



Avenant n°1 du 26 septembre 2018 à l'Accord collectif du 18 juin 2015 relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé EEP Santé

Préambule

Après deux exercices d'analyse et de suivi du régime EPP Santé et de ses résultats, les organisations représentatives décident de faire **évoluer les garanties** du régime EEP Santé **sans augmentation** de cotisation (mais en anticipant l'évolution du PMSS pour 2019) tout en assurant sa pérennité :

- évolution sensible sur les prothèses dentaires (100% de base de remboursement en plus soit plus de 100€ pour chaque niveau de couverture – socle et options) ;
- évolution de l'enveloppe annuelle pour la « médecine douce » (50€ par séance, 3, 4 ou 5 séances par an selon la couverture) ;
- création d'une prime « naissance ou adoption » sur le socle.

Ce présent avenant **doit s'appliquer dans toutes les entreprises** visées à l'article 2.1 de l'accord du 18 juin 2015 révisé quel que soit leur effectif.

En effet, les garanties s'appliquent aux entreprises 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 avenant. 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.

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

Afin de permettre à chaque salarié, notamment en CDD et spécifiquement les salariés en « contrat court », de bénéficier d'une couverture santé de qualité, les organisations représentatives ont décidé :

- de **supprimer la condition d'ancienneté** pour bénéficier du régime ;
- **d'une prise en charge totale (100%) de la part salarié de la cotisation conventionnelle** (sur le socle, cf. annexe 1) des salariés et apprentis en CDD de moins de 12 mois *et des salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations.*

AF DL

ES

MP

Les salariés dont le contrat est en cours à la date d'application de l'avenant n°1 (1^{er} janvier 2019) sont obligatoirement affiliés à cette date.

Bien que les dispenses de droit issues de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 étaient déjà applicables, l'accord est adapté en conséquence pour en faire mention.

La même loi a instauré la protection universelle maladie (PUMA). Elle induit mécaniquement une modification de la définition des ayants-droit.

Les organisations représentatives créent une **option 3** pour répondre aux besoins de couverture élevée de certains salariés ayant des besoins de santé particuliers. Cette option 3 permettra également à certains établissements dotés d'un régime d'entreprise antérieur à l'instauration du régime de branche, aux garanties de niveau plus élevé que ceux proposés dans l'accord du 18 juin 2015, d'intégrer la mutualisation.

Cette option 3 complète les niveaux de garanties des options 1 puis 2, et s'inscrit dans la logique « gigogne » prévue par l'accord du 18 juin 2015 : les établissements qui souhaitent proposer des garanties supérieures à celles du socle doivent opter pour les couvertures prévues par l'option 1, puis par l'option 2, et enfin l'option 3.

Les garanties supérieures devront donc saturer préalablement les garanties ligne à ligne issues des tableaux de garanties de l'option 3.

Les organisations représentatives souhaitant maîtriser l'évolution du montant des cotisations au regard notamment des résultats du régime décident de nouvelles modalités de détermination des cotisations pour l'année (création d'une annexe fixant les cotisations mensuelles pour l'année 2019).

Les organisations représentatives réaffirment, dans cet avenant, les délibérations qu'avaient pu prendre la CPN EEP santé depuis les deux dernières années. Ainsi, elles rappellent que l'employeur doit respecter un minimum contributif (50% de la cotisation socle) qu'ils entendent comme une véritable « obligation de dépense ». La contribution salarié est en revanche un maximum.

Enfin, les organisations représentatives réaffirment l'exigence de qualité et de simplicité qu'elles ont quant à la gestion par les assureurs et leurs délégataires.

Elles invitent chaque établissement ou chaque salarié qui aurait des difficultés à informer la CPN EEP Santé en adressant un courriel à sante@branche-eep.org ou en s'adressant à une organisation représentative de salariés ou d'employeur.

AF DL
ES
RP

Conformément à l'article L. 2222-3-3 du Code du travail, la volonté paritaire est synthétisée dans le tableau ci-dessous :

