

Brochure n° 3351

Convention collective nationale

IDCC : 2691. – ENSEIGNEMENT PRIVÉ HORS CONTRAT

ACCORD DU 22 SEPTEMBRE 2015

RELATIF À L'INSTAURATION D'UN RÉGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ

NOR : ASET1550918M

IDCC : 2691

PRÉAMBULE

Dans le cadre et conformément à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont rencontrés et entendus pour créer un régime de remboursements des frais de santé au sein de la branche, complétant ainsi leur politique en matière de protection sociale.

Grâce à la mutualisation des risques organisée au niveau de la branche dans le cadre de la recommandation prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux instaurent un régime de qualité au meilleur coût pour les entreprises et salariés de la branche qui garantit :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;
- un niveau de couverture adéquat reposant sur les garanties les plus pertinentes compte tenu des besoins sociaux et contraintes économiques de la branche ;
- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques, de taux de cotisation négociés et maintenus pendant 2 ans ainsi que d'engagements sur la qualité de service ;
- un pilotage paritaire du régime permettant d'en contrôler l'application, l'évolution et d'en assurer la pérennité.

Le régime professionnel « frais de santé » développe également un degré élevé de solidarité destiné à promouvoir une politique active de prévention, d'action sociale pour les populations les plus fragiles et de maintien des garanties pour certains salariés ou anciens salariés dans des conditions privilégiées.

La mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence impartiale et transparente assurant l'égalité des candidats dans le respect de la législation a permis le choix par les partenaires sociaux de l'organisme assureur le mieux-disant.

En outre, le présent accord permet aujourd'hui de proposer une couverture « frais de santé » respectant la réglementation des contrats responsables. Il inclut le financement du maintien temporaire de la couverture au bénéfice des anciens salariés indemnisés par l'assurance chômage, dénommé portabilité santé.

Il répond aussi à des obligations liées à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à effet du 1^{er} janvier 2016 et facilite ainsi les démarches des entreprises, particulièrement les TPE/PME, pour la mise en place d'une couverture complémentaire.

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Suite à l'appel à concurrence mené début 2015 conformément à la procédure définie par le décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015, le présent accord instaure un régime professionnel de remboursement des frais de santé (dénommé régime professionnel de santé) au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective de l'enseignement privé hors contrat (IDCC 2691).

Il définit les garanties, les cotisations et leur répartition, la solidarité professionnelle mise en œuvre ainsi que l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion dudit régime dans le cadre de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises au sens du présent accord s'entendent des entreprises dont l'activité principale au 1^{er} janvier 2016 relève du champ d'application professionnel et territorial de la convention collective, tel qu'il est défini à l'article 1.1 de la convention collective nationale du 27 novembre 2007.

Article 2

Hierarchie des normes et accords d'entreprise

Conformément aux articles L. 2253-1, L. 2253-2 et L. 2253-3 du code du travail, l'accord de complémentaire santé d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du régime professionnel de santé visé par le présent accord.

PARTIE I

RÉGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Article 3

Bénéficiaires à titre obligatoire du régime professionnel de santé et dispenses d'affiliation

Article 3.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime et l'ensemble de ses garanties s'appliquent obligatoirement à l'ensemble des salariés de la totalité des entreprises relevant du champ d'application du présent accord dès la date d'effet de ce dernier ou dès leur date d'embauche si celle-ci est postérieure.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation.

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, des dispenses d'affiliation peuvent être demandées par les salariés dans des cas limitatifs. Elles sont définies à l'article 3.2 et mises en œuvre selon les modalités de l'article 3.3.

Article 3.2

Dispenses admises pour les bénéficiaires à titre obligatoire

En application de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation à la garantie « frais de santé » :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus cette aide ;
- les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel même en cas de clause de renouvellement tacite ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, 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 l'arrêté du 26 mars 2012 (*Journal officiel* du 8 mai 2012), notamment pour les salariés à employeurs multiples couverts par ailleurs et à titre obligatoire.

En application de la législation en vigueur, aucun autre cas de dispense ne pourra être accordé.

Article 3.3

Modalités de mise en œuvre des dispenses

Pour l'application des cas de dispense de l'article 3.2, l'employeur devra se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés demandant une dispense d'affiliation.

