Accord collectif
relatif à la mise en place
du régime
frais de santé dénommé
EEP Santé

Table des matières

Préambule 4

Titre I Objet et champ d'application 5

Article 1- Objet 5

Article 2 – Champs d'application professionnel et territorial 5

2.1 Champ d'application professionnel 5

2.2 Champ d'application territorial 7

Titre II Couverture du socle obligatoire 8

Article 3 – Périmètre des bénéficiaires 8

3.1 Caractère collectif 8

3.2 Caractère obligatoire 8

3.3 Extension facultative de la couverture du socle obligatoire aux ayants-droit du salarié 10

Article 4 – Prestations obligatoires minimales 10

Titre III Couvertures Optionnelles 11

Article 5 – Prestations optionnelles 11

Article 6 – Changement d'option 11

Titre IV Dispositions communes à la couverture du socle obligatoire et aux couvertures optionnelles 12

Article 7 – Adhésion à un organisme assureur 12

Article 8 – Contrat responsable 12

Article 9 – Cotisations et répartition 12

9.1 Cotisations 12

9.2 Répartition employeur/salarié 15

Article 10 – Maintien de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles en cas de suspension du contrat de travail 16

Article 11 – Rupture du contrat de travail 16

11.1 Maintien temporaire de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : article L.911-8 du code de la sécurité sociale 16

11.2 Maintien à l'identique de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin » élargi au bénéfice des ayants-droit 17

Titre V Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité 19

Article 12 – Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité 19

12.1 Montant des cotisations affecté au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité 19

12.2 Actions prioritaires de branche 19

12.3 Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution 20

Titre VI Commission Paritaire Nationale EEP Santé 21
Article 13 – Missions et rôle de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé 21
Article 14 – Composition de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé 22
Article 15 – Financement de l'autonomie de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé . 22
Titre VII Date d'effet, durée, révision, dénonciation, dépôt du présent accord 23
Article 16 – Date d'effet et durée de l'accord 23
Article 17 – Révision 23
Article 18 – Dénonciation 23
Article 19 - Dépôt 23
Annexe 1 : Tableau de garanties 25

Préambule

La loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a prévu la généralisation pour tous les salariés d'une couverture santé cofinancée par leur employeur à compter du 1er janvier 2016.
Les partenaires sociaux de l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat (EEP) se sont réunis en vue de mettre en place, par accord collectif, un régime frais de santé au niveau national à compter du 1er janvier 2016.

Au long de leur travaux, ils se sont accordés pour mettre en place :

- un régime frais de santé collectif et obligatoire puisqu'issu d'un accord collectif ;
- un régime solidaire sans considération notamment de l'âge et de l'état de santé des bénéficiaires;
- un régime mutualisé afin de rechercher le meilleur rapport garanties/coût possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime, et ce dans l'intérêt notamment des établissements de petite taille ;
- un régime instituant des garanties plus avantageuses que celles prévues par décret n°201-1025 du 8 septembre 2014, tout en respectant les conditions d'un contrat responsable ;
- un régime instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif ;
- un régime répondant aux dispositions du décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale et du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
- un régime piloté paritairement afin d'en assurer la pérennité et la gestion au plus près des intérêts des salariés et des établissements.
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

En outre, les partenaires sociaux ont été particulièrement attentifs à la qualité et à la simplicité de la gestion administrative du régime qui permet de pallier les difficultés rencontrées par certains établissements notamment de petite taille, lors de la mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire.

Il s'en est suivi la signature de l'accord cadre du 20 novembre 2014, auquel la FFNEAP et l'UNEAP ont adhéré le 13 mars 2015, puis celle du présent accord.

Titre I Objet et champ d'application

Article 1- Objet

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime collectif de frais de santé dénommé EEP Santé.

Ce régime de frais de santé comporte les éléments suivants :

- une couverture frais de santé à adhésion obligatoire destinée à compléter en tout ou partie les prestations de la Sécurité Sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dénommée couverture du socle obligatoire ;
- des couvertures frais de santé à adhésion facultative destinées à améliorer la couverture du socle obligatoire dénommées couvertures optionnelles ;
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale ;
- des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

En application du principe de faveur, chaque établissement reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent accord selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale, tout en privilégiant la voie de l'accord d'entreprise lorsque cela est possible.
Par ailleurs, lorsqu'un régime de frais de santé est déjà mis en place dans l'établissement par accord collectif, les stipulations de ce dernier devront être adaptées en conséquence conformément aux dispositions de l'article L.2253-2 du code du travail et dans le respect des dispositions de l'alinéa 1er de l'article L.2253-3 du code du travail

Article 2 – Champs d'application professionnel et territorial

Conformément aux dispositions de l'article L. 2252-1 du code du travail, il est stipulé expressément que les accords et conventions entrant dans le champ d'application du présent accord ne pourront pas y déroger en tout ou partie.

