Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Décret n° 2015-1121 du 4 septembre 2015 modifiant les états statistiques des entreprises d'assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection sociale complémentaire

NOR : *AFSE1517997D*

Publics concernés : *sociétés d'assurances, mutuelles, institutions de prévoyance.*

Objet : *états statistiques des entreprises d'assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection sociale complémentaire.*

Entrée en vigueur : *les dispositions du décret sont applicables à compter de la remise, au 30 avril 2016, des états statistiques relatifs à l'année 2015.*

Notice : *le décret modifie les états statistiques E1, E2, E3 et E5 afin d'identifier plus précisément les garanties offertes par les organismes d'assurance s'agissant des personnes couvertes et des garanties financières.*

Références : *les dispositions du code des assurances, du code de la mutualité et du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et du ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique,

Vu le code des assurances ;

Vu le code monétaire et financier, notamment son article L. 612-24 ;

Vu le code de la mutualité ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 862-7 ;

Vu l'avis du comité consultatif de la législation et de la réglementation financières en date du 8 juillet 2015 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la mutualité en date du 23 juin 2015,

Décrète :

Art. 1er. – Les annexes aux articles D. 344-5 du code des assurances, D. 114-11 du code de la mutualité et D. 931-37 du code de la sécurité sociale sont remplacées par les annexes au présent décret.

Art. 2. – Les dispositions du présent décret sont applicables à compter de la remise, au 30 avril 2016, des états statistiques relatifs à l'exercice 2015.

Art. 3. – La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 4 septembre 2015.

MANUEL VALLS

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales,
de la santé
et des droits des femmes,
MARISOL TOURAINE

Le ministre de l'économie,
de l'industrie et du numérique,
EMMANUEL MACRON

ANNEXES

À L'ARTICLE D. 344-5 DU CODE DES ASSURANCES, À L'ARTICLE D. 114-11 DU CODE DE LA MUTUALITÉ ET À L'ARTICLE D. 931-37 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Eléments statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire

Etat E 1 : personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 1 « personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties » :

– les entreprises d'assurance pratiquant des opérations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 310-1 du code des assurances et celles pratiquant des opérations relevant de la branche 16 a définie à l'article R. 321-1 du code des assurances ;

– les mutuelles et unions ;

– les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance.

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

	Ensemble des garanties relatives à la couverture de risques sociaux	Affaires directes en France						
		Individuelles (1)			Collectives (1)			
		nombre de personnes assurées (2)	nombre de personnes couvertes (2)	nombre de bénéficiaires servis au moins une fois au cours de l'année	nombre d'organismes souscripteurs	nombre de personnes assurées (2)	nombre de personnes couvertes (2)	nombre de bénéficiaires servis au moins une fois au cours de l'année
00	***Champ couvert - en pourcentage des primes nettes émises totales (3)***							
	Frais de soins (4)							
01	Garanties "frais de soins"							
01-1	*- dont garanties frais de soins des contrats responsables*							
	Autres dommages corporels - hors contrats emprunteurs (5) (6)							
02	Garanties incapacité de travail - indemnités journalières							
03	Garanties invalidité (7)							
03-1	*- avec versement d'une rente d'invalidité*							
03-2	*- avec versement d'un capital pour invalidité*							
04	Garanties dépendance à titre principal							
04-1	*- dont garanties annuelles*							
04-2	*- dont garanties annuelles avec maintien de couverture (8)*							
04-3	*- dont garanties viagères*							
05	Garanties dépendance à titre accessoire ou complémentaire rattachées à une autre garantie (autre garantie de dommages corporels ou de vie) (9)							
05-1	*- dont garanties annuelles*							
05-2	*- dont garanties annuelles avec maintien de couverture (8)*							
05-3	*- dont garanties viagères*							
06	Autres garanties de dommages corporels - hors contrats emprunteurs (6) (10)							
06-1	*- préciser dans ce cas le type de garanties*	nom des garanties en toutes lettres						
	Décès toutes causes - hors contrats emprunteurs (6) (ou invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie PTIA (11))							
07	Garanties temporaires décès - invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)							
07-1	*- avec versement d'un capital (12)*							
07-2	*- avec versement d'une rente d'invalidité*							
07-3	*- avec versement d'une rente de conjoint survivant*							
07-4	*- avec versement d'une rente d'éducation ou d'orphelin*							
08	Garanties décès vie entière - invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)							
08-1	*- avec versement d'un capital (12)*							
08-2	*- avec versement d'une rente d'invalidité*							
08-3	*- avec versement d'une rente de conjoint survivant*							
08-4	*- avec versement d'une rente d'éducation ou d'orphelin*							
09	Autres garanties décès (hors contrats emprunteurs (6))							
09-1	*- préciser dans ce cas le type de garanties*	nom des garanties en toutes lettres						
	Retraite supplémentaire (13)							
10	PERP							
11	Contrats destinés aux fonctionnaires et élus locaux (PREFON, COREM, CRH, FONPEL, CAREL)							
12	Retraite mutualiste du combattant (RMC)							
13	Contrats Madelin et exploitants agricoles							
14	Art. 39 du CGI (hors contrats IFC et préretraite)							
15	Art. 82 du CGI							
16	Art. 83 du CGI et PERE							
17	Autres contrats de retraite supplémentaire (14)							
	Indemnités et primes de fin de carrière, préretraite							
18	Contrats indemnités de fin de carrière (IFC)							
19	Contrats préretraite							
	Perte d'emploi - hors contrats emprunteurs (6)							
20	Garanties perte d'emploi des Contrats TNS Madelin							
21	Autres garanties perte d'emploi (hors contrats emprunteurs)							
21-1	*- préciser dans ce cas le type de garanties*	nom des garanties en toutes lettres						
	Famille (15)							
22	Garanties famille							
	Totaux avec double compte (16)							
23	Total des garanties et contrats							
	Totaux sans double compte (16)							
24	Total des garanties et contrats							