Cet écrit précise obligatoirement leur refus d'adhésion et le motif exact de ce refus parmi les cas listés à l'article 3.2 et sera accompagné de tous les justificatifs nécessaires. Il devra parvenir à l'employeur dans les 15 jours suivant la date à laquelle son affiliation aurait dû prendre effet en application de l'article 3.1 ci-dessus.

Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion aux garanties du régime professionnel de santé.

Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera révocable, sur justificatifs, à dates fixes : le 1^{er} janvier ou le 1^{er} septembre de chaque année.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus d'adhérer et de cotiser à la garantie « frais de santé » lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Article 3.4

Cas particuliers de bénéficiaires à titre gratuit

Les enfants handicapés de salariés (enfant légitime, naturel ou adoptif atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal) bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation par la solidarité du régime professionnel de santé (art. 8 du présent accord).

Article 4

Garanties du régime professionnel de santé

Les garanties prévues par le régime professionnel de santé comprennent des prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé, des actes de prévention ainsi qu'une garantie assistance santé établis respectivement aux articles 4.1, 4.2 et 4.3.

Excepté pour les garanties assistance, les seules limites ou exclusions de garanties sont mentionnées à l'article 4.1.2.

La cotisation à la garantie santé du régime fait bénéficier le participant de l'ensemble des garanties proposées par le régime professionnel de santé (garantie santé + actes de prévention + garantie assistance).

Pour ouvrir droit aux prestations, le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 3 du présent accord.

Ouverture des droits aux garanties du régime professionnel de santé

Concernant les salariés, les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Article 4.1

Garantie frais de santé du régime professionnel de santé

Article 4.1.1

Liste des prestations de la garantie santé du régime professionnel de santé

Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale hormis pour la garantie optique.

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel de santé
Hospitalisation (médicale, chirurgicale) (*)	
Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100 % BR
Honoraires facturés par un médecin en secteur 1, adhérent ou non du CAS (**)	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR
Transport accepté par la sécurité sociale	100 % BR
Soins courants (*)	
Consultations, visites médecins	100 % BR
Petite chirurgie, actes techniques médicaux	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Pharmacie (*)	
Pharmacie prise en charge par la sécurité sociale	100 % BR
Dentaire (*)	
Soins dentaires hors inlays, onlays remboursés par la sécurité sociale	100 % BR
Prothèses dentaires, inlays, onlays remboursés par la sécurité sociale	340 % BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	340 % BR
Optique (*) Un remboursement tous les 2 ans pour les adultes, sauf évolution de la vision médicalement constatée (hors enfant de moins de 18 ans) (***)	
A. – Verres dits simples avec monture (***)	100 €

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel de santé
B. – Verres dits complexes avec monture (***)	200 €
C. – Verres dits très complexes avec monture (***)	200 €
Lentilles acceptées ou non par la sécurité sociale par an	100 €
Autres actes (*)	
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale	100 % BR
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100 % BR
Prothèses auditives	100 % BR
<p>FR : frais réels.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale (reconstituée pour actes non acceptés).</p> <p>(*) Remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables. Prise en charge au minimum du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par la sécurité sociale.</p> <p>(**) Contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1.</p> <p>(***) L'équipement optique complet (2 verres + monture) est limité à un remboursement tous les 2 ans, sauf évolution de la vision médicalement constatée et hors enfant de moins de 18 ans. Dans ces deux cas, il est fait application d'un remboursement tous les ans.</p> <p>La part prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. En cas d'équipement mixte composé d'un verre A et B, A et C ou B et C, il est fait application de la moyenne des deux niveaux de remboursement.</p> <p>On entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> – par « verres simples » les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; – par « verres complexes » les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ; – par « verres très complexes » les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries. 	

Article 4.1.2

Limites et exclusions de garanties

La garantie santé du régime professionnel de santé telle que définie précédemment ne s'applique pas dans les deux cas suivants :

- les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique qui ne donnent pas lieu à prise en charge par la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements qui ne sont pas pris en charge.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Dès lors, les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement.

En outre, sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau de garanties.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Article 4.2

Actes de prévention du régime professionnel de santé

Le régime professionnel de santé prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention à la hauteur du ticket modérateur. Ainsi les actes définis dans le tableau ci-dessous sont pris en charge.