2.1 Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique aux établissements d'enseignement privés, ayant ou non conclu un contrat avec l'Etat pour une ou plusieurs classes dans le cadre des articles L. 441-1, L. 441-5 ou L. 441-10 du Code de l'éducation et L. 813-8 du Code rural adhérant aux organisations patronales signataires et relevant ainsi du champ d'application professionnel des conventions collectives suivantes :

Numéro IDCC	Intitulé de la convention collective
0390	Convention collective de travail des professeurs de l'enseignement secondaire libre enseignant dans les établissements hors contrat et dans les établissements sous contrat mais sans être contractuels
1326	Convention collective nationale des maîtres de l'enseignement primaire privé dans les classes hors contrat et sous contrat simple et ne relevant pas de la convention collective de travail de l'enseignement primaire catholique
1334	Convention collective des psychologues de l'enseignement privé
1446	Convention collective nationale du travail des personnels enseignant hors contrat et des chefs de travaux exerçant des responsabilités hors contrat dans les établissements d'enseignement techniques privés
1545	Convention collective de travail de l'enseignement primaire catholique
2152	Convention collective nationale de travail du personnel enseignant et formateur des centres de formation continue et des centres de formation d'apprentis, des sections d'apprentissage et des unités de formation par apprentissage intégrés à un établissement technique privé
2364	Convention collective de l'Enseignement technique sous contrat simple
2408	Convention collective du 14 juin 2004
7505	Convention collective des personnels de formation des établissements d'enseignement et centres de formation agricoles prives relevant du CNEAP
7506	Convention collective des personnels de vie scolaire des établissements d'enseignement et centres de formation agricoles prives relevant du CNEAP
7507	Convention collective des personnels administratifs et techniques des établissements d'enseignement et centres de formation agricoles prives relevant du CNEAP
9999	Chefs d'établissements du premier et second degré relevant des statuts du chef d'établissement de l'Enseignement catholique

Les maîtres rémunérés par l'Etat (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire) exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico sociaux visés au premier alinéa acquitteront leur contribution auprès de l'établissement ou éventuellement auprès de l'assureur. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

Sous réserve d'une autorisation expresse de la Commission paritaire nationale instituée par le titre VI, pourront souscrire un contrat d'assurance auprès d'un assureur recommandé par l'accord distinct du 3 juin 2015 :

- les organismes contribuant au fonctionnement des établissements désignés ci-dessus. Sont notamment concernés les organismes nationaux, régionaux ou départementaux ou diocésains (organisations constituant le Collège employeur, CNEAP, UDOGEC, UROGEC, CNEAP–Région, DDEC et leurs structures satellites) ;
- ainsi que d'autres structures la sollicitant comme certaines structures de l'Eglise en France.

AF DL

2.2 Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique, en France métropolitaine et dans les départements et collectivités d'outre-mer, aux établissements d'enseignement privés visés à l'article 2.1 et à leurs salariés.

Titre II Couverture du socle obligatoire

Les établissements doivent couvrir, a minima, selon les modalités fixées par l'article 7, tous les bénéficiaires visés à l'article 3 au titre de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, définie à l'article 4.
Les établissements visés à l'article 2 doivent en outre satisfaire à la répartition du financement Employeur/Salarié mentionnée à l'article 9.

Article 3 – Périmètre des bénéficiaires

3.1 Caractère collectif
La couverture du socle obligatoire bénéficie à l'ensemble des salariés des établissements visés à l'article 2, sans sélection médicale.

3.2 Caractère obligatoire
Tous les salariés concernés ayant une ancienneté de 4 mois continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements visés à l'article 2 bénéficient obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter du 1er jour du mois au cours duquel ils ont acquis cette ancienneté.
En cas de modification légale, réglementaire ou précision jurisprudentielle, cette condition d'ancienneté sera modifiée en conséquence

Le caractère obligatoire résulte de la signature du présent accord. Il s'impose donc dans les relations individuelles de travail, et les salariés concernés ne pourront pas s'opposer, le cas échéant, au précompte de leur quote-part de cotisations.