(1) Garanties individuelles et garanties collectives au sens des catégories et sous catégories comptables de l'état C1. Pour les mutuelles y compris celles des mutuelles substituées.

(2) Personnes assurées :

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, les 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 les assurés visés dans l'article L112-4 du code des assurances et en collectif les adhérents visés dans l'article L141-1 du code des assurances.

Personnes couvertes : personnes assurées et leurs ayants droit.

(3) Importance des opérations prises en compte dans ce tableau en pourcentage des primes nettes totales (ligne 23 état E2). Ne concerne que les organismes pour lesquels les données par type de garanties ne sont pas centralisées et ne sont que partiellement disponibles (remontées des données non exhaustives des courtiers d'assurance). Pour les autres organismes les taux doivent être en théorie égaux à 100%.

(4) Ensemble des garanties "frais de soins" prises en compte dans les catégories 201, 211 et 213 de l'état C4 défini en annexe à l'article A344-10 du code des assurances et en annexe à l'article A931-11-17 du code de la Sécurité sociale, et sous les codifications 201, 203, 211 et 213 de l'état C4 défini en annexe à l'article A114-5 du code de la mutualité. Ces garanties peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie. **Si les garanties "frais de soins" des états C4 et E4 incluent des garanties accessoires en autres dommages corporels (incapacité-invalidité ou encore dépendance) les retirer de la ligne.**

(5) Ensemble des garanties "autres dommages corporels - hors contrats emprunteurs" prises en compte dans les catégories 202, 212 et 214 de l'état C4 défini en annexe à l'article A344-10 du code des assurances, en annexe à l'article A931-11-17 du code de la Sécurité sociale, et en annexe à l'article A114-5 du code de la mutualité. Ces garanties peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie. **Si les garanties "frais de soins" des états C4 et E4 incluent des garanties accessoires en autres dommages corporels (incapacité-invalidité ou encore dépendance) les ajouter dans lignes correspondant à la garantie visée.**

(6) Les contrats emprunteurs (garanties au titre de l'invalidité-incapacité ; garanties au titre du décès ; garanties au titre de la perte d'emploi) sont exclus du décompte.

(7) Cf. article L341-4 du code de la sécurité sociale.

(8) Maintien de couverture sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux pour les anciens salariés, cf. article 5 loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

(9) Hors contrats d'épargne qui prévoient une option dépendance en cas de sortie sous forme de rente, mais dont l'option n'est pas souscrite.

(10) Garanties des catégories comptables 20/21 non comptabilisées dans les autres rubriques de façon à couvrir l'intégralité des garanties enregistrées dans les catégories comptables 20/21 - hors contrats emprunteurs. Comprend le décès accidentel. **Préciser dans la ligne 06-1 le nom des garanties visées.**

(11) cf. Article L341-4 du code de la sécurité sociale 3ème alinéa : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

(12) Sont inclus dans cette ligne les garanties "obsèques".

