Accord collectif du 31 janvier 2022[1] relatif au régime frais de santé dénommé *EEP Santé*

[1] Annulant et remplaçant l'accord du 18 juin 2015 créant le régime *EEP Santé*

J.T. D.L F.C. R.G.

Table des matières

Préambule 4

Titre I Objet et champ d'application 6

Article 1- Objet 6

Article 2 – Champs d'application professionnel et territorial 6

2.1 Champ d'application professionnel 6

2.2 Champ d'application territorial 7

Titre II Couverture du socle obligatoire 7

Article 3 – Périmètre des bénéficiaires 7

3.1 Caractère collectif 7

3.2 Caractère obligatoire 7

3.3 Dispenses d'adhésion 7

3.4 Extension facultative de la couverture du socle obligatoire aux ayants droit du salarié 9

Titre III Couvertures Optionnelles 10

Article 4 – Prestations optionnelles 10

Article 5 –Résiliation infra-annuelle 10

Article 6 Changement de niveau de couverture 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 – Convergence des règles de gestion 12

Article 9 – Contrat responsable 12

Article 10 – Cotisations et répartition 13

10.1 Cotisations 13

10.2 Répartition employeur/salarié 14

Article 11 -Maintien de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles en cas de suspension du contrat de travail et en situation d'acticité partielle 14

Article 12 – Rupture du contrat de travail 15

12.1 Maintien temporaire de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : article L.911-8 du code de la sécurité sociale 15

12.2 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 16

Titre V Prestations à caractère non directement contributif à destination des salariés au titre du degré élevé de solidarité 17

Article 13 – Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité 17

13.1 Montant des cotisations affecté au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité 17

13.2 Actions prioritaires de branche 17

J.T. D.L. F.C. R.G.

13.4 Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution 18
Titre VI Commission Paritaire Nationale EEP Santé 19
Article 14 – Missions et rôle de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé ... 19
Article 15 – Composition de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé 20
Article 16 – Financement de l'autonomie de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé 20
Titre VII Date d'effet, durée, révision, dénonciation, dépôt du présent accord 21
Article 17 – Date d'effet et durée de l'accord 21
Article 18 – Révision 21
Article 19 – Dénonciation 21
Article 20 - Dépôt et extension 21
Annexe 1 – TABLEAU DE GARANTIES POUR 2022 24
Annexe 2 : Cotisations mensuelles pour 2022 32

J.T. D.L. F.C. R.G.

Préambule

Les partenaires sociaux de l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat (EEP) ont mis en place par accord collectif un régime frais de santé au niveau national à compter du 1er janvier 2016 dénommé « *EEP santé* ».

Dès l'origine, les signataires de l'accord ont souhaité :

- 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 le décret n°2014-1025 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 ;
- un régime EEP Santé loi Evin permettant aux anciens salariés de continuer à bénéficier de leur niveau de couverture au prix juste car fixé par la CPN EEP Santé pour ceux entrant dans la 4ème ou 5ème année du régime *EEP Santé* loi Evin qui est intégré dans la mutualisation globale.

Afin de poursuivre ces objectifs, les partenaires sociaux ont négocié 3 avenants qui ont modifié l'accord collectif du 18 juin 2015 relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé *EEP Santé* :

1. l'avenant n°1 du 26 septembre 2018 portant sur l'évolution des garanties ;
2. l'avenant n°2 du 13 novembre 2019 portant sur l'intégration des évolutions réglementaires concernant le cahier des charges du contrat responsable ;
3. et l'avenant n° 3 du 16 décembre 2020 portant sur l'évolution des cotisations des actifs et des bénéficiaires du régime *EEP Santé* loi Evin, sur la réduction totale de la cotisation salariale 2021 au titre du degré élevé de solidarité, sur l'action collective prioritaire au titre du degré élevé de solidarité et sur le maintien des cotisations et des garanties EEP Santé au titre de l'activité partielle.

En outre, les partenaires sociaux sont particulièrement attentifs à la qualité et à la simplicité de la gestion administrative du régime.

J.T. D.L F.C. R.G.