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel de santé
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	Oui
Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)	Oui
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de 14 ans)	Oui
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	Oui
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes prévus : – audiométrie tonale ou vocale – audiométrie tonale avec tympanométrie – audiométrie vocale dans le bruit – audiométrie tonale ou vocale – audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie	Oui
Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, limité aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans	Oui
Les vaccinations suivantes seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges b) Coqueluche : avant 14 ans c) Hépatite B : avant 14 ans d) BCG : avant 6 ans e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant f) <i>Haemophilus influenzae</i> B g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois	Oui

Afin d'assurer l'équilibre structurel des garanties de la branche, le régime professionnel de santé met en œuvre une politique active de prévention dont les orientations sont définies à l'article 8 dans le cadre de la solidarité du régime professionnel de santé.

Article 4.3

Garantie assistance santé du régime professionnel de santé

Chaque bénéficiaire du régime professionnel de santé bénéficie d'une garantie dite « assistance santé » notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès. Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges suite à un acte médical ou un produit de santé.

Article 5

Maintien et conditions de suspension des garanties du régime professionnel de santé

Article 5.1

Maintien des garanties du régime professionnel de santé dans le cadre de la portabilité

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 (dispositif appelé « portabilité santé ») dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance 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 un même employeur ;
- cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
 - le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
 - les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
 - le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçu au titre de la même période ;
 - l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
 - l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'employeur doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi, de décès).

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prolongée d'autant.

Article 5.2

Maintien des garanties du régime professionnel de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou aux ayants droit

Article 5.2.1

Bénéficiaires de ce maintien

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, les garanties du régime professionnel de santé peuvent être maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Le régime professionnel de santé élargit le bénéfice du maintien des garanties au profit des anciens salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

Article 5.2.2

Conditions de ce maintien

Les taux de cotisation des bénéficiaires visés à l'article ci-dessus sont définis au point 2 de l'article 6.1 du présent accord.

Une partie des bénéficiaires voit leur cotisation réduite par rapport aux prescriptions légales grâce à la solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé telle que définie à l'article 8.

Sous réserve d'être informé par l'employeur lors de la cessation du contrat de travail ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité santé exposé à l'article 5.1, ou du décès du salarié.

Les intéressés peuvent en faire directement la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la cessation du contrat de travail ou le décès du salarié ou, le cas échéant, à l'issue de la période de portabilité santé telle que mentionnée à l'article 5.1.

Par ailleurs, les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent accord au profit des salariés.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 5.3

Conditions de maintien des garanties du régime professionnel de santé en cas de suspension du contrat de travail

Article 5.3.1

Suspension des garanties du régime professionnel de santé

En dehors des cas exposés à l'article 5.3.2, le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Article 5.3.2

Cas de maintien des garanties du régime professionnel de santé

Les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu :

- pour arrêt de travail, à la condition qu'il soit pris en charge par la sécurité sociale ;
- pour congé de maternité, congé de paternité ou de formation.

Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes selon les mêmes règles de répartition des contributions salariales et patronales.

En outre, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, les garanties du régime professionnel de santé seront accordées moyennant le versement de la totalité des

cotisations du régime (salariales + patronales) par le salarié dans les conditions tarifaires au point 2 de l'article 6.1 et sous réserve qu'il en fasse la demande dans les 15 jours qui suivent le début de la suspension de son contrat de travail auprès de l'organisme assureur.

Article 6

Cotisations

Article 6.1

Taux de cotisation du régime professionnel de santé

La cotisation des salariés diffère en fonction de leur régime d'affiliation : soit ils relèvent du régime général d'assurance maladie, soit ils relèvent du régime local d'Alsace-Moselle.

Afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions, les cotisations des salariés bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle sont réduites en conséquence.

1. La cotisation aux garanties du régime professionnel de santé (incluant le financement de la portabilité santé défini à l'article 5.1), exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est égale à :

	COTISATION DUE PAR PERSONNE ASSURÉE Base obligatoire	
	Régime général	Régime local
Salarié seul en obligatoire	1,09 %	0,60 %
Enfant handicapé	Gratuite	Gratuite

Cinquante pour cent de la cotisation du salarié seul sont pris en charge par l'employeur sur la « base obligatoire » du régime professionnel de santé.

