **mutuelles substituantes** comptabilisent les prestations de leurs mutuelles substituées. Les prestations données en substitution par les **mutuelles substituées** ne doivent pas figurer ici.

△ **Champ couvert en pourcentage des prestations payées nettes de recours**

Pour les sociétés d'assurance qui font appel à des courtiers et pour lesquelles l'information n'est pas à ce jour centralisée. Il s'agit de donner à titre indicatif l'importance relative des informations transmises en pourcentage des prestations payées nettes de recours (tant en individuel qu'en collectif).

L'objectif est qu'à terme le taux de couverture soit de 100%.

△ **Ensemble des hôpitaux (secteur public, privé, y compris USLD)** : prestations pour soins à l'hôpital ou en cliniques, secteur public ou privé ainsi qu'en unité de soins de longue durée (USLD). Il s'agit des dépenses pour des actes de soins ou séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en psychiatrie, et en soins de suite et de réadaptation.

Merci d'indiquer d'une part le montant des « **forfait journalier, ticket modérateur, honoraires en cliniques privées** », qui correspondent aux remboursements effectués pour des actes médicaux ;

Et d'autre part le montant des « **frais d'hébergement en soins de longue durée, supplémentas chambres particulières, lits accompagnant** », qui correspondent à des prestations « connexes aux soins hospitaliers (notamment les suppléments visant à améliorer le confort du patient lors du séjour hospitalier : suppléments chambres particulières, lit accompagnant, téléphone, télévision ...).

Les remboursements liés à la chirurgie esthétique non réparatrice ne doivent pas être comptabilisés ici (reportés en « aides diverses », voir plus loin), de même que les remboursements pour les personnes en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées (reportés en prestations invalidité ou dépendance, voir plus loin).

► **Attention** : de façon générale, si vous ne pouvez renseigner le niveau de détail le plus fin, merci de renseigner a minima les sous-totaux intermédiaires.

△ **Médecins et sages-femmes exerçant en cabinet libéral** : ensemble des médecins généralistes, médecins spécialistes, ou sages-femmes, exerçant en cabinet libéral (honoraires, frais de déplacements...).

△ **Auxiliaires en cabinets libéraux** : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues, pédicures, exerçant en cabinet libéral (honoraires, frais de déplacements...).

△ **Dentistes en cabinets libéraux** : dentistes, en cabinets libéral et y compris les prothèses dentaires. Merci de distinguer également les **honoraires** (soins, actes) d'une part et les **prothèses dentaires** d'autre part.

△ **Centres de santé** : centres de santé, dispensaires, centres médio-psychologiques

△ **Laboratoires d'analyse médicale**

△ **Établissements thermaux** : prestations versées au titre des cures thermales. Merci de distinguer les remboursements liés à des actes de soins (**forfait de surveillance médical, pratiques médicales et complémentaires, forfait thermal, complément tarifaire...**) des remboursements de frais connexes aux soins (**frais de transport, frais d'hébergement**, frais de confort divers).

△ **Transports des malades** : ambulances, taxis, véhicules sanitaires légers, services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)

△ **Optique** : dépenses d'optique médicale correctrice (montures, verres, lentilles, réparations). Merci de distinguer également les **dépenses d'optique prises en charge par l'assurance maladie obligatoire** (montures, verres blancs, lentilles de contact portées dans le cadre d'une indication spécifique, verres teintés dans le cadre d'une photophobie, etc.) des **dépenses d'optique non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire** (lentilles de contacts sans indication spécifique, verres teintés sans indication spécifique...).

△ **Biens médicaux (hors optique)** : pour ces biens médicaux, à l'exclusion de l'optique, merci de distinguer les médicaments des autres biens médicaux. Merci de distinguer également selon que ces médicaments et autres biens médicaux sont pris en charge ou non par l'assurance maladie obligatoire.