Pour permettre l'application stricte de ces principes et de l'accord collectif, les partenaires sociaux ont décidé, en 2015, de recommander 4 organismes assureurs. Cela a permis :

- d'assurer une mutualisation la plus large possible mais par périmètres distincts de mutualisation grâce à un dispositif d'expression de garanties en « gigognes » à saturer en priorité,
- la maitrise et le contrôle du dispositif juridique et d'assurance, du risque et donc du montant des cotisations ;
- la bonne gestion administrative et l'harmonisation des règles de gestion au niveau national.

En 2021, la mise en concurrence des assureurs a été renouvelée pour procéder à une nouvelle recommandation et les partenaires sociaux ont profité de la procédure pour réviser l'accord collectif *EEP Santé*.
Les partenaires sociaux souhaitent créer une nouvelle dynamique dans les relations partenariales tissées entre les organismes assureurs recommandés et la CPN *EEP Santé* fondés sur la maturité et l'innovation et ainsi entamer une deuxième étape dans la vie du régime :

- en élargissant le champ d'application de l'accord prenant ainsi en compte la création de la Convention Collective EPNL (extension à l'ensemble du champ de la CCN EPNL) ;
- en consolidant l'existant et les modalités de pilotage du régime ;
- en choisissant de recommander 6 organismes assureurs qui dans leurs réponses se sont conformés aux spécificités du régime, ses contraintes et ses potentialités[2] ;
- en envisageant des évolutions sur des axes identifiés.

Les quatre axes identifiés sont :

1. un pilotage et une gestion qui tiennent compte de l'expérience accumulée ;
2. une volonté d'innovation ;
3. la maîtrise par la CPN des données ;
4. le renforcement de la qualité de la gestion ;
   La CPN *EEP Santé* porte un accent particulier sur la qualité de gestion. Toute délégation de gestion doit être validée au préalable par les partenaires sociaux. Ces derniers se réserveront le droit de déléguer la gestion si la qualité n'atteint pas les standards demandés.

Aux fins de clarifier le rôle de chacun des acteurs du régime *EEP santé*, un règlement signé par eux fixe les principes généraux de relation.
En application des stipulations du présent accord, sont signés et mis en place :

- une convention d'assurance,
- un protocole technique et financier,
- un protocole de gestion,
- la charte du logo *EEP Santé*.

[2] La recommandation fait l'objet d'un accord spécifique dénommé – Accord collectif du 22 septembre 2021 relatif à la recommandation d'organismes assureurs

J.T. D.L. F.C. R.G.

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.

Le régime *EEP Santé* constitue une référence dont les établissements ne peuvent s'affranchir.
Conformément à l'article L. 2253-1 du Code du travail[3], les stipulations du présent accord prévalent sur la convention d'entreprise conclue antérieurement ou postérieurement à la date de leur entrée en vigueur, sauf lorsque la convention d'entreprise assure des garanties au moins équivalentes. Cette équivalence des garanties s'apprécie par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

Article 2 – Champs d'application professionnel et territorial

2.1 Champ d'application professionnel

En application des dispositions de l'article L. 2253-1, 5° du Code du travail, le présent accord s'impose à tous les employeurs relevant du champ d'application professionnel des conventions collectives et statuts suivants :

Numéro IDCC	Intitulé du texte applicable
3218	Convention collective de l'Enseignement privé non lucratif[4]
7520	Convention collective des personnels des établissements agricoles privés relevant du Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé
9999	Statut du chef d'établissement de l'Enseignement catholique Statut du chef d'établissement d'un établissement du CNEAP[5]

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 acquittent leur contribution auprès de l'établissement ou éventuellement

[3] A la date de signature du présent accord
[4] Instituts et Universités catholiques, Etablissements majoritairement des classes sous contrat, les structures et notamment les centres de formation qui leur sont rattachés ainsi que les structures concourant au fonctionnement des établissements ayant majoritairement des classes sous contrat de l'enseignement général, technologique et professionnel (FNOGEC, organisations professionnelles de chefs d'établissement, UDOGEC, UROGEC, DDEC, ISFEC, Formiris etc.)
[5] Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé.

J.T. D.L. F.C. R.G.

auprès de l'assureur. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

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.

La volonté initiale des organisations représentatives a été de mettre en place pour tous un régime collectif, obligatoire, solidaire et fondé sur la mutualisation afin de rechercher le meilleur rapport prestations / cotisations dans l'intérêt des salariés et des établissements et notamment ceux de petite taille.

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 10.