2. La cotisation aux garanties du régime professionnel de santé pour les anciens salariés et bénéficiaires visés par les articles 5.2.1 et 5.3 est égale à :

	COTISATION DUE PAR PERSONNE ASSURÉE Base obligatoire	
	Régime général	Régime local
Salarié en suspension de contrat de travail non rémunéré	1,09 %	0,60 %
Ancien salarié bénéficiaire d'une pension d'invalidité, d'incapacité ou en préretraite	1,41 %	0,78 %
Ancien salarié privé d'emploi bénéficiaire ou non d'un revenu de remplacement	1,25 %	0,69 %
Ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite	1,63 %	0,90 %

Les cotisations susmentionnées sont à la charge des personnes souhaitant bénéficier du maintien des garanties du régime. Elles peuvent bénéficier d'un financement au titre de la solidarité du régime professionnel de santé (art. 8).

Article 6.2

Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur indicative pour 2015 : 3 170 €).

Article 7

Règles relatives à l'instauration du régime professionnel de santé en fonction de la situation de l'entreprise

Tous les salariés compris dans le cadre collectif défini à l'article 3 doivent, à la date du 1^{er} janvier 2016, bénéficier des garanties prévues à l'article 4.

A cet effet, toutes les entreprises sont tenues d'adhérer au plus tard le 1^{er} janvier 2016 à un organisme d'assurance (mentionné à l'article 1^{er} de la loi du 31 décembre 1989) pour se conformer aux obligations du présent régime professionnel qui entre en vigueur à cette date.

Le choix de l'organisme recommandé visé à l'article 10.1 garantit à l'entreprise et à ses salariés le respect de l'ensemble des prescriptions du régime professionnel en matière de couverture santé : bénéficiaires, garanties, maintiens, droits non contributifs...

L'entreprise rejoignant l'organisme recommandé est affiliée pour toute la durée de la recommandation du régime professionnel de santé définie à l'article 10.2, et ce conformément à l'alinéa 2 de l'article L. 932-12 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises n'ayant pas rejoint l'organisme recommandé ne peuvent changer d'assureur ni modifier le contrat couvrant les salariés que dans le respect des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur.

Article 7.1

Cas de l'entreprise n'ayant pas mis en place de garanties santé avant le 1^{er} janvier 2016

Lorsque aucune garantie santé n'a été mise en place dans l'entreprise avant le 1^{er} janvier 2016, l'employeur a l'obligation de mettre en place un régime respectant *a minima* l'ensemble des prescriptions du régime professionnel de santé instauré par le présent accord, au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Lorsque le chef d'entreprise envisage des garanties supérieures en tout ou partie à celles définies par le régime professionnel ou financées pour plus de 50 % par l'entreprise, les garanties santé et leur financement sont déterminés selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Article 7.2

Cas de l'entreprise ayant mis en place des garanties santé avant le 1^{er} janvier 2016

En présence d'une couverture santé antérieure au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime professionnel de santé.

A ce titre, il devra notamment veiller à ce que :

- chaque garantie interne à l'entreprise soit supérieure ou égale aux garanties du régime professionnel de santé ;
- la participation patronale au régime interne à l'entreprise soit au moins égale à 50 % de la cotisation du régime professionnel de santé « Base minimum conventionnelle obligatoire » pour le salarié seul (50 % de la cotisation fixée au point 1 de l'article 6.1) ;
- le régime interne respecte bien les dispositions de l'article 8 et propose notamment les actions de solidarité spécifiques ;

- le bénéfice des garanties du régime professionnel de santé à titre gratuit pour les enfants handicapés du salarié (art. 3) ;
- les conditions de bénéfice et de maintien des garanties, y compris pour les anciens salariés, soient au moins aussi favorables que celles du régime professionnel de santé.