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés, toutes les dispenses d'adhésion prévues à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale sont retenues à l'exception de celle prévue pour les salariés qui bénéficient, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (cf. arrêté ministériel du 26 mars 2012).

Peuvent donc se dispenser d'adhésion, en fournissant les justificatifs correspondants :

1. les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée déterminée au moins égale à 12 mois, sous réserve qu'ils produisent un document attestant qu'ils bénéficient d'une couverture individuelle frais de santé ;
2. les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée déterminée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle frais de santé souscrite par ailleurs ;
3. les salariés bénéficiaires à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées notamment la prévoyance) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
4. les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité

sociale au moment de la mise en place du régime institué par le présent accord ou de leur embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. La demande de dispense doit être accompagnée d'un justificatif ;

5. les salariés bénéficiaires couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime institué par le présent accord ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat comporte une clause à renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite ;
6. les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants-droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs suivants :
    a. dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (régime collectif et obligatoire) ;
    b. dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
    c. dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
    d. dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
    e. dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

    Il appartiendra au salariés de justifier annuellement de cette dispense.

En aucun cas, une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

Les salariés concernés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au présent régime et produire tout justificatif requis, après information, par l'employeur, des conséquences de ce choix.

Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par le présent accord ou suivant le terme de la période de 4 mois fixée à l'alinéa 1er du présent article. A défaut, ils seront affiliés d'office au régime.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime institué par le présent accord dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1er et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1er janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

AF

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion à la couverture du socle obligatoire. Cette adhésion prendra alors effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

3.3 Extension facultative de la couverture du socle obligatoire aux ayants-droit du salarié

Les ayants-droit du salarié peuvent adhérer à la couverture du socle obligatoire par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Par ayants-droit du salarié, il convient d'entendre :

1. **le conjoint** non divorcé ni séparé du salarié.

Est assimilé au conjoint :

- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- le concubin à charge au sens de la Sécurité Sociale ;
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non-salariés, ...) et sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun.

2. les **enfants** du salarié, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :

- à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 21 ans (cf. article L.313-3 2° du Code de la Sécurité sociale) ;
- âgés de moins de 26 ans et affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ;
- âgés de moins de 26 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;
- âgés de moins de 26 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21ème anniversaire.

Article 4 – Prestations obligatoires minimales

Les prestations de la couverture du socle obligatoire devant bénéficier a minima, acte par acte, à chaque salarié répondant à la condition d'ancienneté fixée à l'article 3.2 sont mentionnées dans l'annexe jointe au présent accord.

AF DL MS

Titre III Couvertures Optionnelles

Les établissements doivent proposer, a minima, selon les modalités fixées par l'article 7, à tous les bénéficiaires visés à l'article 3, des couvertures optionnelles définies à l'article 5 avec des tarifs au maximum égaux à ceux mentionnés à l'article 9.

Article 5 – Prestations optionnelles

Les couvertures optionnelles se déclinent en deux options dénommées « *Option 1* » et « *Option 2* » qui interviennent sous déduction des remboursements opérés par le régime d'assurance maladie obligatoire et des remboursements opérés au titre de la couverture du socle obligatoire, dans la limite des frais réels.
Les prestations des *Options 1 et 2* sont mentionnées dans l'annexe jointe au présent accord.

Chaque établissement reste libre, notamment en raison d'un régime préexistant, de rendre obligatoire l'adhésion à une des options dans le respect des dispositions du Code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1, L. 911-1 et suivants.

Les ayants-droit du salarié définis à l'article 3.3 peuvent adhérer à ces options par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique.
Les ayants-droit souhaitant bénéficier de ces couvertures optionnelles devront respecter les principes de symétrie et d'automaticité :

- le salarié affilié à *l'option 1*, les ayants droit sont affiliés à *l'option 1 ;*
- le salarié affilié à *l'option* 2, les ayants droit sont affiliés à *l'option 2.*

Article 6 – Changement d'option

Le salarié peut demander à changer d'option comme suit :

- passage à un niveau supérieur (du socle à *l'option 1 ou 2*, ou de l'*option 1 à l'option 2*) :
    - le changement prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours ;
    - en cas de changement de situation de famille, le changement prend effet au 1er jour du mois suivant le changement de situation.

- passage à un niveau inférieur (de *l'option 2 à l'option 1, de l'option 1* au socle) :
  Le changement est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.
  Il prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.
  Par exception (et sous réserve que le salarié en apporte la preuve) :
    - en cas de changement de situation de famille : le changement prend effet le 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande ;
    - en cas de diminution de plus de 20 % des revenus du foyer : le changement prend effet au 1er janvier ou au 1er juillet suivant la réception de la demande.