► **Médicaments** : médicaments, vaccins, IVG médicamenteuses, préparations magistrales, sang, plasma et dérivés (produits humains)

Pour la pharmacie **non prise en charge** par l'assurance maladie obligatoire, distinguer d'une part les **médicaments** et d'autre part les **autres produits pharmaceutiques** (patchs tabagiques par exemple).

► **Autres biens médicaux (hors optique)**

Prothèses, orthèses, VHP : prothèses externes et internes (autres que optique médicale, à renseigner en « optique » et autres que prothèses dentaires, lesquelles sont à renseigner en « dentistes en cabinets libéraux »), orthèses (attelles, genouillères, semelles orthopédiques...), prothèses auditives, implants (pacemaker, stimulateurs...), greffons, achat de véhicules pour handicapés physiques (VHP : fauteuils roulants...). Cette ligne correspond ainsi aux biens inscrits dans les titres II (hors chapitre 2), III et IV de la LPP (liste des produits et prestations).

Petits matériels et pansements : lits médicaux, assistance respiratoire, déambulateurs, béquilles, appareils de contention, pansements, compresses, seringues, appareils d'autocontrôle de la glycémie, locations de fauteuils roulants... Cette ligne correspond au titre I de la LPP (liste des produits et prestations).

△ **Autres prestations incluses dans les prestations en frais de soins** : il peut s'agir de prestations à la périphérie des soins de santé (médecine alternative, prévention) ou encore de prestations versées au titre de garanties accessoires autres que « frais de soins » et qui n'auraient pu être distinguées dans les états FR.13.

► **Médecine alternative non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire** : ostéopathie et sevrage tabagique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, psychothérapie et psychanalyse, ergothérapie, acupuncture...

► **Prestations individuelles de prévention**. Actions de prévention non comptabilisées précédemment en soins et biens médicaux.

► **Prestations incapacité de travail – indemnités journalières** : prestations pour garanties accessoires au contrat santé n'ayant pu être distinguées de la garantie principale « frais de soins » dans les états FR.13.

► **Prestations invalidité** : prestations pour garanties accessoires au contrat santé n'ayant pu être distinguées de la garantie principale « frais de soins » dans les états FR.13.

► **Prestations dépendance** : prestations pour garanties accessoires au contrat santé n'ayant pu être distinguées de la garantie principale « frais de soins » dans les états FR.13.

► **Prestations famille** : prestations pour garanties accessoires au contrat santé n'ayant pu être distinguées de la garantie principale « frais de soins » dans les états FR.13 (exemple : prime à la naissance d'un enfant, ou pour mariage).

► **Prestations décès** : prestations pour garanties accessoires au contrat santé n'ayant pu être distinguées de la garantie principale « frais de soins » dans les états FR.13 (exemple : frais funéraires).

► **Aides diverses** : Aides diverses comprises dans la garantie « frais de soins » (exemple : aide ménagère en cas de maladie). Dans ce cas, précisez **en toutes lettre les aides et prestations** dont il s'agit.

Tableau FR.14.03.02 – Prestations versées nettes de recours par type d'incapacité

Il s'agit des **garanties « incapacité de travail – indemnités journalières »** telles que définies dans l'état FR.14.02 : Affaires directes France, dommages corporels individuels (cat. 20) ou collectifs (cat. 21), Autres (dont incap inval), affaires non données en substitution, garanties « incapacité de travail – indemnités journalières » offertes en cas d'arrêt de travail en complément ou non des prestations d'indemnités journalières versées par les régimes de sécurité sociale, mais à l'exclusion des garanties incapacité souscrites dans le cadre de contrats emprunteurs. Ces garanties incapacité peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie.