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

Tout salarié d'un établissement visé à l'article 2 bénéficie obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter de son embauche.
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.
Les prestations de la couverture du socle obligatoire devant bénéficier a minima, acte par acte, à chaque salarié sont mentionnées dans l'annexe jointe au présent accord.

3.3 Dispenses d'adhésion

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés, outre les dispenses de droit listées dans les articles L. 911-7 et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale, toutes les dispenses d'adhésion prévues à l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale sont retenues.
Peuvent donc se dispenser d'adhésion en fournissant les justificatifs correspondants :

Art. L. 911-7, III :
Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à un seuil fixé par décret[6] et s'ils justifient bénéficier d'une

[6] 3 mois en application des dispositions de l'article D. 911-7 du Code de la sécurité sociale, ou dont la durée effective de travail prévue par le contrat est inférieure à 15 heures par semaine (cf. D.911-7 du Code de la Sécurité sociale).

J.T. D.L. F.C. R.G.

couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Cette durée s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte de l'application, le cas échéant, de l'article L.911-8.

D. 911-2 :

1. Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.
2. Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment (...) de l'embauche [si elle est postérieure au 1er janvier 2016, date de la mise en œuvre du régime de branche]. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
3. Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
    a. Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 (régime collectif et obligatoire y compris pour les ayants droits) ;
    b. Dispositif de garanties prévu 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 ou 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 ;
    c. 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 ;
    d. Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du Code de la sécurité sociale ;
    e. Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

Art. R. 242-1-6, 2°

a) les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
b) les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
c) les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
d) les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment (...) de l'embauche [si elle est postérieure au 1er janvier 2016, date de la mise en œuvre du régime de branche]. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
e) les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

J.T. D.L. F.C. R.G.

Art. L861-1

Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé solidaire en application de l'article L. 861-1[7]. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture.

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, après information des conséquences de ce choix, tout justificatif requis par l'employeur.
Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours qui suivent l'embauche. 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.

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.

3.4 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 sans sélection médicale 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) et le concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil.

2. **les enfants du salarié** ou ceux qu'il a accueillis (familles recomposées) ayant moins de 21 ans.

Sont également considérés comme tels :

- les enfants âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;
- les enfants âgés de moins de 28 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) ;
- les enfants 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.

[7] Cf. l'art. D.861-1 pour le plafond de revenus déterminant les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

J.T. D.L F.C. R.G.

Pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, l'affiliation des enfants du salarié ou de son conjoint telle que définie plus haut prend effet à sa date de naissance ou de son arrivée au foyer.
Afin que cette prise d'effet soit possible, l'adhésion peut se faire par anticipation.

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 4 avec des montants de cotisations au maximum égaux à ceux mentionnés à l'article 10.

Article 4 – Prestations optionnelles

Les couvertures optionnelles se déclinent en trois options dénommées « Option 1 », « Option 2 » « Option 3 » 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 sont mentionnées et détaillées dans l'annexe jointe au présent accord.

Chaque établissement est libre de rendre obligatoire l'adhésion à l'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, ainsi que des modalités de consultation du Comité social et économique prévues aux articles L2312-17 et R2312-22 du Code du travail.

Les ayants droit du salarié définis à l'article 3.4 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 ;
- le salarié affilié à l'option 3, les ayants droit sont affiliés à l'option 3.

Les anciens salariés et leurs ayant droits bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin ont la possibilité de souscrire à l'option 1, 2 ou 3 dans les mêmes conditions que les actifs.

Article 5 –Résiliation infra-annuelle

En application des dispositions de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, notamment son article 6 et des dispositions réglementaires d'application[8], le salarié affilié *EEP Santé* peut résilier son affiliation à l'option facultative du contrat *EEP Santé* en cours d'année à l'issu d'une année de souscription.
Autrement dit, après 1 an d'ancienneté, le salarié peut résilier à tout moment son option, quel que soit le niveau de celle-ci, pour n'être affilié qu'au socle obligatoire.

[8] Décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 relatif au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé

J.T. D.L. F.C. R.G.

Cette résiliation à l'initiative du salarié vaut, selon les principes de symétrie et d'automaticité visés à l'article 4, pour ses ayants droit.

Article 6 Changement de niveau de couverture

Le salarié peut demander à changer de niveau de couverture (de niveau supérieur ou inférieur) au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 1 an dans le niveau de couverture.