AF DL

Titre IV Dispositions communes à la couverture du socle obligatoire et aux couvertures optionnelles

Article 7 – Adhésion à un organisme assureur

Afin de satisfaire à leurs obligations découlant des titres II et III du présent accord, les établissements visés à l'article 2 souscrivent à un contrat d'assurance satisfaisant aux dispositions du présent accord et notamment le présent titre et le titre V.

Le présent accord entraîne l'affiliation des salariés tels que visés aux articles 3.1 et 3.2, sous réserve le cas échéant des cas de dispenses d'adhésion, au contrat collectif d'assurance souscrit par leur employeur.

Conformément aux dispositions légales, l'employeur remettra contre décharge à chaque salarié bénéficiaire une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur choisi, décrivant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 8 – Contrat responsable

La couverture du socle obligatoire et les couvertures optionnelles (*Option 1 et Option 2*) ainsi que le contrat d'assurance visé à l'article 7 sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.242-1, alinéas 6 et 8 du Code de la sécurité sociale, et 83 1° quater du Code général des impôts.

Le contrat d'assurance collective souscrit est un contrat « responsable » conformément aux articles L. 322-2 II et III, L. 871-1 et R. 871-1 et 2 du Code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'arrêté interministériel du 8 juin 2006. Il sera adapté automatiquement en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative afin de rester conforme au caractère responsable.

Article 9 – Cotisations et répartition

9.1 Cotisations

Pour 2016, les cotisations sont forfaitaires et exprimées en euros.
Ces cotisations forfaitaires seront converties en pourcentage du plafond mensuel de sécurité sociale (PMSS) pour 2016 dès sa connaissance.
Les cotisations des années suivantes seront exprimées en pourcentage du PMSS.
Les taux qui seront ainsi exprimés sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2017.
Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur. Elles seront revues en cas de changement de ces textes par voie d'avenant au présent accord.

AF

Pour 2016, les cotisations sont les suivantes :

- **Salariés en activité**

  - Régime général de la Sécurité Sociale et régime agricole :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Salarié	**37,00 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Conjoint	**40,70 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Enfant [1]	**20,35 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[1] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

  - Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Salarié	**22,20 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Conjoint	**24,42 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Enfant [1]	**12,21 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[1] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

- **Ayants droit d'un assuré décédé après 12 mois gratuits (Maintien des garanties au titre de la Loi Evin)**

  - Régime général de la Sécurité Sociale et régime agricole :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Conjoint	**40,70 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Enfant [1]	**20,35 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[1] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

  - Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Conjoint	**24,42 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Enfant [1]	**12,21 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[1] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

- **Anciens salariés privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement (Maintien des garanties au titre de la Loi Evin)**

  - Régime général de la Sécurité Sociale et régime agricole :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Ancien salarié	**40,70 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Conjoint	**40,70 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Enfant [1]	**20,35 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[1] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

  - Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Ancien salarié	**24,42 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Conjoint	**24,42 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Enfant [1]	**12,21 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[1] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

- **Anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité (Maintien des garanties au titre de la Loi Evin)**

  - Régime général de la Sécurité Sociale et régime agricole :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Ancien salarié	**42,55 €**	**10,64 €**	**28,37 €**
Conjoint	**40,70 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Enfant [1]	**20,35 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[1] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

  - Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Ancien salarié	**25,53 €**	**10,64 €**	**28,37 €**
Conjoint	**24,42 €**	**9,25 €**	**24,67 €**
Enfant [1]	**12,21 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[1] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

- **Anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite (Maintien des garanties au titre de la Loi Evin)**

  - Régime général de la Sécurité Sociale et régime agricole :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Ancien salarié	**55,50 €**	**13,88 €**	**37,00 €**
Conjoint	**55,50 €**	**13,88 €**	**37,00 €**
Enfant [(1)]	**20,35 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[(1)] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

  - Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Ancien salarié	**33,30 €**	**13,88 €**	**37,00 €**
Conjoint	**33,30 €**	**13,88 €**	**37,00 €**
Enfant [(1)]	**12,21 €**	**5,09 €**	**13,57 €**

[(1)] La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant.

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une réduction tarifaire égale à 50 % de la contribution conventionnelle au titre de la couverture du socle obligatoire[1].