Texte initial concerné	Action	Thématique
Article 2.1	Révision	Clarification du champ en raison de la création de la convention collective de l'enseignement privé non lucratif et de la fusion des conventions collectives du CNEAP. Ouverture possible aux établissements d'enseignement supérieur privés relevant de la CC EPNL (sections 1 et 2) sans que le régime EEP santé leur soit obligatoire contrairement aux établissements relevant des sections 3 à 9.
Article 3	Révision	Adaptation du texte relatif aux dispenses d'adhésion à l'article L. 911-7, II du code de la sécurité sociale.
Article 3.3	Révision	Création d'un article dédié aux dispenses
Article 3.4	Révision	Re-numérotation en raison de la création d'un article dédié aux dispenses (article 3.3). Modification de la définition des ayants-droit au regard de la loi instaurant la PUMA, affiliation de l'enfant à naître rendue possible.
Article 4	Révision	Modifications rédactionnelles.
Article 5	Révision	Modifications rédactionnelles en raison de la création de l'option 3. Affiliation anticipée de l'enfant à naître ou avant l'arrivée au foyer dans la famille rendue possible. Les bénéficiaire du dispositif EVIN bénéficient également des options
Article 6	Révision	Modifications rédactionnelles en raison de la création de l'option 3. Changement d'option anticipé Les bénéficiaires du dispositif EVIN peuvent changer d'option dans les mêmes conditions que les actifs.
Article 7	Révision	Modifications rédactionnelles en raison de la création d'un article 3.4 suite à la modification du 3.3.
Article 8	Révision	Modifications rédactionnelles en raison de la création de l'option 3.
Article 9	Révision	Modification des modalités de fixation des cotisations / création d'une annexe 2 spécifique aux « tarifs » annuels. Exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle pour les CDD de moins de 12 mois et pour les salariés pour lesquels la cotisation représente 10% ou plus de leurs revenus.
Article 9.2	Révision	Rappel du minimum contributif de l'employeur et du maximum contributif du salarié.
Article 10	Création	Principe de convergence de gestion réaffirmé en vue de satisfaire l'exigence de qualité.
Article 11.2	Révision	Les anciens salariés et leurs ayants-droit peuvent changer de niveau de couverture dans les mêmes conditions que les actifs
Article 12.2	Révision	Exonération totale de la part salarié au titre du degré élevé de solidarité
Article 17 et 18	Révision	Re-numérotation de la référence (article 19-devenu article 20)
Annexe 1	Révision	Révision des prestations, création d'une option 3
Annexe 2	Création	Cotisations mensuelles fixées annuellement par la CPN EEP Santé

AF DC ES

RP

Article 1^{er} Révision du champ d'application de l'accord

L'article 2.1 est révisé. Il est ainsi rédigé :

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 aux employeurs relevant du champ d'application professionnel des conventions collectives et statut suivants :

Numéro IDCC	Intitulé du texte applicable
3218	Convention collective de l'Enseignement privé non lucratif (pour les sections 3 à 9 du chapitre 2)
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

Les établissements d'enseignement supérieur privé relevant de la Convention collective de l'enseignement privé non lucratif (EPNL, sections 1 et 2) pourront adhérer volontairement au régime de branche en souscrivant un contrat d'assurance auprès d'un assureur recommandé par l'accord distinct du 18 juin 2015. La CPN EEP santé sera informée des adhésions effectuées dans ce cadre.

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 CPN EEP santé, pourront souscrire un contrat d'assurance auprès d'un assureur recommandé par l'accord distinct du 18 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)¹ ;

¹ Les organismes nationaux, fédéraux, territoriaux contribuant au fonctionnement des établissements relevant de la CC EPNL (IDCC 3218, section 9) entrent, à compter de l'extension du champ d'application de ladite convention collective, de plein droit dans le champ d'application du présent accord.

AF DL ES RP

- ainsi que d'autres structures la sollicitant comme certaines structures de l'Église en France².

Article 2 : Révision de l'article 3 de l'accord

L'article 3 est révisé. Il est ainsi rédigé :

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 dans 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.

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 correspondant :

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 décret³ et s'ils justifient bénéficier d'une 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.

² Non couvertes par la convention collective nationale du personnel des diocèses de l'Église catholique de France (IDCC 1818).

³ 3 mois en application des dispositions de l'article D. 911-7 du code de la sécurité sociale

AF DC ES

AF

Art. D. 911-2 :

1. Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. 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 1^{er} 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 ;

AF DL ES

AP

- d) les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- e) les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment (...) de l'embauche [si elle est postérieure au 1^{er} 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 ;
- f) 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.

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 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 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} 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 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

AF DL ES

AP

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 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 au sens de l'article 515-8 du code civil.

2. les **enfants** du salarié, ayant moins de 21 ans et vivant au foyer ou ceux qu'il y a accueillis (familles recomposées).

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 21^{ème} anniversaire.

Pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, l'affiliation des enfants du salarié ou assimilés 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.

AF

de

ES

AP

Article 3 : révision de l'article 4

L'article 4 est révisé. Il est ainsi rédigé :

Article 4 – Prestations obligatoires minimales

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.