Lorsque le salarié avait souscrit à une option et, conformément à l'article 5, par voie de résiliation infra-annuelle a changé son niveau de couverture pour s'affilier au socle, il ne pourra souscrire au niveau supérieur (c'est-à-dire passer du socle à l'option 1) qu'après 2 ans de souscription sur le socle.
Par la suite, il pourra souscrire à d'autres niveaux de couverture facultatifs dans les conditions visées ci-dessus.

Le changement d'option à l'initiative du salarié vaut, selon les principes de symétrie et d'automaticité visés à l'article l'article 4, pour ses ayants droit.

J.T. D.L. F.C. R.G.

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 telle que visée à l'article 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 (cf. article 3.3).

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 – Convergence des règles de gestion

Pour permettre la mutualisation au niveau de la branche et éviter toute difficulté, les organisations représentatives signataires réaffirment que chaque assureur recommandé doit appliquer les mêmes règles de gestion afin qu'elles s'appliquent à chaque salarié quel que soit l'assureur recommandé.
C'est en ce sens que les partenaires sociaux ont prévu, en application du 6ème point de l'article 14 du présent accord, de déléguer la gestion au prestataire de leur choix en cas d'insuffisance constatée dans la gestion d'un assureur recommandé.

La *CPN EEP Santé* met à disposition à cet effet une nomenclature de règles de gestion afin de garantir l'uniformité de la gestion de l'ensemble des organismes assureurs recommandés.
Cette nomenclature pourra être actualisée pour tenir compte de nouvelles pratiques de gestion actées, en concertation avec les assureurs recommandés, par les organisations représentatives.

Article 9 – Contrat responsable

La couverture du socle obligatoire et les couvertures optionnelles (option 1, option 2 et option 3) 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 ou réglementaire afin de rester conforme au caractère responsable.

J.T. D.L. F.C. R.G.

Article 10 – Cotisations et répartition

10.1 Cotisations

Les cotisations sont forfaitaires et exprimées en euros. Elles sont annexées au présent accord (annexe 2).
La cotisation forfaitaire mensuelle au titre de l'affiliation d'un salarié est due quelle que soit la date d'entrée de celui-ci dans l'établissement. La proratisation de la cotisation n'est pratiquée qu'en cas de départ en cours de mois du salarié et de résiliation infra-annuelle sur les options (voir article 5).

Par avenant au présent accord, les organisations représentatives signataires fixent chaque année, après approbation des comptes, le niveau de ces cotisations.
Elles intègrent comme éléments de leur réflexion l'évolution prévisionnelle du PMSS, l'évolution des dépenses de santé, les résultats techniques du régime et les propositions formulées par les assureurs.
A défaut d'avenant, le montant des cotisations suit chaque année l'évolution du PMSS ainsi que toute évolution de la législation et de la réglementation sociale et fiscale.
Dans ce cas, le montant des cotisations est arrondi à la dizaine de centime supérieure.

Les assureurs recommandés sont informés, au plus tôt, des évolutions des cotisations.

A compter du 1er janvier 2021, l'exonération de la part salariée au titre de la couverture du socle obligatoire s'applique comme suit :

- aux salariés en contrat d'apprentissage d'une durée strictement inférieure à 12 mois,
- aux salariés en CDD d'une durée strictement inférieure à 12 mois sauf s'ils sont en cumul d'emplois. Par exception, les salariés en cumul d'emplois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application bénéficient de cette mesure à condition que leur rémunération globale tous employeurs confondus soit inférieure au SMIC,
- et aux salariés pour lesquels la cotisation (part employeur et part salarié) représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes.

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.

Pour les anciens salariés (et leurs ayants droit) ayant adhéré au régime loi Evin à partir du 1er juillet 2017 :

- la cotisation est maintenue à 100% du montant de la cotisation des actifs pour les mois restant à courir jusqu'à la fin de l'année civile (pour les départs en cours d'année) et l'année civile suivante ;
- la 2ème année, la cotisation est fixée à 125% du montant de cotisation des actifs
- et la 3ème année à 150% ;
- le montant de la cotisation à partir de la 4ème année est fixé par avenant à l'accord paritaire.
  Les partenaires sociaux ont pris la décision d'appliquer pour les années 2021 et 2022 une cotisation égale à 150% de celle des actifs pour les bénéficiaires du dispositif en 4ème et 5ème années (voir annexe 2)[9].