9.2 Répartition employeur/salarié

La couverture du socle obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50% minimum de la cotisation due pour un salarié affilié au Régime Général, quel que soit le régime effectif d'affiliation du salarié (régime général ou agricole ou Alsace-Moselle).
Ainsi, pour 2016, l'employeur prend à sa charge au minimum 18,50€ de la cotisation due pour le salarié au titre du socle obligatoire que cela soit pour le régime général, le régime agricole ou en Alsace-Moselle[2].
Ainsi, pour l'année 2016, la répartition par mois est la suivante :

- régimes général et agricole : 18,50€ minimum pour l'employeur et 18,50€ maximum pour le salarié ;
- Alsace-Moselle : 18,50€ minimum pour l'employeur et 3,70€ maximum pour le salarié. Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée entre l'établissement et les salariés selon cette proportion.

---

[1] En 2016 : 9,25€.
Les salariés visés bénéficient de cette réduction tarifaire sur le socle y compris s'ils souscrivent une option. Par rémunérations brutes, il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.
[2] Conformément à l'article 9.1, cette contribution patronale minimale sera exprimée en 2017 en pourcentage du PMSS.

En application du principe de faveur, chaque établissement reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du Code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Les cotisations supplémentaires finançant les couvertures facultatives (extension pour l'ayant droit du socle conventionnel, les options pour le salarié et/ou ayants-droit) sont à la charge exclusive du salarié sauf dispositions plus favorables.

Article 10 – Maintien de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, à l'une des couvertures optionnelles (*options 1 ou 2*) est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants-droit du salarié bénéficiaires, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, d'une des couvertures optionnelles.

Dans une telle hypothèse, l'établissement verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés, et le cas échéant la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

Le bénéfice des garanties est en revanche suspendu pour le salarié pendant la période de suspension de son contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus (congé parental, congé sabbatique, congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, etc...).

Dans ce cas-là, le salarié pourra demander le bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation par ses soins.

Article 11 – Rupture du contrat de travail

11.1 Maintien temporaire de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : article L.911-8 du code de la sécurité sociale

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, au titre de l'une des couvertures optionnelles bénéficient du maintien à titre gratuit - c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation - de ces couvertures en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par

le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

1. le maintien de la couverture est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
2. le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur au titre du présent accord ;
4. l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
5. l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions :

- aux ayants-droit du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture du socle obligatoire à la date de la cessation du contrat de travail ;
- aux ayants-droits du salarié qui bénéficient effectivement de l'une des couvertures optionnelles à la date de cessation du contrat de travail.

11.2 Maintien à l'identique de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin » élargi au bénéfice des ayants-droit

L'organisme assureur choisi propose en premier lieu une couverture frais de santé identique, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement les ayants-droit (en application des principes de symétrie et d'automaticité) au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visé à l'article 11.1.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur choisi dans un délai de 6 mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties visé à l'article 11.1.

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale d'un an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et sans contrepartie de cotisation.

AF

Les résultats techniques afférents à ces maintiens à l'identique seront présentés à la commission instituée par le titre VI du présent accord.

Dans l'éventualité où l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier d'un maintien à l'identique, des formules dites « d'accueil » standard lui seront proposées par l'organisme assureur choisi. Ce dernier suivra les populations concernées dans le ou les régimes d'accueil et en informera la Commission.

Titre V Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1, I du code de la sécurité sociale, le présent accord prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Les établissements visés à l'article 2 devront respecter les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité définies ci-après.

Article 12 – Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

12.1 Montant des cotisations affecté au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

2% des cotisations acquittées sont affectés au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.
Tous les salariés couverts par cet accord bénéficient de l'ensemble de ces mesures.

12.2 Actions prioritaires de branche

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité sont les suivantes :

1. **des réductions tarifaires :**
   Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée égale ou inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une réduction tarifaire égale à 50 % de leur contribution au titre de la couverture du socle obligatoire[3].
   Par rémunérations brutes, il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.
   A titre indicatif pour l'année 2016, cette réduction tarifaire porte la contribution mensuelle des salariés visés ci-dessus à 9,25€ pour les salariés relevant du régime général/Agricole et à 1,85€ pour les salariés relevant du régime Alsace Moselle.