Article 4 : révision de l'article 5

L'article 5 est révisé. Il est ainsi rédigé :

Article 5 – 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 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 3.4 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'automatisme :

- 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 ayants 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.

AF

DL

ES

RP

Article 5 : révision de l'article 6

L'article 6 est révisé. Il est ainsi rédigé :

Article 6 – Changement de niveau de couverture

Le salarié peut demander à changer de niveau de couverture comme suit :

- **passage à un niveau supérieur** (du socle à l'option 1, 2 ou 3, de l'option 1 à l'option 2 ou 3, ou de l'option 2 à l'option 3) :
 - o le changement prend effet au 1^{er} 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 ;
 - o en cas de changement de situation de famille.
Cette modification de couverture prend effet de principe au 1^{er} jour du mois qui suit le changement de situation.
Mais, pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, cette modification peut prendre effet, sur demande, à la date de changement de situation.

- **passage à un niveau inférieur** (de l'option 3 à l'option 2, 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 1^{er} 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, le changement prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande dans les deux cas suivants :

- changement de situation de famille
- diminution de plus de 20 % des revenus du foyer.

Par dérogation au principe de passage à un niveau immédiatement inférieur, il pourra être passé, dans ces deux cas, de l'option 3 à l'option 1 ou au socle, et de l'option 2 au socle.

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.

AF

DL

ES.

RJR

Article 6 : révision de l'article 7

L'article 7 est révisé. Il est ainsi rédigé :

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 7 : révision de l'article 8

L'article 8 est révisé. Il est ainsi rédigé :

Article 8 – 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.

AF DL
ES

RJP

Article 8 : révision de l'article 9

L'article 9 est révisé. Il est ainsi rédigé :

Article 9 – Cotisations et répartition

9.1 Cotisations

Les cotisations sont forfaitaires et exprimées en euros. Elles sont annexées au présent accord (annexe 2).

Par avenant au présent accord, les organisations représentatives 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 et les résultats techniques du régime. A défaut d'avenant, le montant des cotisations suit chaque année l'évolution du PMSS ainsi que toute évolution de la législation et réglementation sociale et fiscale. Dans ce cas, le montant des cotisations est arrondi à la dizaine de centimes supérieure. Les assureurs recommandés sont informés des évolutions des cotisations.

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 exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle au titre de la couverture du socle obligatoire⁴.

Pour les anciens salariés (et leurs ayants droits) ayant adhéré au régime loi Evin à partir du 1^{er} 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 2^{ème} année, la cotisation est fixée à 125% du montant de cotisation des actifs et la 3^{ème} année à 150%.

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

Le montant de la cotisation à partir de la 4^{ème} année sera fixé par avenant à l'accord paritaire.

Pour les anciens salariés (et leurs ayants droits) ayant adhéré au régime loi Evin entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017, la cotisation est plafonnée de manière viagère à 150% du montant de la cotisation des actifs à compter de 2020. Pour l'année 2018, ils se sont vu appliquer 100% du montant des actifs, et se verront appliquer 125% en 2019.

⁴ 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.

AF DL ES . RP

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-Moselle⁵).

Il s'agit là du **minimum contributif** de l'employeur (cf. [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.

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 9 : Création d'un nouvel article 10

Les articles 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 19 deviennent respectivement les articles 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 et 20.

Le nouvel article 10 est rédigé ainsi :

Article 10 – convergence des règles de gestion

Pour permettre la mutualisation au niveau de la branche et éviter toute difficulté, les organisations représentatives 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 6^{ème} 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.

Ce tableau pourra être actualisé pour tenir compte de nouvelles pratiques de gestion actées, en concertation avec les assureurs recommandés, par les organisations représentatives.

⁵ Il s'agit là d'un minimum de contribution employeur.

AF DL

ES

PA

Article 10 : Révision de l'article 11

L'article 10 de l'accord du 18 juin 2015 devenu 11 avec le présent avenant est révisé. Il est ainsi rédigé :

Article 11 – 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 (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, 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.

AF

DL

ES

RP

Article 11 : Révision de l'article 12.2

L'article 11.2 de l'accord du 18 juin 2015 devenu 12.2 avec le présent avenant est révisé. Il est ainsi rédigé :

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 choisi propose en premier lieu une couverture frais de santé identique, sans condition de période probatoire ni d'exams 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 (cf. article 6).

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 12.1.

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 choisi. Ce dernier suivra les populations concernées dans le ou les régimes d'accueil et en informera la Commission.