Merci de décomposer les prestations payées en « incapacité - indemnités journalières » nettes de recours par cause :

- **maladie,**
- **maternité,**
- **accident du travail - maladie professionnelle.**

Tableau FR.14.03.03 – Prestations versées nettes de recours par type d'incapacité

Les prestations pour soins hospitaliers renseignées dans le tableau FR.14.03.01 (« ensemble des hôpitaux », « forfait journalier, ticket modérateur, honoraires.. » et « frais d'hébergement, suppléments chambres particulières, lits accompagnant... ») sont ici décomposées selon qu'elles ont été versées au titre d'un séjour en hôpital public, en hôpital privé ou en Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

La distinction des hôpitaux selon leur statut public ou privé est celle qui est usuellement faite par la Caisse nationale d'assurance maladie. Le secteur public comprend les hôpitaux de statut juridique public et la très grande majorité des établissements de statut juridique privé à but non lucratif. Le secteur privé correspond à tous les établissements à but lucratif et à quelques établissements de statut privé à but non lucratif ayant opté pour le régime conventionnel.

Soins en hôpitaux du secteur public (hors USLD).

Merci de distinguer d'une part les dépenses pour des actes de soins réalisés à l'hôpital public, en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en psychiatrie, et en soins de suite et de réadaptation (**forfaits journaliers, tickets modérateurs, honoraires**) et d'autre part les suppléments visant à améliorer le confort du patient lors du séjour à l'hôpital public (**suppléments chambres particulières, lit accompagnant, téléphone, télévision...**).

Soins en hôpitaux du secteur privé (hors USLD).

Merci de distinguer les **honoraires** des praticiens en cliniques privées, les autres dépenses pour des actes de soins réalisés en clinique privée (**forfait journalier, ticket modérateur...**) et enfin les suppléments visant à améliorer le confort du patient lors du séjour en hôpital privé (**suppléments chambres particulières, lit accompagnant, téléphone, télévision...**).

Soins en Unités de Soins de Longue Durée (publics ou privés).

Merci de distinguer les dépenses en USLD pour des actes ou soins médicaux : (**forfait soins...**) des dépenses en USLD autres que pour des actes ou soins médicaux (**frais d'hébergements, suppléments chambres particulières...**).

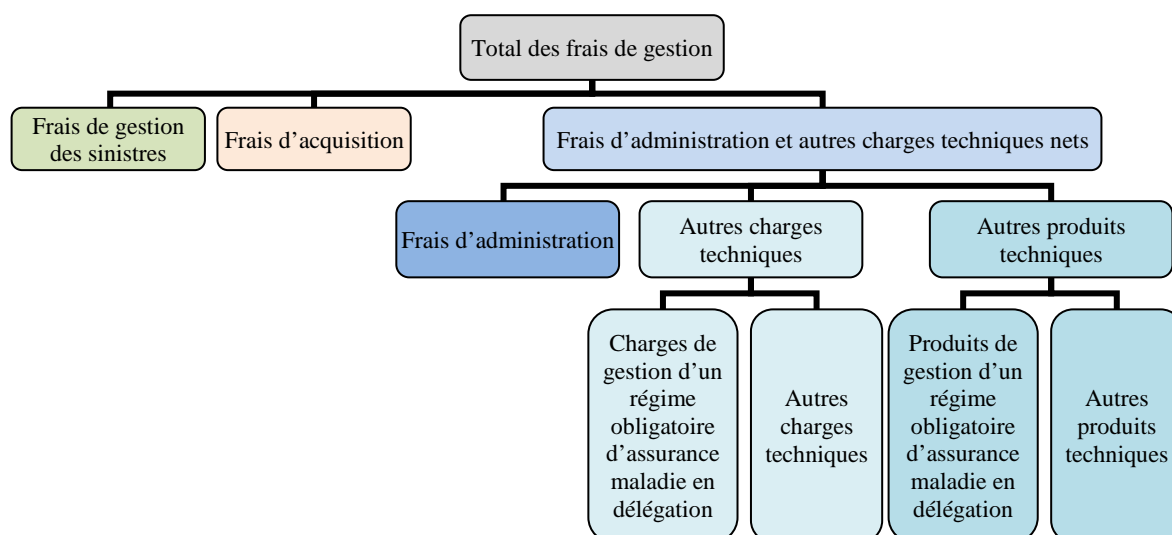
État FR.14.04

Cet état permet de détailler les coûts de gestion en santé, notamment ceux liés à la gestion de dispositifs particuliers (régime obligatoire en délégation, CMU-C et ACS).