2. **des actions de prévention :**
   Les signataires du présent accord confient à la commission visée au titre VI le soin de déterminer les actions de prévention concernant les risques professionnels ou liée à une consommation médicale spécifique aux populations couvertes (population féminine aux besoins spécifiques etc.).
   Dans ce cadre, les priorités suivantes sont définies :
   a. campagne de communication et d'incitation à la vaccination contre la grippe saisonnière, l'hépatite, la tuberculose ;
   b. moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité Sociale ;
   c. campagnes de prévention des troubles musculo-squelettiques (ex : formations gestes et postures) ;

[3] En 2016 : 9,25€. Les salariés visés bénéficient de cette réduction tarifaire sur le socle y compris s'ils souscrivent une option.

d. prévention du stress et des violences (en lien avec l'accueil du public notamment) ;
e. campagnes de dépistage de cancers.

3. **des prestations d'action sociale.**

12.3 Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution

Pour chaque intervention (prévention ou action sociale) collective, des aides financières pourront être accordées si les conditions suivantes sont remplies :

- présentation d'un projet pluriannuel incluant des objectifs évaluables ;
- l'association au projet des représentants du personnels des différentes instances de représentation du personnel quand elles existent et, à défaut, le respect de l'adhérent en la matière (transfert du PV de carence) ;
- le régime ne pourra financer qu'en complément de l'adhérent (pas de prise en charge financière du régime à 100%).

La Commission paritaire visée au titre VI du présent accord se dote d'outils permettant la communication au plus grand nombre (site internet) de l'existence de ces actions, des possibilités d'en bénéficier et d'éventuelles modalités de saisine etc.

Titre VI Commission Paritaire Nationale EEP Santé

Une commission paritaire nationale est instituée. Elle est dénommée commission paritaire nationale EEP Santé et désignée « la commission » dans le présent accord.

Le règlement intérieur de la commission détermine notamment les modalités de son fonctionnement et de son organisation.

Article 13 – Missions et rôle de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé

Les partenaires sociaux confient à la commission le soin d'administrer le régime.
Elle a notamment pour missions :

- de piloter paritairement le régime en assurant la pérennité et l'évolution régulière du dispositif grâce à sa maîtrise technique, la prise en compte dans le temps des spécificités de la branche, l'optimisation du reste à charge des bénéficiaires et la maîtrise de la consommation.
  Ce suivi s'effectuera selon un principe de « pilotage à l'équilibre » de chacun des périmètres de risque (couverture du socle obligatoire, extension facultative de la couverture du socle obligatoire aux ayants droit du salarié, chaque couverture optionnelle, les dispositifs de maintiens de droit en cas de rupture ou de suspension du contrat de travail indemnisée et non indemnisée -article L.911-8 CSS, Loi Evin-).
  Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par voie de protocole.
- de faire évoluer les garanties et/ou les tarifs à la hausse ou à la baisse en fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires ; en cas d'excédents et après constitution d'une réserve générale (unique, au niveau global du régime) permettant de lisser toute évolution tarifaire, la commission privilégiera l'amélioration des garanties et/ou le développement d'actions de prévention dans le cadre d'un fonds social créé au titre du haut degré de solidarité ;
- d'examiner tout moyen permettant de compenser une surconsommation éventuelle, constatée sur le socle en raison de l'affiliation à des options (majoration de tarif des options, dotation de solidarité sur compte de résultats etc.) ;
- de faire évoluer les prestations prévues au titre du degré élevé de solidarité, dans le cadre des priorités définies par le présent accord et d'impulser une politique interbranches de prévention des risques en matière de santé spécifiques à la population du régime ;
- de créer le cas échéant un fonds social, d'en fixer les orientations et de contrôler son utilisation.
  Une « commission sociale santé » composée d'un représentant par organisation syndicale représentative signataire du présent accord et d'un nombre égal de représentants du collège des employeurs pourra être créée.
- En cas de difficulté ou d'insuffisance constatée dans la gestion d'un assureur recommandé, la CPN aura la possibilité de déléguer la gestion au prestataire de son choix.

La commission se réunit au moins 2 fois par an.

Article 14 – Composition de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé

Chaque organisation syndicale de salariés signataire et représentative dispose de deux sièges.
Lorsque des organisations syndicales adhèrent à une même confédération, elles se répartissent les sièges selon des modalités qu'elles déterminent elles-mêmes.
Le Collège des employeurs dispose d'un nombre de sièges égal au nombre total des sièges dont disposent les organisations syndicales composant le Collège des salariés.

La présidence de la commission est assurée par un président et un vice-président selon les modalités suivantes :

- la présidence est désignée pour deux années civiles ;
- lorsque le président est issu du Collège des employeurs, le vice-président est issu du Collège des salariés et inversement ;
- le président et le vice-président remplissent leur fonction pour une année scolaire. Au terme de cette année civile, le président devient vice-président pour l'année suivante et inversement ;
- la désignation et l'alternance prennent effet lors de la première réunion de l'année civile.