Article 7.3

Détermination de la conformité d'une couverture antérieure

En présence d'une couverture antérieure au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime professionnel de santé (art. 7.2) et l'adapter conformément aux dispositions suivantes :

1. Le contrat couvrant l'entreprise doit garantir tous les salariés présents et futurs tels que définis par le présent accord (absence de condition d'ancienneté minimale, dispenses d'affiliation) ;
2. La couverture doit être solidaire et responsable selon les définitions du régime professionnel de santé ;
3. La situation individuelle de tout salarié couvert antérieurement au 1^{er} janvier 2016 doit être comparée aux dispositions du régime professionnel de santé défini par le présent accord :
 - s'il ne bénéficie pas d'une prestation prévue par le régime professionnel, il faudra inclure celle-ci dans le contrat collectif dont la part patronale est égale à 50 % ;
 - lorsqu'un poste de garantie composé des prestations définies par le régime professionnel existe déjà, il faudra comparer son quantum (tableaux des garanties santé du régime professionnel de santé de l'article 4) et son financement en fonction de la ventilation par poste définie ci-après :
 - a) Si le quantum est inférieur au barème conventionnel, il doit être mis à niveau dans le contrat collectif dont la part patronale, égale à 50 %, doit être le cas échéant augmentée ;
 - b) Si le quantum est supérieur au barème conventionnel, il doit être maintenu et la part patronale correspondant au barème conventionnel doit être, le cas échéant, augmentée pour respecter la règle du financement à 50/50 ;
 - les prestations précédemment en place et non prévues dans le panier conventionnel sont maintenues ainsi que leur mode de financement ;
 - si des prestations précédemment en place correspondent partiellement à ce que prévoit le régime professionnel soit en raison d'un intitulé différent, soit en raison de l'utilisation d'un barème différent, il sera nécessaire de modifier le contrat pour permettre la comparaison.

LIBELLÉ DU POSTE	VENTILATION EN POURCENTAGE DE LA COTISATION de la base obligatoire du régime professionnel de santé pour le salarié seul	
	Régime général	Régime local
Hospitalisation	13 %	3 %
Soins courants	22 %	17 %
Pharmacie	26 %	12 %
Dentaire	29 %	49 %
Optique	9 %	18 %
Autres	1 %	1 %

4. Les vérifications ci-dessus permettent d'isoler la part des prestations prévues par le contrat qui demeure supérieure au minimum défini par le régime professionnel ainsi que le financement correspondant ; le niveau antérieur de prestation pourra, le cas échéant, être conservé par la souscription de garanties optionnelles ouvertes à tous les salariés ou à des catégories objectives préalablement définies et dont le financement est librement déterminé.

Les vérifications ci-dessus seront normalement effectuées dans la même forme que celles qui avaient présidé à la mise en place initiale de la couverture, déterminée selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. En présence de délégués syndicaux, elles peuvent donner lieu à une négociation tendant à l'adaptation des couvertures antérieures au vu des dispositions du régime professionnel.

Article 8

Degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé

Le régime professionnel de santé prévoit l'obligation de proposer à tous les salariés qui bénéficient des garanties de la branche professionnelle le bénéfice d'une action sociale dite institutionnelle, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles.

Elle est mise en œuvre et financée par l'organisme en charge de l'assurance du régime de l'entreprise.

Au-delà de l'action sociale institutionnelle, un degré élevé de solidarité, spécifique au régime professionnel de santé, est mis en œuvre.

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé prévoit :

- le bénéfice des garanties du régime professionnel de santé à titre gratuit pour les enfants handicapés de salarié (comme définie au sein de l'article 3) ;
- le bénéfice de conditions tarifaires plus favorables que les prescriptions légales pour les anciens salariés non retraités bénéficiaires de la structure d'accueil au titre de la loi Evin comme défini à l'article 5 ;
- l'élargissement de la structure d'accueil précédemment décrite aux salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement et aux salariés en suspension de contrat de travail non rémunérés tel que le prévoit l'article 5 ;
- le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés.

Les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité, et comportements en termes de consommation médicale ;

- la prise en charge de prestations d'action sociale pouvant comprendre notamment :
 - à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
 - à titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit, ou des aidants familiaux.

Article 9

Commission paritaire de surveillance

Il est institué au sein de la profession une commission paritaire de surveillance du régime professionnel de santé composée d'un membre de chaque organisation syndicale représentative des salariés et autant de membres représentant le collège patronal, chaque partie ayant le même nombre de voix.

La commission paritaire de surveillance exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire nationale, qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La présidence de cette commission et la fonction de secrétaire sont assurées par le président de la commission paritaire nationale ou par un représentant désigné par lui pour le remplacer.

La commission paritaire de surveillance définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant.

