

Brochure n° 3351

Convention collective nationale
IDCC : 2691. – ENSEIGNEMENT PRIVÉ INDÉPENDANT

ACCORD DU 4 JUILLET 2017
RELATIF AU RÉGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ 2018-2022

NOR : ASET1750765M
IDCC : 2691

Entre
FNEP

D'une part, et
FEP CFDT
SNPEFP CGT
SNEPL CTFC
SYNEP CFE-CGC
FNEC FP FO

D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux se sont rencontrés et entendus pour faire évoluer le régime précédent de remboursements des frais de santé au sein de la branche. Les dispositions du présent accord se substituent aux dispositions de l'accord de branche du 22 septembre 2015 relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé conclu pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017 et intègrent l'avenant n° 1 dudit accord en date du 29 juin 2016.

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 conservent 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 cotisations négociés et maintenus pendant 3 ans, ainsi que d'engagements sur la qualité de service ;

- un pilotage paritaire du régime permettant d'en contrôler l'application, d'en assurer le meilleur rapport coût/prestations ainsi que 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 et de solidarité pour les populations les plus fragiles en y consacrant 3 % de toutes les cotisations.

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 des deux organismes assureurs les mieux disant, conformément au cahier des charges publié le 30 mars 2017 sur marchés.online.com, le 1^{er} avril 2017 au *Journal officiel* de l'union européenne et le 7 avril 2017 dans l'argus de l'assurance.

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 du présent régime au bénéfice des anciens salariés dont la cessation d'activité ouvre droit à l'assurance chômage, sauf faute lourde, dénommé portabilité, et adapte les modalités du versement santé aux spécificités du secteur d'activité.

Ce régime, conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2018, propose :

- 4 niveaux de garanties pour le salarié et/ou l'employeur ;
- le choix, pour l'employeur qui le souhaite, d'une cotisation « famille » à tous les niveaux ;
- le choix pour le salarié de couvrir, à ses frais, ses ayants droit ainsi que d'adhérer, le cas échéant, à une option supérieure à celle choisie par son employeur.

Les partenaires sociaux rappellent que les instances de représentation du personnel doivent être informées et consultées en amont pour les choix que l'employeur peut être amené à faire (organisme assureur, niveau de couverture obligatoire, cotisation famille...).

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Suite à l'appel à concurrence mené début 2017 conformément à la procédure définie par le décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015, le présent accord fait évoluer l'actuel régime professionnel de remboursement des frais de santé (dénommé régime professionnel de santé), créé par accord de branche du 22 septembre 2015 au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective de l'enseignement privé indépendant (code IDCC 2691).

Il définit les garanties, les cotisations et leur répartition, la solidarité professionnelle mise en œuvre ainsi que les organismes recommandés 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 2018 relève du champ d'application professionnel et territorial de la convention collective tel qu'il est défini à l'article 1.1.1 de la convention collective nationale du 27 novembre 2007. Les entreprises relevant de l'enseignement à distance sont intégrées au présent accord.

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 OBLIGATOIRE DE SANTÉ

Article 3

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

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 demandes de dispenses d'affiliation peuvent être faites par les salariés dans des cas limitatifs. Elles sont définies à l'article 3.2 et mises en œuvre selon des 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 en contrat court ou à temps très partiel bénéficiant du versement santé dans les conditions de l'article 3.4 ci-après ;
- 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 leur embauche. 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.

La liste des dispenses ci-dessus reprend celle de la législation en vigueur. Tout cas de dispense d'ordre public qui viendrait à être créé postérieurement à la signature de cet accord pourra être accordé.

Article 3.3

Modalités de mise en œuvre des dispenses

Pour l'application des cas de dispenses 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.

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

Mise en œuvre de la faculté à demander le bénéfice du versement santé (conforme à l'avenant n° 1 du 29 juin 2016 à l'accord du 22 septembre 2015 étendu par arrêté du 28 avril 2017)

Dans le respect de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois ou ceux dont la durée effective du travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine ont la faculté, en lieu et place du bénéfice du régime professionnel de santé, de demander le bénéfice d'un versement par leur employeur d'une somme déterminée par l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, sous réserve de justifier d'une couverture individuelle conforme à celle définie par le II de l'article L. 911-7-1 dudit code.

Cependant, au regard de l'accord du 23 juin 2014 relatif à l'organisation de la durée du travail à temps partiel au sein de la branche, et de l'article 4.4.1 de la convention collective définissant le temps de travail des enseignants, la faculté à demander le bénéfice du versement santé sera accordée, pour le personnel enseignant à temps partiel, si la durée de travail de leur contrat est inférieure ou égale à 65 heures d'activité par mois.

Cette durée mensuelle est appréciée sur la durée totale du contrat pour les contrats de moins de 12 mois ou la durée annuelle du contrat pour les contrats de 12 mois et plus.