[9] Pour mémoire, la cotisation des anciens salariés (et de leurs ayants droits) ayant adhéré au régime loi Evin entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2017, est plafonnée de manière viagère à 150% du montant de

J.T. D.L. F.C. R.G.

Ces montants de cotisation valent tant pour les anciens salariés que pour leurs ayants droit, tant pour le socle que pour les niveaux de couverture optionnels (option 1, 2 et 3)

10.2 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[10]).

Il s'agit là du **minimum contributif de l'employeur** (voir annexe 2).

Chaque employeur 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, ainsi que des modalités de consultation du Comité social et économique prévues aux articles L2312-17 et R2312-22 du Code du travail.

Les cotisations supplémentaires finançant les couvertures facultatives (extension pour l'ayant droit du socle conventionnel, les options pour le salarié et/ou ses ayants droit) sont à la charge exclusive du salarié sauf dispositions plus favorables définies par accord collectif ou décision unilatérale de l'employeur.

Article 11 -Maintien de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles en cas de suspension du contrat de travail et en situation d'activité partielle

L'adhésion du salarié à la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, à l'une des couvertures optionnelles (option 1, 2 ou 3) 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, d'une rente d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale.

Le versement des cotisations et des prestations du régime EEP Santé est également maintenu à titre obligatoire dans la situation d'un salarié placé en activité partielle au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art. 53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable, dans le cadre d'une extension facultative, aux ayants droit du salarié bénéficiaires 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

---

la cotisation des actifs à compter de 2020. Pour l'année 2018, ils se sont vu appliquer 100% du montant des actifs, et 125% en 2019.

[10] Il s'agit là d'un minimum de contribution employeur.

J.T. D.L. F.C. R.G.

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 12 – Rupture du contrat de travail

12.1 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 droit du salarié qui bénéficient effectivement de l'une des couvertures optionnelles à la date de cessation du contrat de travail.

Les partenaires sociaux rappellent :

- que l'article L.911-8 susvisé prévoit l'application du dispositif de portabilité à condition que le salarié ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage. Autrement dit, un ancien salarié inscrit à pôle emploi mais qui ne perçoit pas d'allocation chômage (situation de carence, arrêt de travail, invalidité, etc.) bénéficie du dispositif.
- ces dispositions revêtent un caractère d'ordre public d'autant plus dans le cadre d'un régime interbranches et s'appliquent pour l'ensemble des salariés et ayants droit visés ci-dessus et cela quelle que soit la situation de leur ancien

J.T. D.L. F.C. R.G.

employeur à la date à laquelle ils demandent l'application du dispositif (notamment en cas de liquidation judiciaire).

12.2 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 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 12.1.
Les anciens salariés et leurs ayant droits bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin ont la possibilité de changer de niveau de couverture dans les mêmes conditions que les actifs. Ainsi, ils peuvent demander à changer de niveau de couverture (de niveau supérieur ou inférieur) au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 1 an dans le niveau de couverture.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur 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 13.1.

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.

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. Ce dernier suivra les populations concernées dans le ou les régimes d'accueil et en informera la *CPN EEP Santé*.

J.T. D.L. F.C. R.G.

Titre V Prestations à caractère non directement contributif à destination des salariés au titre du 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 prestations à caractère non directement contributif 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 13 – Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

13.1 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.

13.2 Actions prioritaires de branche

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

1. **Exonération totale de la contribution salariale :**

Bénéficient de l'exonération de la part salarié de la cotisation conventionnelle **au titre de la couverture du socle obligatoire** :

- les salariés en contrat d'apprentissage d'une durée strictement inférieure à 12 mois ;
- les salariés en CDD d'une durée strictement inférieure à 12 mois sauf s'ils sont en cumul d'emplois. Par exception, les salariés en cumul d'emplois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application du présent accord bénéficient de cette mesure à condition que leurs rémunérations brutes tous employeurs confondus soit inférieures au SMIC ;
- les salariés pour lesquels la cotisation (part employeur et part salarié) représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes.

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. **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) :

J.T. D.L. F.C. R.G.

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.

Le rapport relatif au degré élevé de solidarité rédigé en application des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale est rédigé en concertation avec la Commission paritaire visée au titre VI du présent accord.

13.4 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 personnel 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.

J.T. D.L. F.C. R.G.