Article 9.1

Rôle de la commission paritaire de surveillance

La commission paritaire de surveillance a notamment pour rôles :

- l'application et l'interprétation du présent accord instaurant le régime professionnel de santé ainsi que ses dispositions contractuelles ;
- l'étude de l'évolution de la garantie santé et des conditions de maintien de celle-ci ;
- l'examen des comptes de résultats et bilan financier produits par l'organisme assureur ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- le choix de l'organisme paritaire recommandé ;
- la négociation avec l'organisme paritaire recommandé, notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;
- l'étude pour favoriser l'accès des entreprises adhérentes à la branche professionnelle ;
- l'étude des statistiques demandées à l'organisme recommandé pour la qualité de service et gestion ;
- la décision d'affectation pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche ;
- la définition du degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé et son pilotage mis en œuvre par l'organisme recommandé ;
- l'éventuelle étude des cas sociaux difficiles.

Pour toutes ces tâches, la commission paritaire de surveillance peut demander l'aide d'experts financés dans des conditions déterminées contractuellement.

Article 9.2

Réunions

La commission paritaire se réunit au minimum deux fois par an sur convocation du secrétariat confié à l'organisation employeur de la branche, les décisions se prenant à la majorité des voix.

Article 9.3

Application du régime professionnel de santé

L'organisme recommandé par les partenaires sociaux à l'article 10.1 peut être mandaté par le présent accord pour accomplir les démarches nécessaires au nom de l'ensemble des organisations représentatives signataires afin de garantir l'application du régime professionnel aux salariés et entreprises de la branche.

A la demande du comité paritaire de surveillance ci-dessus, il peut vérifier la situation des entreprises qui n'ont pas souscrit la garantie santé frais de santé auprès de lui à la date du 1^{er} janvier 2016.

Le comité paritaire de surveillance, suite aux vérifications, peut, le cas échéant, informer les organismes assureurs ayant en portefeuille des contrats non conformes aux prescriptions du présent accord.

L'organisme recommandé est fondé, sur décision du comité paritaire de surveillance, à intenter toute action en justice en vue d'obtenir l'exécution du présent accord par application des articles L. 2261-15 et L. 2262-1 du code du travail, sans préjudice des actions que les organisations signataires peuvent exercer concernant les faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession par application de l'article L. 2132-3 du même code.

Les organisations professionnelles et syndicales de salariés liées par le présent accord ainsi que leurs membres adhérents sont fondés à obtenir en justice l'exécution du présent accord conformément aux articles L. 2262-4 et L. 2262-9 et suivants du code du travail.

PARTIE II
ORGANISME RECOMMANDÉ

Article 10

Mutualisation professionnelle

Article 10.1

Organisme recommandé pour la mutualisation professionnelle

L'organisme recommandé pour l'assurance des garanties frais de santé ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties est l'institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale : Humanis Prévoyance, dont le siège social est à Paris (75116), 7 rue de Magdebourg.

L'organisme recommandé est chargé de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'oblige à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord, ce qui entraîne notamment les conséquences suivantes :

- il s'oblige à accepter l'adhésion de toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, y compris les entreprises qui ne pourraient trouver auprès des autres assureurs l'application de la couverture de la branche au tarif proposé en raison de l'état de santé ou de la situation des salariés qu'elle emploie ;
- il s'interdit de suspendre la couverture des salariés en raison de la défaillance de l'entreprise dans le paiement des cotisations.

L'organisme recommandé est mandaté par les partenaires sociaux pour contrôler l'application du régime professionnel de la branche dans les conditions définies à l'article 9.3 du présent accord.

Toute entreprise est en capacité de souscrire auprès d'Humanis Prévoyance, dès le dépôt légal du présent accord, la garantie frais de santé conforme aux prescriptions du régime professionnel de la branche.

Humanis Prévoyance est choisi pour gérer, pour les entreprises ayant adhéré auprès d'elle, sur délégation des partenaires sociaux, le fonds de solidarité défini à l'article 11.

Article 10.2

Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle

L'organisme est recommandé pour une durée de 2 ans. Cependant, le choix de l'organisme recommandé peut être modifié par la commission paritaire de surveillance, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1^{er} janvier après notification à l'organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont au réexamen des conditions de mutualisation des garanties et à une mise en concurrence au plus tard dans les 2 ans à partir de l'entrée en vigueur du régime professionnel de santé au 1^{er} janvier 2016.