(13) Nombres de bénéficiaires pour la retraite supplémentaire : bénéficiaires de prestations en rentes viagères et en rentes versées en une seule fois (VFU), de sorties en capital et de rachats.

(14) Dont REPMA, ancien PER "Balladur", et autres régimes de retraite supplémentaire ne pouvant pas être comptabilisés comme Articles 39, 82 ou 83.

(15) Garanties de la catégorie comptable 12. Ne concerne que les mutuelles.

(16) Le total AVEC double compte correspond au nombre de garanties proposées tandis que le total SANS double compte correspond au nombre de contrats ou personnes couvertes. Ainsi, une personne cotisant pour deux types de garanties (par exemple pour "frais de soins" et pour "invalidité-incapacité" sera comptée deux fois avec double compte, alors qu'elle ne sera comptée qu'une seule fois sans double compte).

Etat E 2 : primes et prestations par type de garanties

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 2 « primes et charges de prestations par type de garanties » :

– les entreprises d'assurance pratiquant des opérations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 310-1 du code des assurances et celles pratiquant des opérations relevant de la branche 16 a définie à l'article R. 321-1 du code des assurances ;

– les mutuelles et leurs unions ;

– les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance.

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

TABLEAU A : risques sociaux

	Ensemble des garanties relatives à la couverture de risques sociaux (1)	Affaires directes en France									
		Individuelles (2)					Collectives (2)				
		Catégorie comptable de l'état C4	Primes nettes émises non données en substitution	Primes nettes émises données en substitution (5)	Prestations payées (4) non données en substitution	Prestations payées (4) données en substitution (5)	Catégorie comptable de l'état C4	Primes nettes émises non données en substitution	Primes nettes émises données en substitution (5)	Prestations payées (4) non données en substitution	Prestations payées (4) données en substitution (5)
	Frais de soins										
01	Garanties frais de soins										
01-1	*- dont garanties frais de soins des contrats responsables*										
	Autres dommages corporels - hors contrats emprunteurs										
02	Garanties incapacité de travail - indemnités journalières										
03	Garanties invalidité										
03-1	*- avec versement d'une rente d'invalidité*										
03-2	*- avec versement d'un capital pour invalidité*										
04	Garanties dépendance à titre principal										
04-1	*- dont garanties annuelles*										
04-2	*- dont garanties annuelles avec maintien de couverture*										
04-3	*- dont garanties viagères*										
05	Garanties dépendance à titre accessoire ou complémentaire rattachées à une autre garantie (autre garantie de dommages corporels ou de vie)										
05-1	*- dont garanties annuelles*										
05-2	*- dont garanties annuelles avec maintien de couverture*										
05-3	*- dont garanties viagères*										
06	Autres garanties de dommages corporels - hors contrats emprunteurs										
06-1	*- préciser dans ce cas le type de garanties*	nom des garanties en toutes lettres									
	Décès toutes causes hors contrats emprunteurs (ou invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie - PTIA)										
07	Garanties temporaires décès - invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)										
07-1	*- avec versement d'un capital*										
07-2	*- avec versement d'une rente d'invalidité*										
07-3	*- avec versement d'une rente de conjoint survivant*										
07-4	*- avec versement d'une rente d'éducation ou d'orphelin*										
08	Garanties décès vie entière - invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)										
08-1	*- avec versement d'un capital*										
08-2	*- avec versement d'une rente d'invalidité*										
08-3	*- avec versement d'une rente de conjoint survivant*										
08-4	*- avec versement d'une rente d'éducation ou d'orphelin*										
09	Autres garanties décès - hors contrats emprunteurs										
09-1	*- préciser dans ce cas le type de garanties*	nom des garanties en toutes lettres									
	Retraite supplémentaire										
10	PERP										
11	Contrats destinés aux fonctionnaires et élus locaux (PREFON, COREM, CRH, FONPEL, CAREL)										
12	Retraite mutualiste du combattant (RMC)										
13	Contrats Madelin et exploitants agricoles										
14	Art. 39 du CGI (hors contrats IFC et préretraite)										
15	Art. 82 du CGI										
16	Art. 83 du CGI et PERE										
17	Autres contrats de retraite supplémentaire										
	Indemnités et primes de fin de carrière, préretraite										
18	Contrats indemnités de fin de carrière (IFC)										
19	Contrats préretraite										
	Perte d'emploi - hors contrats emprunteurs										
20	Garanties perte d'emploi des Contrats TNS Madelin										
21	Autres garanties perte d'emploi - hors contrats emprunteurs										
21-1	*- préciser dans ce cas le type de garanties*	nom des garanties en toutes lettres									
	Famille										
22	Garanties famille										
	Total										
23	Total des garanties et contrats										