Le Collège des employeurs assure le secrétariat technique et administratif de la commission sous le contrôle de sa présidence. Le secrétariat technique et administratif n'occupe aucun siège au sens des dispositions du présent article. Les frais de secrétariat (salaires, logistique etc.) sont pris en charge au titre du prélèvement prévu à l'article 15 selon des modalités prévues par voie de protocole.

Article 15 – Financement de l'autonomie de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé

La commission fonctionnera grâce à un prélèvement maximum de 0,5 % des cotisations nettes de taxes au débit du compte de résultats du régime (frais réels plafonnés) notamment pour :

- couvrir ses frais de fonctionnement (déplacements, hébergement, location de salle, secrétariat technique et administratif, édition et impression etc.) ;
- financer les études qu'elle diligente ;
- prendre en charge la rémunération d'experts et de prestataires (actuaire-conseil, avocats, agence de communication) ;
- former et informer les négociateurs paritaires ;
- prendre en charge ses propres actions d'information et de communication.

Les modalités d'ordonnancement des dépenses et de comptabilisation du report à nouveau sont prévues par voie de protocole ou de convention.

AF DL

Titre VII Date d'effet, durée, révision, dénonciation, dépôt du présent accord

Article 16 – Date d'effet et durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet à compter du 1er janvier 2016.
L'accord sera notifié par le collège des employeurs par lettre recommandée avec accusé réception, à l'ensemble des organisations syndicales représentatives, signataires ou non.

Article 17 – Révision

Le présent accord peut à tout moment faire l'objet d'une révision par les parties signataires ou adhérentes.
A cette fin, une demande de révision doit être adressée par lettre recommandée avec accusé réception à chacune des parties signataires ou adhérentes.
Le plus rapidement possible, et au plus tard dans un délai de 3 mois suivant la notification de demande de révision répondant aux conditions de forme et de fond indiquées ci-dessus, les parties devront engager une nouvelle négociation.
L'avenant de révision sera déposé selon les mêmes formes qu'indiquées à l'article 19.
Toutefois, compte tenu des règles propres à la résiliation et la modification des contrats d'assurance, une telle révision ne pourra prendre effet qu'au 1er janvier de l'année qui suit.
L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera dès lors qu'il a été conclu dans les conditions posées par les articles L. 2232-12 et suivants du Code du travail.

Article 18 – Dénonciation

Conformément à l'article L. 2261-9 du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 6 mois.
La dénonciation doit être signifiée par son auteur à la totalité des autres signataires.
Elle fait l'objet du dépôt légal prévu à l'article 19 du présent accord.
Toutefois, compte tenu des règles propres à la résiliation et la modification des contrats d'assurance, une telle dénonciation ne pourra prendre effet qu'au 31 décembre de l'année concernée. En conséquence, le présent accord ne pourra être dénoncé au plus tard que le 30 juin de chaque année.
L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification, afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 6 mois.
L'accord dénoncé par la totalité des signataires employeurs ou salariés continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de 6 mois.

Article 19 - Dépôt

Le Collège employeur procède aux formalités de dépôt dans les conditions prévues par le code du travail, dans les 15 jours suivant la fin du délai légal d'opposition.

AF DL

Fait à Paris, le 18 juin 2015

Collège des employeurs

Collège employeur
(Fnogec, Snceel, Synadec, Synadic, UNETP)

FFNEAP

UNEAP

Collège des salariés

FEP-CFDT Diego LEON

FNEC-FP/FO

Snec-CFTC

SNEIP-CGT

SPELC

SYNEP CFE-CGC

Annexe 1 : Tableau de garanties

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR L'ORGANISME S'AJOUTE A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME. LE MONTANT TOTAL DES SOMMES VERSEES EST LIMITE AUX FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU PARTICIPANT.

