



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



Table des matières

Préambule.....	4
Titre I Objet et champ d'application	9
Article 1- Objet.....	9
Article 2 – Champs d'application professionnel et territorial.....	9
2.1 Champ d'application professionnel	9
2.2 Champ d'application territorial.....	10
Titre II Couverture du socle obligatoire.....	11
Article 3 – Périmètre des bénéficiaires.....	11
3.1 Caractère collectif	11
3.2 Caractère obligatoire	11
3.3 Dispenses d'adhésion	11
3.4 Extension facultative de la couverture du socle obligatoire aux ayants-droit du salarié	13
Article 4 – Prestations obligatoires minimales	14
Titre III Couvertures Optionnelles.....	15
Article 5 – Prestations optionnelles.....	15
Article 6 – Changement d'option	15
Titre IV Dispositions communes à la couverture du socle obligatoire et aux couvertures optionnelles.....	17
Article 7 – Adhésion à un organisme assureur.....	17
Article 8 – Contrat responsable	17
Article 9 – Cotisations et répartition.....	17
9.1 Cotisations	17
9.2 Répartition employeur/salarié	18
Article 10 – convergence des règles de gestion.....	18
Article 11 -Maintien de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles en cas de suspension du contrat de travail	19
Article 12 – Rupture du contrat de travail.....	19
12.1 Maintien temporaire de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : article L.911-8 du code de la sécurité sociale.....	19
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.....	20
Titre V Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.....	23



Article 13 – Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.....	23
13.1 Montant des cotisations affecté au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.....	23
13.2 Actions prioritaires de branche.....	23
13.4 Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution.....	24
Titre VI Commission Paritaire Nationale EEP Santé	25
Article 14 – Missions et rôle de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé ...	25
Article 15 – Composition de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé.....	26
Article 16 – Financement de l'autonomie de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé.....	26
Titre VII Date d'effet, durée, révision, dénonciation, dépôt du présent accord	27
Article 17 – Date d'effet et durée de l'accord.....	27
Article 18 – Révision	27
Article 19 – Dénonciation	27
Article 20 - Dépôt.....	28
ANNEXE 1 : Tableau des garanties.....	29
Annexe 2 : Cotisations mensuelles pour 2019.....	33

Note de lecture

La CPN *EEP Santé* vous propose dans ce document le texte consolidé de l'accord collectif relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé *EEP Santé* du 18 juin 2015 révisé par l'avenant n°1 du 26 septembre 2018.

Pour un meilleur confort de lecture, les modifications apportées par l'avenant apparaissent en bleu.

En cas de question n'hésitez pas à solliciter la commission sur sante@branche-eep.org



Préambule

Préambule de l'accord collectif du 18 juin 2015 dénommé EEP Santé

La [loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013](#) a prévu la généralisation pour tous les salariés d'une couverture santé cofinancée par leur employeur à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les partenaires sociaux de l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat (EEP) se sont réunis en vue de mettre en place, par accord collectif, un régime frais de santé au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2016.

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

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

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

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



Préambule de l'avenant n°1 du 26 septembre 2018

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 brutes.

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 réaffirmé 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.**

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	Renumérotation 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 bénéficiaires 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. (Renumérotation devenu 12.2)
Article 12.2	Révision	Exonération totale de la part salarié au titre du degré élevé de solidarité. (Renumérotation devenu 13.2.1)
Article 17 et 18	Révision	Renumérotation 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.





Titre I Objet et champ d'application

Article 1- Objet

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

Ce régime de frais de santé comporte les éléments suivants :

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

En application du principe de faveur, chaque établissement reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent accord selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article [L.911-1 du Code de la sécurité sociale](#), tout en privilégiant la voie de l'accord d'entreprise lorsque cela est possible.

Par ailleurs, lorsqu'un régime de frais de santé est déjà mis en place dans l'établissement par accord collectif, les stipulations de ce dernier devront être adaptées en conséquence conformément aux dispositions de l'article [L.2253-2 du Code du travail](#) et dans le respect des dispositions de [l'alinéa 1^{er} de l'article L.2253-3 du Code du travail](#).

Article 2 – Champs d'application professionnel et territorial

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

2.1 Champ d'application professionnel

En application des dispositions de l'article [L. 2253-1, 5^o 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 ;
- ainsi que d'autres structures la sollicitant comme certaines structures de l'Église en France².

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.

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.

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



Titre II Couverture du socle obligatoire

Les établissements doivent couvrir, a minima, selon les modalités fixées par [l'article 7](#), tous les bénéficiaires visés à [l'article 3](#) au titre de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, définie à [l'article 4](#).