Article 10.3

Comptes de résultats et rapport annuel

Chaque année, au plus tard le 31 mai, l'organisme assureur recommandé soumet à l'approbation de la commission paritaire les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre précédent, ainsi que d'une manière générale tous les documents ou informations nécessaires à l'exercice de cette mission.

Une fois les comptes approuvés, la commission paritaire propose aux assureurs l'affectation des éventuels excédents après constitution des provisions et réserves légales et conventionnelles.

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de résultats en conformité avec les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 sont détaillés dans les engagements contractuels signés entre les parties signataires du présent accord et l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion du régime professionnel de santé.

L'organisme recommandé produit également, pour approbation par les partenaires sociaux, le rapport annuel sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre prévu par l'alinéa 3 de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 11

Fonds de solidarité

Un fonds de solidarité est financé par un prélèvement de 3 % sur les cotisations définies à l'article 6.1 versées par les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord et ayant choisi l'organisme assureur recommandé à l'article 10.1.

Il garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel de santé définies par l'article 8.

Le fonds de solidarité bénéficie aux seules entreprises ayant rejoint l'organisme assureur recommandé, à charge, pour les autres entreprises, de veiller au respect des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel de santé, notamment auprès de leur organisme assureur.

Chaque année, le financement du fonds de solidarité est réexaminé, en fonction des comptes de résultats défini, à l'article 10.3, sur décision annuelle de la commission paritaire de surveillance après concertation avec l'organisme assureur recommandé.

Un règlement est établi entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux de la branche, afin de permettre notamment :

- la mise à disposition de moyens humains et matériels par l'organisme pour la gestion du fonds mis à disposition de la commission paritaire ;
- de déterminer les modalités notamment les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale librement décidées par les partenaires sociaux de la branche ;
- la réalisation de la politique d'action sociale, de secours et d'entraide auprès des salariés, ayants droit et anciens salarié de la branche et de prévention dans le respect de la solidarité du régime professionnel de santé déterminée à l'article 8.

Article 12

Couvertures complémentaires facultatives

Des couvertures complémentaires ont été définies par les partenaires sociaux. Elles bénéficient de conditions tarifaires privilégiées car négociées auprès de l'organisme recommandé.

L'accès et la mise en œuvre de ces couvertures font l'objet d'une contractualisation avec l'organisme assureur recommandé (règle de souscription, définition des bénéficiaires...).

On entend par « couvertures complémentaires facultatives » :

- les ayants droit du salarié tels que définis par le contrat avec l'organisme assureur recommandé ;
Pour le salarié ayant demandé que ses ayants droit bénéficient du régime professionnel de santé au même niveau de garantie que lui, les cotisations correspondantes sont à sa charge exclusive et s'ajoutent à sa cotisation due au titre du régime obligatoire ;
- les garanties supplémentaires aux garanties prévues dans la base obligatoire du régime professionnel de santé dénommées l'« option ».

Si le salarié choisit d'être garanti au titre de l'« option », les cotisations s'ajoutent à la cotisation de la base obligatoire. Elles sont alors à la charge exclusive du salarié.

S'il le souhaite, et à sa charge exclusive, le salarié peut également demander que ses ayants droit, tels que définis par le présent accord, bénéficient des garanties de l'« option ». Les cotisations au titre de l'« option » sont dues par personne assurée et s'ajoutent à la cotisation due pour le salarié.

Si l'entreprise le souhaite, elle peut également choisir, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise, d'améliorer la couverture obligatoire du régime professionnel de santé en souscrivant « l'option » à titre obligatoire au sein de l'entreprise pour le salarié seul.

Les conditions tarifaires et garanties des couvertures complémentaires facultatives sont présentées en annexe de cet accord.

Article 13

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée de 2 ans.

Article 14

Entrée en vigueur

Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 15

Notification. – Dépôt. – Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et, à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt, puis de l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 22 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FNEP.

Syndicats de salariés :

FEP CFDT ;

SNPEFP CGT ;

SNEPL CFTC ;

SYNEP CFE-CGC ;

FNEC FP FO.

ANNEXE

Tableau des garanties

Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale, hormis pour la garantie optique.