Article 4

Cas particuliers de bénéficiaires à titre gratuit

Sont bénéficiaires à titre gratuit :

a) 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. 9) ;

b) Les salarié(e)s en congé parental à temps plein, défini par les articles L. 1225-47 et suivants du code du travail bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation obligatoire par la solidarité du régime professionnel de santé (art. 9) pendant 1 an.

Article 5

Garanties obligatoires 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 5.1, 5.2 et 5.3.

Excepté pour les garanties assistance, les seules limites ou exclusions de garanties sont mentionnées à l'article 5.1.2.

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.

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 5.1

Garantie obligatoire frais de santé du régime professionnel de santé

Article 5.1.1

Liste des prestations de la garantie obligatoire 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 et à domicile y compris maternité) (*)	
Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100 % BR
Honoraires d'un médecin en secteur 1 ou adhérent OPTAM/OPTAM-CO (**)	100 % BR
Honoraires facturés par un médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO (**)	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100 % FR
Transport remboursé par la sécurité sociale	100 % BR
Soins courants (*)	
Consultations/visites médecins généralistes	100 % BR
Consultations/visites médecins spécialistes	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
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100 % FR
Pharmacie (*)	
Pharmacie prise en charge par la sécurité sociale	100 % BR

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel de santé
Dentaire (*)	
Soins dentaires hors inlays/onlays remboursés par la sécurité sociale	100 % BR
Prothèses dentaires/inlays onlays remboursés par la sécurité sociale	150 % BR
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	150 % BR
Optique (*) 1 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 (***)	150 €
B. – Verres dits complexes avec monture (***)	300 €
C. – Verres dits très complexes avec monture (***)	400 €
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou non/an	110 €
Autres actes*	
Vaccin antigrippe (1 par an)	100 % FR
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale	100 % BR
Prothèses médicales, orthopédiques et autres remboursées par la sécurité sociale	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	100 % BR
<p>FR : frais réels.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale (reconstitué 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>(**) Option de pratique tarifaire maîtrisée conclue 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 1 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 2 niveaux de remboursement.</p> <p>De plus, pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, est acceptée la prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés. Le remboursement s'applique alors à chacun des équipements considéré individuellement.</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 5.1.2

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 5.2

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
Un 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 + 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 limitée 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 également en œuvre une politique active de prévention dont les orientations sont définies à l'article 9 dans le cadre de la solidarité du régime professionnel de santé.

Article 5.3

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 ou d'immobilisation. Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges suite à un acte médical ou un produit de santé.

Article 6

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

Article 6.1

Maintien des garanties du régime professionnel de santé dans le cadre de la portabilité (au titre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)

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 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 ;
- 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 à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, 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 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 du 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 6.2

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

Article 6.2.1

Bénéficiaires de ce maintien

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Évin, 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.

Article 6.2.2

Conditions de ce maintien

L'employeur informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail, notamment en cas de décès. L'organisme assureur adresse la proposition de maintien individuel de la couverture aux bénéficiaires visés à l'article 6.2.1 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 6.1, ou du décès du salarié.

Les bénéficiaires 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 6.1.

Article 6.3

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

Article 6.3.1

Suspension des garanties du régime professionnel de santé

En dehors des cas exposés à l'article 6.2.1 sous la responsabilité de l'organisme assureur ou du maintien à titre gratuit exposé au titre de la solidarité professionnelle de l'article 9, 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.

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

Article 6.3.2

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 donne lieu à indemnités journalières de sécurité sociale et/ou à des indemnités complémentaires ou à une rente d'invalidité au titre du régime de prévoyance ;
- pour congé maternité, congé paternité ou congé formation (dont formation économique sociale et syndicale) lorsque le salaire est maintenu totalement ou partiellement.

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 de l'article 7.1 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 7

Cotisations

Article 7.1

Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire 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.

La cotisation mensuelle aux garanties du régime professionnel de santé (incluant le financement de la portabilité défini à l'art. 6.1), exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est égale à :

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL
	Base obligatoire	Base obligatoire
	Cotisation due par personne assurée	Cotisation due par personne assurée
Salarié seul en obligatoire	0,98 %	0,36 %
Enfant handicapé	Gratuite	Gratuite

Au minimum 50 % de la cotisation pour le salarié seul est pris en charge par l'employeur au titre de la couverture obligatoire dans l'entreprise.

Pour le régime local, la part salariée de la cotisation correspond tout au plus à la différence entre le montant de la cotisation en vigueur pour le régime local et 50 % du montant de la cotisation en vigueur pour le régime général pris en charge par l'employeur.

Article 7.2

Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur indicative pour 2017 de 3 269 €).