Les établissements visés à [l'article 2](#) doivent en outre satisfaire à la répartition du financement Employeur/Salarié mentionnée à [l'article 9](#).

Article 3 – Périmètre des bénéficiaires

3.1 Caractère collectif

La couverture du socle obligatoire bénéficie à l'ensemble des salariés des établissements visés à [l'article 2](#), sans sélection médicale.

3.2 Caractère obligatoire

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 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 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](#).

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 ;

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



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 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 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 ;
- 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 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 1^{er} 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 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.



Article 4 – Prestations obligatoires minimales

Les prestations de la couverture du socle obligatoire devant bénéficier à minima, acte par acte, à chaque salarié sont mentionnées dans l'annexe jointe au présent accord.



Titre III Couvertures Optionnelles

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

Article 5 – Prestations optionnelles

Les couvertures optionnelles se déclinent en 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'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 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.

Article 6 – Changement d'option

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) :
 - 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 cours⁴ ;
 - 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.

⁴ Le changement d'option peut être réalisé jusqu'au 31 mars 2019 et non le 30 novembre 2018 en raison de la mise en place de l'option 3 au 1^{er} janvier 2018.



- **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.



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 – 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.

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 obligatoire⁵.

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 fixée à 125% du montant de cotisation des actifs et la 3ème 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 4ème 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 1er 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.

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-Moselle⁶).

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 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 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.

⁵ 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.

⁶ Il s'agit là d'un minimum de contribution employeur.



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.

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.

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

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'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'automatisme) 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 ayants 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.





Titre V Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

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

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

Article 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 :

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 obligatoire⁷.

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

⁷ Les salariés visés bénéficient de cette réduction tarifaire sur le socle y compris s'ils souscrivent une option.



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 personnels des différentes instances de représentation du personnel quand elles existent et, à défaut, le respect de l'adhérent en la matière (transfert du PV de carence) ;
- le régime ne pourra financer qu'en complément de l'adhérent (pas de prise en charge financière du régime à 100%).

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



Titre VI Commission Paritaire Nationale EEP Santé

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

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

Article 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 maintiens de droit en cas de rupture ou de suspension du contrat de travail indemnisée et non indemnisée -article L.911-8 CSS, Loi Evin).

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par voie de protocole.

- de faire évoluer les garanties et/ou les tarifs à la hausse ou à la baisse en fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires ; en cas d'excédents et après constitution d'une réserve générale (unique, au niveau global du régime) permettant de lisser toute évolution tarifaire, la commission privilégiera l'amélioration des garanties et/ou le développement d'actions de prévention dans le cadre d'un fonds social créé au titre du haut degré de solidarité ;
- d'examiner tout moyen permettant de compenser une surconsommation éventuelle, constatée sur le socle en raison de l'affiliation à des options (majoration de tarif des options, dotation de solidarité sur compte de résultats etc.) ;
- de faire évoluer les prestations prévues au titre du degré élevé de solidarité, dans le cadre des priorités définies par le présent accord et d'impulser une politique interbranches de prévention des risques en matière de santé spécifiques à la population du régime ;
- de créer le cas échéant un fonds social, d'en fixer les orientations et de contrôler son utilisation.

Une « commission sociale santé » composée d'un représentant par organisation syndicale représentative signataire du présent accord et d'un nombre égal de représentants du collège des employeurs pourra être créée.

- En cas de difficulté ou d'insuffisance constatée dans la gestion d'un assureur recommandé, la CPN aura la possibilité de déléguer la gestion au prestataire de son choix.

La commission se réunit au moins 2 fois par an.



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

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

Article 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 (actuaire-conseil, avocats, agence de communication) ;
- former et informer les négociateurs paritaires ;
- prendre en charge ses propres actions d'information et de communication.

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



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

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

Accord collectif du 18 juin 2015 EEP Santé

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

L'accord sera notifié par le collège des employeurs par lettre recommandée avec accusé réception, à l'ensemble des organisations syndicales représentatives, signataires ou non.

Avenant n°1 du 26 septembre 2018 EEP Santé

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 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.