(1) Pour la définition des lignes voir l'état E1. Garanties individuelles et garanties collectives au sens des catégories et sous catégories comptables de l'état C1.
(2) Garanties individuelles et garanties collectives au sens des catégories et sous catégories comptables de l'état C1. Pour les mutuelles y compris celles des mutuelles substituées.
(3) Primes émises : ligne L5 des C1 vie et non-vie.
(4) Prestations payées :
en vie, sinistres et capitaux payés + versements périodiques de rentes payés + rachats payés (lignes L10+L11+L12 du C1 vie)
en non-vie, sinistres payés + versements périodiques de rentes payés - recours encaissés (lignes L10+L11-L12 du C1 non-vie).
(5) Les colonnes données en substitution ne concernent que les mutuelles. Pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance ne renseigner que les colonnes non données en substitution.

TABLEAU B : contrats emprunteurs

	Ensemble des garanties relatives aux contrats emprunteurs (1)	Affaires directes en France			
		Individuelles (2)		Collectives	
		Catégorie comptable	Primes nettes	Catégorie comptable	Primes nettes
	Contrats emprunteurs				
31	garanties invalidité				
32	garanties décès				
33	garanties perte d'emploi				

(1) ne concerne que les organismes proposant des contrats emprunteurs.
(2) y compris délégation d'assurance.

Etat E 3 : frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice

Les entreprises d'assurance, mutuelles et unions, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance proposant des contrats individuels ou collectifs de dommages corporels (y compris garanties accessoires ou complémentaires aux contrats individuels d'assurance en cas de vie ou de décès) établissent un état E 3 « frais de soins et indemnités payés au cours de l'exercice ».

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Tableau A : Données techniques relatives aux garanties "frais de soins" issues des systèmes de gestion
Données qui doivent être cohérentes avec les lignes 10-12 de l'état E4

	Prestations "frais de soins" payées nettes de recours **Données techniques issues des systèmes de gestion** (en milliers d'euros)	Opérations directes en France Individuelles	Collectives	Total
01	**Champ couvert - en pourcentage des prestations payées nettes de recours (1)**			
02	**Ensemble des Hôpitaux (Secteur Public et Secteur Privé)**			
02-1	*- forfait journalier, ticket modérateur, honoraires en cliniques privées…*			
02-2	*- frais d'hébergement en soins de longue durée, suppléments chambres particulières, lits accompagnant…*			
03	**Soins ambulatoires (L03-1 + L03-2 + L03-3 + L03-4 + L03-5 + L03-6)**			
03-1	médecins et sages-femmes exerçant en cabinet libéral (honoraires, frais de déplacements)			
03-2	auxiliaires en cabinets libéraux (honoraires, frais de déplacements) (2)			
03-3	dentistes en cabinets libéraux			
	- honoraires (consultations, soins dentaires, traitements d'orthodontie effectués par des dentistes)			
	- prothèses dentaires			
03-4	centres de santé (dispensaires…)			
03-5	laboratoires d'analyse médicale			
03-6	établissements thermaux			
	- forfait de surveillance médicale, pratiques médicales et complémentaires, forfait thermal, complément tarifaire			
	- frais de transport, frais d'hébergement			
04	**Transports des malades (ambulances, taxis, véhicules sanitaires légers…)**			
05	**TOTAL PRESTATIONS DE SOINS (L02 + L03 + L04)**			
06	**Optique**			
06-1	dépenses d'optique prises en charge par l'assurance maladie obligatoire			
06-2	dépenses d'optique non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire			
07	**Biens médicaux (hors optique) pris en charge par l'assurance maladie obligatoire**			
07-1	Médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire			
07-2	Autres biens médicaux (hors optique) pris en charge par l'assurance maladie obligatoire			
07-2a	*- prothèses (sauf dentaires), orthèses, véhicules pour handicapé physique*			
07-2b	*- petits matériels et pansements*			
08	**Biens médicaux (hors optique) non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire**			
08-1	Pharmacie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire			
	- médicaments			
	- autres produits pharmaceutiques (patchs tabagiques…)			
08-2	Autres biens médicaux (hors optique) pris en charge par l'assurance maladie obligatoire			
08-2a	*- prothèses (sauf dentaires), orthèses, véhicules pour handicapé physique*			
08-2b	*- petits matériels et pansements*			
08	**TOTAL BIENS MEDICAUX (L06 + L07 + L08)**			
09	**TOTAL DES PRESTATIONS PAYEES en SOINS et BIENS MEDICAUX (L05 + L08)**			
10	**Autres prestations incluses dans les prestations frais de soins (3)**			
10-1	médecine alternative non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (acupuncture, ostéopathie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ergothérapie …)			
10-2	prestations individuelles de prévention (actions de prévention non comptabilisées en soins et biens médicaux)			
10-3	prestations incapacité de travail - indemnités journalières (garantie accessoire d'une garantie frais de soins)			
10-4	prestations invalidité (garantie accessoire d'une garantie frais de soins)			
10-5	prestations dépendance (garantie accessoire d'une garantie frais de soins)			
10-6	prestations famille (garantie accessoire d'une garantie frais de soins, par exemple prestations naissance)			
10-7	prestations décès (garantie accessoire d'une garantie frais de soins, par exemple frais funéraires)			
10-8	aides diverses (garde d'enfants et aide ménagère en cas de maladie, suivi personnalisé de prévention non comptabilisé en soins et biens médicaux..)			
	- préciser dans ce cas le type de garanties	nom des garanties en toutes lettres		
11	**TOTAL DES PRESTATIONS PAYEES en frais de soins NETTES DE RECOURS (L09 + L10)**			