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 14 – 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 maintien de droit en cas de rupture ou de suspension du contrat de travail indemnisée et non indemnisée -article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, 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'excédent 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 en lien avec d'autres fonds existant sous l'égide et l'impulsion de la ou des CPPNI ;
  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.
- d'examiner le reporting des assureurs sur le déploiement des actions commerciales, et de proposer des actions concertées entre assureurs recommandés.
- 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.
Les principes de relations entre les acteurs (la commission, les assureurs recommandés, l'apériteur, le conseil...) sont fixés par un règlement.

J.T. D.L. F.C. R.G.

Article 15 – 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 quatre 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 deux années civiles. Au terme de ces deux années civiles, le président devient vice-président pour les deux années suivantes et inversement ;
- la désignation et l'alternance prennent effet lors de la première réunion de l'année civile.

Les modalités d'organisation sont fixées par un règlement intérieur qui s'applique à l'ensemble des commissions paritaires.

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 16 selon des modalités prévues par voie de protocole.

Article 16 – 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 (actuaires, conseil, avocats, agences 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.

J.T. D.C F.C. R.G

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

Article 17 – Date d'effet et durée de l'accord

Le présent accord annule et remplace celui du 18 juin 2015 relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé EEP Santé.
Toute référence à cet accord dans le corps de la CC EPNL est modifiée.

Le présent accord est à durée indéterminée et prend effet au 1er janvier 2022.

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 18 – 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 20.
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 19 – Dénonciation

Conformément à l'article L. 2261-9 et s. 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 au 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 dans les conditions prévues à l'article L. 2261-10 du Code du travail.
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 20 - Dépôt et extension

L'accord est déposé par la CEPNL conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

J.T. D.L. F.C. R.G.

Une demande d'extension est formulée à cette occasion.
L'accord doit s'appliquer dans toutes les entreprises visées à son article 2.1 quel que soit leur effectif.
La branche est très majoritairement composée d'entreprises dont l'effectif est inférieur à 50 salariés et le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.
Les garanties s'appliquent aux établissements indépendamment du nombre de salariés équivalent temps plein.
Il n'y a donc pas de dispositions spécifiques pour les établissements de moins de 50 salariés dans cet accord.

J.T. D.L. F.C. R.G.

Paris, le 31 janvier 2022,

Collège des employeurs	Collège des salariés
CEPNL	FEP CFDT Diego Leon ✓ Certified by yousign
	Fédération CFTC Enseignement et Formation Francis Castelain ✓ Certified by yousign
	SNFOEP
	SNEIP-CGT et SNPEFP-CGT
FFNEAP Jean-François Tambourin ✓ Certified by yousign	SPELC Roger Garcia ✓ Certified by yousign
	SUNDEP SUD SOLIDAIRE
	SYNEP CFE CGC

J.T. D.L. F.C. R.G.

Les montants de prestations présentés dans les tableaux ci-dessous sont les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE et des OPTIONS 1, 2 ou 3 RESPONSABLES.

Ils viennent en complément de ceux de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Tous les actes pratiqués en secteur non conventionné sont indemnisés sur la base du Tarif d'Autorité de la Sécurité Sociale.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS			
	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
	Responsable			
Hospitalisation (y compris frais de maternité)				
Frais de séjour	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
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 pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.				
Honoraires				
(y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile).				
Médecins adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chambre particulière (y compris maternité) par jour	-	1,5 % PMSS [1]	2,5 % PMSS [1]	3,5 % PMSS [1]
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	-	1 % PMSS [1]	2 % PMSS [1]	2 % PMSS [1]
[1] PMSS en vigueur au 1er jour de l'hospitalisation				
Maternité				
Forfait maternité – montant par enfant (y compris en cas d'adoption)	5 % PMSS [2]	10 % PMSS [2]	15 % PMSS [2]	20 % PMSS [2]
[2] PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption				

J.T. D.L F.C. R.G.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
	Responsable			
Dentaire				
Soins et prothèses 100% Santé*	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF
Soins (Hors 100% Santé)				
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire
Prothèses (Hors 100 % Santé)				
Panier Maitrisé **				
Prothèses fixes : (couronnes et bridges)	100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM +275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Inlay Core	100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Inlays onlays d'obturation	100 % TM dans la limite des HLF	100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Panier Libre ***				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Inlays Core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR
Inlays onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 350 % BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Implantologie dentaire				
Par implant	-	100 €	450 €	800 €

*Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

J.T. D.L. F.C. R.G.