	RAPPEL base obligatoire régime professionnel de santé	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
Hospitalisation (médicale, chirurgicale) (*)		
Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100 % BR	100 % BR
Honoraires facturés par un médecin du secteur 1 ou adhérent du CAS (**)	100 % BR	200 % BR
Honoraires facturés par un médecin non adhérent du CAS (**)	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière hors maternité	–	100 € par jour
Lit accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans	–	50 € par jour
Transport accepté par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Soins courants (*)		
Consultations, visites médecins ⁽¹⁾	100 % BR	200 % BR
Petite chirurgie, actes techniques médicaux ⁽¹⁾	100 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	300 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie ⁽¹⁾	100 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	300 % BR
(1) Complément pour les médecins du secteur 1 ou adhérents du CAS (**).	–	+ 100 % BR
Pharmacie (*)		
Pharmacie prise en charge par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Dentaire (*)		
Soins dentaires hors inlays, onlays remboursés par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires inlays, onlays remboursés par la sécurité sociale	340 % BR	500 % BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	340 % BR	500 % BR
Implants refusés par la sécurité sociale (par an et par personne)	–	500 €
Optique (*)		
Un remboursement tous les 2 ans pour les adultes, sauf évolution de la vision médicalement constatée (hors enfant de moins de 18 ans) (***)		
A. – Verres dits simples avec monture (***)	100 €	470 €

	RAPPEL base obligatoire régime professionnel de santé	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
B. – Verres dits complexes avec monture (***)	200 €	750 €
C. – Verres dits très complexes avec monture (***)		850 €
Lentilles acceptées ou non par la sécurité sociale par an	100 €	250 €
Chirurgie réfractive (pour les deux yeux par an)	–	500 €
Maternité (*)		
Forfait naissance	–	300 €
Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	–	300 €
Chambre particulière	–	100 € par jour
Autres actes (*)		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin	–	Forfait de 400 € par an
Sur prescription médicale : – pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs – sevrage tabagique – ostéodensitométrie non remboursée par la sécurité sociale	–	Forfait de 400 € par an
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale	100 % BR	500 % BR
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100 % BR	500 % BR
Prothèses auditives	100 % BR	500 € par oreille tous les 2 ans
FR : frais réels. BR : base de remboursement de la sécurité sociale (restituée pour actes non acceptés). (*) Remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables. Prise en charge au minimum du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par la sécurité sociale. (**) Contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. (***) L'équipement optique complet (2 verres + monture) est limité à un remboursement tous les 2 ans, sauf évolution de la vision médicalement constatée et hors enfant de moins de 18 ans. Dans ces deux cas, il est fait application d'un remboursement tous les ans. La part prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. En cas d'équipement mixte composé d'un verre A et B, A et C ou B et C, il est fait application de la moyenne des deux niveaux de remboursement. On entend : – par « verres simples » les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; – par « verres complexes » les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ; – par « verres très complexes » les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.		

Tableaux des cotisations des couvertures complémentaires

Cotisations facultatives du salarié pour lui-même et ses ayants droit

	COTISATION DUE PAR PERSONNE ASSURÉE			
	Régime général		Régime local	
	Base	Option (en surcoût de la base)	Base	Option (en surcoût de la base)
Salarié seul	Article 6 de l'accord	+ 1,62 %	Article 6 de l'accord	+ 1,62 %

	COTISATION DUE PAR PERSONNE ASSURÉE			
	Régime général		Régime local	
	Base	Option (en surcoût de la base)	Base	Option (en surcoût de la base)
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	+ 1,20 %	+ 1,78 %	+ 0,66 %	+ 1,78 %
Affiliation facultative par enfant à charge (*)	+ 0,71 %	+ 1,04 %	+ 0,39 %	+ 1,04 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.				

**Cotisations de l'entreprise pour une couverture de l'« option » à titre obligatoire
et extensions facultatives du salarié à ses ayants droit**

	COTISATION DUE PAR PERSONNE ASSURÉE Option obligatoire dans l'entreprise	
	Régime général	Régime local
Salarié seul en obligatoire	2,68 %	2,22 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	+ 2,94 %	+ 2,45 %
Affiliation facultative par enfant à charge (*)	+ 1,71 %	+ 1,42 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.		