(1) Importance des opérations prises en compte dans ce tableau en pourcentage des sinistres payés nets de recours (lignes 10-12 de l'état E4). **Ne concerne que les organismes pour lesquels les données par type de prestations ne sont pas centralisées et ne sont que partiellement disponibles (remontées des données non exhaustives des courtiers d'assurance)**. Pour les autres organismes les taux doivent être en théorie égaux à 100%.

(2) Actes d'auxiliaires médicaux y compris frais de déplacement. Les honoraires d'orthoptistes et orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sont comptabilisés ici.

(3) Prestations incluses dans les "frais de soins" non comptabilisées dans les rubriques précédentes. Il s'agit, en particulier, des garanties incapacité-invalidité et dépendance dès lors que ces garanties n'ont pas été distinguées des garanties "frais de soins" dans les états C4 et E4.

Tableau B : Données techniques relatives aux garanties "incapacité de travail" issues des systèmes de gestion
Données qui doivent être cohérentes avec la ligne 02 de l'état E2 (1)

	Prestations payées nettes de recours du risque incapacité de travail (indemnités journalières) **Données techniques issues des systèmes de gestion** (en milliers d'euros)	Opérations directes en France Individuelles	Collectives	Total
21	Indemnités journalières maladie			
22	Indemnités journalières maternité			
23	Indemnités journalières accidents du travail - maladie professionnelle			
24	**TOTAL des Indemnités journalières PAYEES nettes de recours (L21 + L22 + L23)**			

(1) Pour les organismes ne distinguant pas la garantie "incapacité" de sa garantie "frais de soins" dans l'état comptable E4 reporter ici les montants figurant en 10-3 du tableau A

Tableau C : Prestations hospitalières, détail du tableau A
Données qui doivent être cohérentes avec la ligne 02 du tableau A

	Prestations "frais de soins" payées nettes de recours **Données techniques issues des systèmes de gestion** (en milliers d'euros)	Opérations directes en France Individuelles	Collectives	Total
31	Soins en hôpitaux du secteur public, hors USLD			
31-1	*- forfait journalier, ticket modérateur…*			
31-2	*- suppléments chambres particulières, lits accompagnant…*			
32	Soins en hôpitaux du secteur privé, hors USLD			
32-1	*- honoraires en cliniques privées*			
32-2	*- forfait journalier, ticket modérateur…*			
32-3	*- suppléments chambres particulières, lits accompagnant…*			
33	Soins en USLD			
33-1	*- forfait soins…*			
33-2	*- frais d'hébergement, suppléments chambres particulières…*			

Etat E 4 : résultat technique en frais de soins

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 4 « résultat technique en frais de soins » :

– les entreprises d'assurance pratiquant des opérations proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 211 et 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 344-10 du code des assurances ;
– les mutuelles et unions proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 203, 211, 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 114-5 du code de la mutualité ;
– les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 211 et 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 931-11-17.