** Panier Maîtrisé : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

*** Panier Libre : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
NATURE DES SOINS	Responsable			
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultation - Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Imagerie médicale				
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Honoraires paramédicaux				
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Médicaments				
Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Médicaments				
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-	-	100 euros par an et par bénéficiaire	100 euros par an et par bénéficiaire
Vaccins				
Vaccins contre la grippe saisonnière, non remboursé par la Sécurité Sociale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais reels	100 % des Frais réels
Autres vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non pris en charge par la Sécurité Sociale)	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire

J.T. D.L. F.C. R.G.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
	Responsable			
Matériel Médical				
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Médecines non conventionnelles				
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	50 Euros	50 Euros	50 Euros	50 Euros
	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure - Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure - Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure - Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure - Podologue
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séances	3 séances	4 séances	5 séances

Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le N° ADELI ou le N°FINESS du praticien sera demandé.

Aides auditives				
Equipements 100% Santé * Classe 1	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Equipements à tarifs libres - Classe 2				
Adultes- bénéficiaires de 21 ans ou plus	600 Euros - MR	600 Euros - MR	700 Euros - MR	700 Euros - MR
Enfants - bénéficiaires de moins de 21 ans ou personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	1600 Euros - MR	1600 Euros - MR	1700 Euros - MR	1700 Euros - MR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

* Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

J.T. D.C. F.C. R.G.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3 Responsable
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).				160 % TM
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				

J.T. D.C. F.C. R.G.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
	Responsable			
Optique				
Verres et monture				
Equipements 100% Santé - Classe A [*] [***]	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des Frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Equipements libres - Classe B [**] [***]				

Grille optique - Verres et monture à tarifs libres

Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre	SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à +6 [a]	60 Euros -MR	80 Euros -MR	90 Euros -MR	110 Euros -MR
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL > ou = à + 4	70 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH = à 0 et S = ou > à + 6	70 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 6	75 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH < à - 6 et CYL > ou = à + 0,25	80 Euros -MR	100 Euros -MR	110 Euros -MR	130 Euros -MR
		SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	100 Euros -MR	120 Euros -MR	130 Euros -MR	150 Euros -MR
Progressif et Multifocal	Sphérique	SPH de -4 à + 4	130 Euros -MR	150 Euros -MR	190 Euros -MR	210 Euros -MR
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 Euros -MR	170 Euros -MR	210 Euros -MR	230 Euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -8 à 0 et CYL > ou = à + 4	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH > 0 et S < ou = à + 8	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 8	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH < à - 8 et CYL > ou = à + 0,25	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
Monture			50 Euros - MR	75 Euros - MR	100 Euros - MR	100 Euros - MR

(a) Le verre neutre est compris dans cette classe

[*] Equipements 100% Santé - Classe A :

Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

[**] Equipements libres - Classe B :

Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

J.T. D.L. F.C. R.G.

"""Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adopte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
- glaucome ;
- hypertension intraoculaire isolée ;
- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
- rétinopathie diabétique ;
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
- cataracte évolutive à composante réfractive ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
- diabète ;
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- hypertension artérielle mal contrôlée ;
- sida ;
- affections neurologiques à composante oculaire ;
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

J.T. D.L. F.C. R.G.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
		Responsable		
Autres postes optique				
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	2 % PMSS [2]	3 % PMSS [2]	5 % PMSS [2]	8 % PMSS [2]
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
La chirurgie réfractive, par œil	-	10 % PMSS [2]	25 % PMSS [2]	25 % PMSS [2]
[1] PMSS en vigueur au jour de la dépense				
[2] PMSS en vigueur au jour de l'intervention				
Autres postes				
Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
Cures Thermales	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
+ Forfait par bénéficiaire	-	5% PMSS [3]	10 % PMSS [3]	15 % PMSS [3]
[3] PMSS en vigueur au 1er jour de la cure				
Garanties et Services Santé complémentaires à l'Annexe 1				
A compléter par chaque OR				

Pour mieux comprendre les garanties

DPTM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.

FR-MR = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

EUROS - MR = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

HLF = Les Honoraires Limites de Facturation correspondent au prix maximum de vente à l'assuré social. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale. Ils sont fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.**

J.T. D.C. F.C. R.G.