AF DL

ES

rap

Article 12 : Révision de l'article 13

L'article 12.2 1° de l'accord du 18 juin 2015, devenu 13.2, 1° avec le présent avenant est révisé. Il est ainsi rédigé :

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

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 exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle au titre de la couverture du socle obligatoire⁶.

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 l'article 12.3 de l'accord du 18 juin 2015 devenu l'article 13.3 avec le présent avenant est ajouté un dernier alinéa :

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.

Article 13 : Révision de l'article 18 et 19

Les articles 17 et 18 de l'accord du 18 juin 2015, devenus 18 et 19 avec le présent avenant sont révisés. Ils sont ainsi rédigés :

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 1^{er} janvier de l'année qui suit.

⁶ Les salariés visés bénéficient de cette réduction tarifaire sur le socle y compris s'ils souscrivent une option.

AF DL

ES

AD

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 14 : Nature du présent accord et date d'application

Le présent accord est un avenant à l'accord du 18 juin 2015 relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé EEP Santé.

Il est à durée indéterminée et prend effet au 1^{er} janvier 2019.

A cette date, ses dispositions remplacent les dispositions révisées de ladite section.

Article 15 : Modalités de dépôt

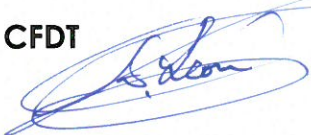
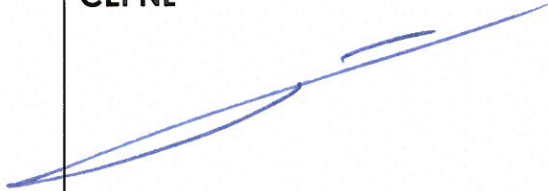



L'accord est déposé par la CEPNL conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

AF DL

ES

PP

Fait à Paris, le 26 septembre 2018

Collège des employeurs	Collège des salariés
CEPNL	Diego LEÓN FEP CFDT 
	FD CFTC E&F 
FFNEAP 	SPELC 

AF 30

ES

R

Annexe 1 : Tableau de garanties

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS			
	REGIME SOCLE	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)	Option 3 (Y compris régime socle)
PH HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*) . Frais de séjour (**) . Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (***) - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM (*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale 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) . Chambre particulière (y compris maternité) . Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
PH LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE PH PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale) PH VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale) PH MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
	-	1,5 % du PMSS ¹ / jour 1 % du PMSS ¹ / jour	2,5 % du PMSS ¹ / jour 2 % du PMSS ¹ / jour	3,5 % du PMSS ¹ / jour 2 % du PMSS ¹ / jour
	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
		100 % TM		
		10 € par an et par bénéficiaire		
			100 € / an / bénéficiaire	
PH CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes) - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM PH CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres) - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 60 % BR 100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
PH ACTES PRATIQUES PAR LES AUXILIAIRES MEDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes) PH ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM PH ANALYSES MEDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
	100 % TM 100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR 100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 350 % BR

D. AF ES

RFP

MI ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
MI 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 . inlays onlays d'obturation	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 350 % BR
MI 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 . Inlays core	100 % TM + 200 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 275 % BR 100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 300 % BR 100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 150 % BR
MI ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . Piliers de bridge sur dent saine, par pilier	100% BR reconstituée	150% de BR reconstituée	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
. Implants dentaires (pose de l'implant et faux moignon implantaire) – par implant	-	100 €	450 €	800 €
. Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire
MI FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE) . Actes pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % TM + 100 % BR 100% BR reconstituée € / semestre	100 % TM + 150 % BR 150% de BR reconstituée / semestre	100 % TM + 200 % BR 200% BR reconstituée / semestre	100 % TM + 350 % BR 300% BR reconstituée / semestre
. Actes non pris en charge par la Sécurité	100 % TM + 200 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM + 300 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM + 300 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM + 100 % BR
MI PROTHÈSES AUDITIVES MI ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR





<p>OPTIQUE pour un verre</p> <ul style="list-style-type: none"> Verre simple foyer, sphérique (****) <ul style="list-style-type: none"> 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 (****) <ul style="list-style-type: none"> 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 (****) <ul style="list-style-type: none"> Sphère de - 4 à + 4 Sphère < - 4 ou > + 4 Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (****) <ul style="list-style-type: none"> Sphère de - 8 à + 8 Sphère < - 8 ou > + 8 	<p>60 € 80 € 85 €</p> <p>70 € 80 € 100 € 110 €</p> <p>130 € 150 € 170 €</p> <p>180 € 220 €</p>	<p>80 € 90 € 100 €</p> <p>90 € 100 € 110 € 120 € 130 € 140 €</p> <p>190 € 210 €</p> <p>220 € 260 €</p>	<p>90 € 100 € 110 €</p> <p>120 € 130 € 150 € 160 €</p> <p>210 € 230 €</p> <p>240 € 280 €</p>	<p>1,5 % du PMSS²</p> <p>1,5 % du PMSS²</p> <p>3,5 % du PMSS²</p> <p>4,5 % du PMSS²</p>	<p>(****) 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>. Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale)</p> <p>. Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser</p>
<p>INDEMNITÉS FORFAITAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> Maternité Indemnité forfaitaire pour les frais de maternité inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance (Montant versé par enfant) Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours) : MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale) 	<p>2 % du PMSS² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>3 % du PMSS² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>10 % du PMSS³ / œil</p> <p>5 % du PMSS⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR</p> <p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)</p>	<p>5 % du PMSS² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>25 % du PMSS³ / œil</p> <p>10 % du PMSS⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS⁵</p> <p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 4 séances /</p>	<p>8 % du PMSS² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>25 % du PMSS³ / œil</p> <p>15 % du PMSS⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR + 10 % du PMSS⁵</p> <p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)</p>	<p>8 % du PMSS² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>25 % du PMSS³ / œil</p> <p>20 % du PMSS⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR + 15 % du PMSS⁵</p> <p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)</p>	<p>(****) 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>. Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale)</p> <p>. Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser</p>

AF DC

ES
RP

<p>. Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRAxie, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE, PEDICURIE / PODOLOGIE, DIETETIQUE POUR ENFANT DE MOINS DE 12 ANS (*****)</p>	<p>année civile / bénéficiaire)</p>	
<p>(*****) Le praticien doit disposer d'un numéro ADELI (professionnel de santé) ou FINESS (médecin). Le remboursement ne sera effectué que sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative.</p>		
<p>PRESTATIONS DE PREVENTION</p> <p>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.</p> <p>2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).</p> <p>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.</p> <p>4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 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). <p>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.</p> <p>7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 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 <p style="text-align: right;">100 % TM</p>		

AF DL
ES

<p>1 -- En vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation</p>	<p>4 -- En vigueur à la date de la naissance</p>
<p>2 -- En vigueur au jour de la dépense</p>	<p>5 -- En vigueur au 1^{er} jour de la cure</p>

3 -- En vigueur au jour de l'intervention

ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

ABREVIATIONS :

- **BR** : Base de remboursement de la Sécurité Sociale
- **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale
- **TM** : Ticket modérateur
- **FR-SS** : Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale
- **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

DEFINITIONS :

- **Ticket modérateur** : Base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale 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.
 - **Tiers payant** : disposition permettant au participant et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.
- Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** : terme générique visant les différents dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé. Sont notamment visés l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO). Les professionnels de santé concernés adhèrent ou n'adhèrent pas à l'un de ces dispositifs.

AF DL
R ES

Annexe 2 : Cotisations Mensuelles pour 2019

1/ Cotisations pour les salariés et leurs ayants-droit

Les cotisations 2019 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	38,50 €	23,20 €	10€	26€	36€
Conjoint	42,40 €	25,50 €			
Enfant (1)	21,10 €	12,80 €	5.50€	14€	19,80 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} 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 19,25 € minimum.**

Pour l'année 2019, 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 : 19,25€ minimum pour l'employeur et 19,25€ maximum pour le salarié ;
- Alsace-Moselle : 19,25€ minimum pour l'employeur et 3,95€ maximum pour le salarié.

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

Pour 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 seule la contribution employeur est appelée sous réserve qu'ils soient identifiés par bulletin d'affiliation et dans l'appel de cotisation trimestriel. Ils bénéficient ainsi *d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle pour le socle obligatoire.*

AF

DL

ES.

Ru

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

Les cotisations 2019 des anciens salariés entrés dans le dispositif Evin EPP Santé à compter du 1^{er} janvier 2018, 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	38,50 €	23,20 €	10€	26€	36€
Conjoint	42,40 €	25,50 €			
Enfant⁽¹⁾	21,10 €	12,80 €	5.50€	14€	19,80 €

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

Les cotisations 2019 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé avant le 1^{er} janvier 2018, c'est-à-dire pour la 2^{ème} 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	48,13 €	29,00 €	12,50 €	32,50 €	45 €
Conjoint	53,00 €	31,88 €			
Enfant⁽¹⁾	21,10 €	12,80 €	5.50€	14 €	19,80 €

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

AF
 DC
 R
 ES 1