⏭ ABREVIATIONS : **TM ➡ Ticket Modérateur**
BR ➡ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale **SS ➡ M**ontant **R**emboursé par la Sécurité Sociale

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS		
	REGIME SOCLE	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)
⏭ HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*)			
. Frais de séjour (**)	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR
. Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (**)			
- médecins signataires du CAS	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR
- médecins non signataires du CAS	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
(*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.			
(**) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.			
. Forfait Journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
. Chambre particulière (y compris maternité)	-	1,5 % du PMSS [1] / jour	2,5 % du PMSS [1] / jour
. Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	-	1 % du PMSS [1] / jour	2 % du PMSS [1] / jour
⏭ LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
⏭ PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % TM		
⏭ VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	10 € par an et par bénéficiaire		
⏭ MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-		100 € / an / bénéficiaire
⏭ CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes)			
- médecins signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
- médecins non signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR
⏭ CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres)			
- médecins signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR
- médecins non signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR
⏭ ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	100 % TM	100 % TM +20 % BR	100 % TM + 50 % BR
⏭ ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE			
- médecins signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
- médecins non signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR
⏭ ANALYSES MEDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE	100 % TM	100 % TM +20 % BR	100 % TM + 50 % BR
⏭ ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER			
- médecins signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
- médecins non signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR
⏭ SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE			
. consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
. inlays onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
⏭ PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE			
. prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), remboursés par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR
. inlays core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
⏭ ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
• Piliers de bridge sur dent saine, par pilier	100 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	150 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	200 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)
• Implants dentaires, par implant	-	100 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire
• Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an /bénéficiaire
⏭ FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE)			
. Actes pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR
. Actes non pris en charge par la Sécurité	100 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	150 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	200 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)

⏭ **PROTHÈSES AUDITIVES**	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire		100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire
⏭ **ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES**	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
⏭ **OPTIQUE** **pour un verre** **. Verre simple foyer, sphérique (***)** ○ **Sphère de - 6 à + 6** ○ **Sphère de – 6,25 à – 10 ou + 6,25 à 10** ○ **Sphère < - 10 ou > + 10** **. Verre simple foyer, sphéro-cylindrique (***)** ○ **Cylindrique < + 4 sphère de – 6 à + 6** ○ **Cylindrique < + 4 sphère < – 6 ou > + 6** ○ **Cylindrique > + 4 sphère de – 6 à + 6** ○ **Cylindrique > + 4 sphère de < – 6 ou > + 6** **. Verre multi-focal ou progressif sphérique (***)** ○ **Sphère de – 4 à + 4** ○ **Sphère < - 4 ou > + 4** **. Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (***)** ○ **Sphère de – 8 à + 8** ○ **Sphère < - 8 ou > + 8** **Monture (***) sous déduction du remboursement Sécurité Sociale**	 60 € 80 € 85 € 70 € 80 € 100 € 110 € 130 € 150 € 160 € 200 € 1,5 % du PMSS [3]	 80 € 90 € 100 € 90 € 100 € 120 € 130 € 150 € 170 € 180 € 220 € 1,5 % du PMSS [3]	 90 € 100 € 110 € 100 € 110 € 130 € 140 € 190 € 210 € 220 € 260 € 3,5 % du PMSS [3]
. Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale) **. Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser**	2 % du PMSS [3] / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles -	3 % du PMSS [3] / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles 10 % du PMSS [4] / œil	5 % du PMSS [3] / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles 25 % du PMSS [4] / œil
⏭ **INDEMNITÉS FORFAITAIRES** **. Maternité** **. Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de de séjours) :**	- 100 % TM + 50 % BR	10 % du PMSS [5] 100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS [6]	15 % du PMSS [5] 100 % TM + 50 % BR +10 % du PMSS [6]
⏭ **MEDECINE DOUCE (<u>consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale</u>)** **. Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRAXIE, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE (****)**	Remboursement global de 40 € /séance (maxi 2 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)
⏭ **PRESTATIONS DE PRÉVENTION** **1 Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.** **2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).** **3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.** **4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).** **5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :** **. Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;** **. Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;** **. Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;** **. Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;** **. Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).** **6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.** **7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :** **. Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;** **. Coqueluche : avant 14 ans ;** **. Hépatite B : avant 14 ans ;** **. BCG : avant 6 ans ;** **. Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;** **. Haemophilus influenzae B ;** **. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques**	100 % TM		

1 -- En vigueur au 1er jour de l'hospitalisation **2** -- [**BR – SS**] : différence entre la **B**ase de **R**emboursement de la Sécurité Sociale et le **M**ontant **R**emboursé par la Sécurité Sociale **3** -- En vigueur au jour de la dépense	**4** -- En vigueur au jour de l'intervention **5** -- En vigueur à la date de la naissance **6** -- En vigueur au 1er jour de la cure

(***) La prise en charge par l'organisme recommandé est limitée à un équipement optique. (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire.
Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.
Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L911-7 du code de la Sécurité Sociale.

(****) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.
Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.
Les étiopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.