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

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

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

ANNEXE 1 : Tableau des 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)
☛ 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	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
(*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile. (**) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.				
. Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique) . Chambre particulière (y compris maternité) . Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	100 % des Frais Réels - -	100 % des Frais Réels 1,5 % du PMSS ¹ /jour 1 % du PMSS ¹ / jour	100 % des Frais Réels 2,5 % du PMSS ¹ / jour 2 % du PMSS ¹ / jour	100 % des Frais Réels 3,5 % du PMSS ¹ / jour 2 % du PMSS ¹ / jour
☛ LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
☛ PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % TM			
☛ VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	10 € par an et par bénéficiaire			
☛ MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-		100 € / an / bénéficiaire	
☛ CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes) - médecins 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
☛ 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 + 60 % BR 100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
☛ ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
☛ ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE - 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
☛ ANALYSES MEDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
☛ 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
☛ SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR



prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie . inlays onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
» PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ 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
» ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ♦ Piliers de bridge sur dent saine, par pilier ♦ Implants dentaires (pose de l'implant et faux moignon implantaire) ♦ Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	100% BR reconstituée - -	150% de BR reconstituée 100 € / an /bénéficiaire 100 € / an /bénéficiaire	200% BR reconstituée 450 € / an /bénéficiaire 200 € / an /bénéficiaire	300% BR reconstituée 800 € / an /bénéficiaire 400 € / an /bénéficiaire
» FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE) . Actes pris en charge par la Sécurité Sociale . Actes non pris en charge par la Sécurité	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
» PROTHÈSES AUDITIVES	100 % TM + 200 € / oreille / an / bénéficiaire		100 % TM + 300 € / oreille / an / bénéficiaire	
» 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> <p>. Verre simple foyer, sphérique (***)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 6 à + 6 o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 o Sphère < - 10 ou > + 10 <p>. Verre simple foyer, sphéro-cylindrique (***)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6 o Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 o Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6 o Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6 <p>. Verre multi-focal ou progressif sphérique (***)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 4 à + 4 o Sphère < - 4 ou > + 4 <p>. Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (***)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 8 à + 8 o Sphère < - 8 ou > + 8 <p>Monture (***) sous déduction du remboursement Sécurité Sociale</p>	<p>60 €</p> <p>80 €</p> <p>85 €</p> <p>70 €</p> <p>80 €</p> <p>100 €</p> <p>110 €</p> <p>130 €</p> <p>150 €</p> <p>160 €</p> <p>200 €</p> <p>1,5 % du PMSS ²</p>	<p>80 €</p> <p>90 €</p> <p>100 €</p> <p>90 €</p> <p>100 €</p> <p>120 €</p> <p>130 €</p> <p>150 €</p> <p>170 €</p> <p>180 €</p> <p>220 €</p> <p>1,5 % du PMSS ²</p>	<p>90 €</p> <p>100 €</p> <p>110 €</p> <p>100 €</p> <p>110 €</p> <p>130 €</p> <p>140 €</p> <p>190 €</p> <p>210 €</p> <p>220 €</p> <p>260 €</p> <p>3,5 % du PMSS ²</p>	<p>110 €</p> <p>120 €</p> <p>130 €</p> <p>120 €</p> <p>130 €</p> <p>150 €</p> <p>160 €</p> <p>210 €</p> <p>230 €</p> <p>240 €</p> <p>280 €</p> <p>4,5 % du PMSS ²</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. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L911-7 du code de la Sécurité Sociale.</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>2 % du PMSS ² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>-</p>	<p>3 % du PMSS ² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>10 % du PMSS ³ / œil</p>	<p>5 % du PMSS ² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>25 % du PMSS ³ / œil</p>	<p>8 % du PMSS ² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>25 % du PMSS ³ / œil</p>
<p>INDEMNITÉS FORFAITAIRES</p> <p>. Maternité Indemnité forfaitaire pour les frais de maternité inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance (Montant versé par enfant)</p> <p>. Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de de séjours) :</p>	<p>5 % du PMSS ⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR</p>	<p>10 % du PMSS ⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS ⁵</p>	<p>15 % du PMSS ⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR + 10 % du PMSS ⁵</p>	<p>20 % du PMSS ⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR + 15 % du PMSS ⁵</p>
<p>MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale)</p> <p>. Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRAIXIE, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE, PEDICURIE / PODOLOGIE, DIETETIQUE POUR ENFANT DE MOINS DE 12 ANS (****)</p>	<p>Remboursement global de 50 € /séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)</p>		<p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 4 séances / année civile / bénéficiaire)</p>	<p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 5 séances / 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>				



» PRESTATIONS DE PRÉVENTION

1 Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- . Coqueluche : avant 14 ans ;
- . Hépatite B : avant 14 ans ;
- . BCG : avant 6 ans ;
- . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- . Haemophilus influenzae B ;
- . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques.

100 % TM



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.

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 ».