► **Attention** : Comme pour les autres états FR.14, les **mutuelles substituant** comptabilisent aussi les effectifs et prestations de leurs mutuelles substituées.

Tableau FR.14.04.01 : frais de gestion des frais de soins

Il s'agit des garanties « frais de soins » telle que renseignée dans les états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03 : Affaires directes France, dommages corporels individuels (cat. 20) ou collectifs (cat. 21), Santé (frais de soins), affaires non données en substitution. Le tableau FR.14.04.01 permet d'en extraire en particulier les charges et produits de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation :



Les « **frais de gestion des sinistres** » sont définis comme dans les états FR.13. Ils correspondent aux comptes 6025 et 6028 du plan comptable des assurances.

Les « **frais d'acquisition** » sont définis comme dans les états FR.13. Ils correspondent aux comptes 6420 du plan comptable des assurances.

Les « **frais d'administration** » sont définis comme dans les états FR.13. Ils correspondent aux comptes 6422 du plan comptable des assurances.

Les « **autres charges techniques** » sont incluses, dans les états FR.13, dans les « autres charges nettes de produits techniques ». Elles correspondent aux comptes 645 du plan comptable des assurances.

Merci de distinguer d'une part les « **charges de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation** », correspond au compte 6450 du plan comptable des mutuelles, et d'autre part les « **autres charges techniques, hors charges de gestion d'un RO d'assurance maladie** ».

Les « **autres produits techniques et production immobilisée** » sont incluses, dans les états FR.13, dans les « autres charges nettes de produits techniques ». Ils

correspondent aux comptes 722 et 742 du plan comptable des assurances et 745 du plan comptable des mutuelles.

Merci de distinguer d'une part les « **produits de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation** », correspond au compte 7450 du plan comptable des mutuelles, et d'autre part les « **autres produits techniques, hors produits de gestion d'un RO d'assurance maladie** ».

Pour les charges et les produits de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation, précisez ceux versés ou reçus au titre des prestations servies et ceux versés ou reçus au titre du recouvrement des cotisations des professions libérales.

Tableau FR.14.04.02 : gestion des régimes obligatoires et complémentaires, traitements des flux

Nombre de personnes couvertes au 31 décembre, nombre de bénéficiaires servis aux moins une fois dans l'année, nombre de lignes d'actes traitées et nombre de décomptes (ou factures) traitées **au titre du régime complémentaire**.

Merci de distinguer les lignes d'actes ou de décomptes selon que les feuilles de soins reçues sont au format électronique (**flux informatique**) ou au format papier (**flux papier**).

Les mêmes informations (nombre de personnes couvertes, de bénéficiaires, de lignes d'actes ou de décomptes) sont également demandés **au titre de la gestion déléguée d'un régime obligatoire d'assurance maladie**.

Pour la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation, précisez le montant des **prestations en nature et en espèces** versées au titre de ce régime.

Tableau FR.14.04.03 : gestion de la CMU-C et de l'ACS

Indiquez les **participations légales reçues et à recevoir** au titre de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). Indiquez également les **prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU-C**.

Indiquez les montants versés au titre de la **taxe sur les contrats santé**, en distinguant la part **versée au Fonds CMU** (6,27 % des cotisations) et la part versée au titre de la **taxe sur les conventions d'assurances** (TCA, 7 % des cotisations). Pour la TCA, ne faire figurer ici que le montant de la taxe correspondant aux garanties « frais de soins ».

Enfin, indiquez le nombre de **bénéficiaires de la CMU-C servis au moins une fois au cours de l'année**, et ayant ainsi donné lieu à une participation légale reçue ou à recevoir de la part du Fonds CMU. Indiquez de même le **nombre de personnes couvertes ayant bénéficié de l'Aide à la Complémentaire Santé** (ACS) au cours de l'année pour le paiement des cotisations et ayant ainsi donné lieu à une participation légale reçue ou à recevoir de la part du Fonds CMU.