Annexe 2 : Cotisations mensuelles pour 2022

1/ Cotisations pour les salariés et leurs ayants droit

Les cotisations 2022 des salariés en activité et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	41,30 €	25 €	10,80 €	28 €	38,80 €
Conjoint	45,60 €	27,50 €			
Enfant (1)	22,80 €	13,90 €	6 €	15,20 €	21,40 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant « affilié ».

Lorsque la cotisation correspondant aux garanties du socle conventionnel (tel que défini par le présent accord) est inférieure au montant de la cotisation fixée par le présent accord, **l'employeur doit contribuer à hauteur de 20,65 € minimum.**
Pour l'année 2022, la répartition de la cotisation mensuelle au titre du socle conventionnel obligatoire est la suivante conformément à l'article 9.2 du présent accord :

- Régimes général et agricole : 20,65 € minimum pour l'employeur et 20,65 € maximum pour le salarié ;
- Alsace-Moselle : 20,65 € minimum pour l'employeur et 4,35 € maximum pour le salarié.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée entre l'établissement et les salariés selon cette proportion.

Bénéficient ainsi d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle pour le socle obligatoire :

- les salariés en contrat d'apprentissage d'une durée strictement inférieure à 12 mois.
- les salariés en CDD d'une durée strictement inférieure à 12 mois sauf s'ils sont en cumul d'emplois. Par exception, les salariés en cumul d'emplois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application bénéficient de cette mesure à condition que leur rémunération globale tous employeurs confondus soit inférieure au SMIC.
- et les salariés pour lesquels la cotisation (part employeur et part salarié) représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes, seule la contribution employeur est appelée, sous réserve qu'ils soient identifiés par bulletin d'affiliation et dans l'appel de cotisation trimestriel.

J.T. D.L. F.C. R.G.

2/Cotisations pour les anciens salariés entrés dans le dispositif EEP santé loi EVIN et leurs ayants droit

Les cotisations 2022 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin *EEP Santé* à compter du 1er janvier 2021, des anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant de revenus de remplacement sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	41,30 €	25 €	10,80 €	28 €	38,80 €
Conjoint	45,60 €	27,50 €			
Enfant (1)	22,80 €	13,90 €	6 €	15,20 €	21,40 €

(1)La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant « affilié ».

Les cotisations 2022 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin *EEP Santé* entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2020 (inclus), c'est-à-dire pour la 2ème année de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	51,70 €	31,30 €	13,50 €	35 €	48,50 €
Conjoint	57 €	34,40 €			
Enfant (1)	22,80 €	13,90 €	6 €	15,20 €	21,40 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant « affilié ».

Les cotisations 2022 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin *EEP Santé* entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2019 (inclus), c'est-à-dire pour la 3ème année de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	62 €	37,50 €	16,20 €	42 €	58,20 €
Conjoint	68,40 €	41,30 €			
Enfant (1)	22,80 €	13,90 €	6 €	15,20 €	21,40 €

(1)La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant « affilié ».

Les cotisations 2022 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin *EEP Santé* avant le 1er janvier 2019, c'est-à-dire pour la 4ème année (et plus) de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	62 €	37,50 €	16,20 €	42 €	58,20 €
Conjoint	68,40 €	41,30 €			
Enfant (1)	22,80 €	13,90 €	6 €	15,20 €	21,40 €

(1)La cotisation est gratuite à compter du 3ème enfant « affilié ».

Pour les anciens salariés (et leurs ayants droits) ayant adhéré au régime loi Evin à partir du 1er juillet 2017, la cotisation est maintenue à 100% du montant de la cotisation des actifs pour les mois restant à courir jusqu'à la fin de l'année civile (pour les départs en cours d'année) et l'année civile suivante. La 2ème année, la cotisation est celle au tableau correspondant aux affiliations entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2020. La 3ème année correspond aux affiliations entre le1er janvier 2019 et le 31 décembre 2019 (inclus). La 4ème année (et plus) correspond aux affiliations avant le1er janvier 2019. Pour les anciens salariés (et leurs ayants droits) ayant adhéré au régime loi Evin avant le 1er juillet 2017, la cotisation est maintenue à 150% du montant de la cotisation des actifs de manière viagère.

J.T. D.C. F.C. R.G.