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

Cet état comporte les colonnes suivantes :

– frais de soins : contrats individuels non donnés en substitution (catégorie 201 de l'état C 4 défini à l'article A. 344-10 du code des assurances ; catégories 2011 et 2031 de l'état C 4 défini à l'article A. 114-5 du code de la mutualité ; catégorie 201 de l'état C 4 défini à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale) ;
– frais de soins : contrats individuels donnés en substitution (catégories 2012 et 2032 de l'état C 4 défini à l'article A. 114-5 du code de la mutualité) ;
– frais de soins : contrats collectifs non donnés en substitution (catégories 211 et 213 de l'état C 4 défini à l'article A. 344-10 du code des assurances, catégories 2111 et 2131 de l'état C 4 défini à l'article A. 114-5 ; catégories 211 et 213 de l'état C 4 défini à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale) ;
– frais de soins : contrats collectifs donnés en substitution (catégories 2112 et 2132 de l'état C 4 défini à l'article A. 114-5).

Les lignes de cet état correspondent strictement à celles de l'état C 1 « dommages corporels » telles que définies à l'article A. 344-10 du code des assurances, à l'article A. 114-5 du code de la mutualité et à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Etat E 5 : compléments frais de gestion des garanties « frais de soins », gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé

Les entreprises d'assurance, mutuelles et unions, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties frais de soins dans des contrats individuels ou collectifs (y compris garanties accessoires ou complémentaires aux contrats individuels d'assurance en cas de vie ou de décès) établissent un état E 5 « Compléments frais de gestion des garanties "frais de soins", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé ».

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Tableau A : frais de gestion des garanties "frais de soins"

		Opérations directes en France		
		Individuelles	Collectives	Total
	Frais de gestion - montants en milliers d'euros			
01	frais de gestion des sinistres (1)			
02	frais d'acquisition (2)			
03	frais d'administration (3)			
04	autres charges techniques (3)			
04-1	*- charges de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation*			
	a) au titre des prestations servies			
	b) au titre du recouvrement des cotisations des professions libérales			
04-2	*- autres charges techniques, hors charges de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation*			
05	autres produits techniques et production immobilisée (3)			
05-1	*- produits de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation*			
	a) au titre des prestations servies			
	b) au titre du recouvrement des cotisations des professions libérales			
05-2	*- autres produits techniques, hors produits de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation*			
06	total des frais de gestion (L01+L02+L03+L04-L05)			
	Prestations servies au titre d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation - en milliers d'euros			
07	prestations en nature (biens et soins médicaux...)			
08	prestations en espèces (indemnités journalières...)			
	Nombre de bénéficiaires et nombre d'actes pour le régime complémentaire - en unité			
09	nombre de personnes couvertes au 31 décembre (4)			
10	nombre de bénéficiaires de prestations en nature servis au moins une fois dans l'année (4)			
11	nombre de lignes d'actes traitées au cours de l'année pour les prestations en nature			
	- flux informatique			
	- flux papier			
12	nombre de décomptes ou factures traités au cours de l'année pour les prestations en nature			
	- flux informatique			
	- flux papier			
	Nombre de bénéficiaires et nombre d'actes pour le régime obligatoire d'assurance maladie en délégation - en unité			
13	nombre de personnes couvertes au 31 décembre			
14	nombre de bénéficiaires de prestations en nature servis au moins une fois dans l'année			
15	nombre de nombre de lignes d'actes traitées au cours de l'année pour les prestations en nature			
	- flux informatique			
	- flux papier			
16	nombre de décomptes ou factures traités au cours de l'année pour les prestations en nature			
	- flux informatique			
	- flux papier			

(1) frais de gestion des sinistres ligne 13 de l'état E4.
(2) frais d'acquisition ligne 40 de l'état E4.
(3) poste compris dans la ligne L41 de l'état E4 intitulée "frais d'administration et autres charges techniques nets".
(4) nombre de personnes couvertes au 31 décembre et nombre de bénéficiaires de prestations en nature servis au moins une fois dans l'année ligne 01 de l'état E1.

Tableau B : CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance

		Numéro du poste du Plan comptable (1)	montants en milliers d'euros et effectifs en unité
	CMU et ACS - montants en milliers d'euros		
21	Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU		
22	Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS		
23	Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU		
24	Taxe versée au Fonds CMU		
	CMU et ACS - nombre de bénéficiaires en unité		
25	CMU - nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année		
26	ACS - nombre d'assurés bénéficiaires au cours de l'année		
	Taxe sur les conventions d'assurance des contrats "santé" - montants en milliers d'euros		
27	Montant de la taxe correspondant aux contrats santé		

(1) Numéro du poste du plan comptable dans lequel l'opération est enregistrée (postes de classe 4, 6 ou 7 selon le cas)