Article 8

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

Toutes les entreprises sont tenues, depuis le 1^{er} janvier 2016 d'adhérer à un organisme d'assurance (mentionné à l'art. 1^{er} de la loi du 31 décembre 1989) pour se conformer aux obligations du régime professionnel de santé instauré par l'accord de branche du 22 septembre 2015. Les entreprises sont tenues de se conformer aux dispositions du présent accord à partir du 1^{er} janvier 2018.

Le choix d'un organisme recommandé visé à l'article 11.1 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 un des organismes recommandés est affiliée pour toute la durée de la recommandation du régime professionnel de santé définie à l'article 11.2 ce conformément à l'alinéa 2 de l'article L. 932-12 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises n'ayant pas rejoint un des organismes recommandés 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 8.1

Cas de l'entreprise ayant mis en place des garanties santé avant le 1er janvier 2018

En présence d'une couverture santé antérieure au 1^{er} janvier 2018, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux évolutions du régime professionnel de santé qui prendront effet au 1^{er} janvier 2018.

À 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 obligatoire » pour le salarié seul (50 % de la cotisation fixée à l'art. 7.1) ;
- 3 % du montant de la cotisation totale hors taxes du régime obligatoire de l'entreprise acquittée par l'employeur et le salarié soient affectés au financement des actions de solidarité définies par le régime professionnel de santé ;
- le régime interne respecte bien les dispositions de l'article 9 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. 4) ;
- le bénéfice des garanties du régime professionnel de santé à titre gratuit pour les salariés en congé parental à temps plein pendant 1 an (art. 4) ;
- 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 8.2

Détermination de la conformité d'une couverture antérieure

En présence d'une couverture antérieure au 1^{er} janvier 2018, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime professionnel de santé (art. 8.1) 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 2018 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 au moins 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 5) 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 au moins à 50 %, doit être le cas échéant augmentée ;
 - b) si le quantum est supérieur au barème conventionnel, il peut 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.

(En pourcentage.)

Libellé du poste	VENTILATION PAR POSTE DE PRESTATIONS EN POURCENTAGE DE LA COTISATION de la base obligatoire du régime professionnel de santé pour le salarié seul	
	Régime général	Régime local
Hospitalisation	11	2
Soins courants	26	16
Pharmacie	23	14
Dentaire	15	22
Optique	23	45
Autres	2	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.

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.

Les instances de représentation du personnel, lorsqu'elles existent, sont informées et consultées préalablement.

Article 9

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 obligatoire dans l'entreprise à titre gratuit pour les enfants handicapés de salarié (comme défini au sein de l'art. 4) ;
- le bénéfice du maintien pendant 1 an du régime obligatoire dans l'entreprise à titre gratuit pour les salarié(e)s en congé parental à temps plein (comme défini à l'art. 4) ;
- 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 10

Commission paritaire nationale de prévoyance

La commission paritaire nationale de prévoyance est instituée par l'article 2.3.4 de la convention collective de l'enseignement privé indépendant. Son rôle est élargi dans le cadre du présent accord.

Article 10.1

Rôle de la commission paritaire nationale de prévoyance pour le régime professionnel de santé

La commission paritaire nationale de prévoyance (CPNP) a notamment pour rôle :

- 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 maintiens de celle-ci ;
- l'examen des comptes de résultat et bilan financier produits par l'organisme assureur ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- le choix du ou des organismes assureurs recommandés ;
- la réflexion sur l'évolution des cotisations et/ou la révision des prestations et leur négociation ;
- l'étude pour favoriser l'accès des entreprises adhérentes à la branche professionnelle ;
- l'étude des statistiques demandées à ou aux organismes assureurs recommandés pour la qualité de service et gestion ;
- la décision d'affectation pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche ;
- le pilotage du degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé mis en œuvre par le ou les organismes assureurs recommandés et son évolution ;
- l'éventuelle étude des demandes d'actions sociales.

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

Article 10.2

Application du régime professionnel obligatoire de santé

Un prestataire peut être mandaté par les partenaires sociaux pour accomplir les démarches nécessaires au nom de l'ensemble des organisations représentatives signataires aux fins de garantir l'application du régime professionnel aux salariés et entreprises de la branche.

À la demande de la commission paritaire nationale de prévoyance, il peut vérifier la situation des entreprises qui n'ont pas souscrit la garantie santé frais de santé auprès des organismes assureurs recommandés.

La CPNP, suite aux vérifications, peut le cas échéant, informer les organismes assureurs qu'ils ont en portefeuille des contrats non conformes aux prescriptions du présent accord.

Les organisations professionnelles et syndicales de salariés liées par le présent accord ainsi que leurs membres adhérents sont fondées 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
ORGANISMES RECOMMANDÉS

Article 11

Mutualisation professionnelle

Article 11.1

Organismes recommandés pour la mutualisation professionnelle

Les deux organismes assureurs recommandés pour l'assurance des garanties frais de santé ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties sont :

- Humanis prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
- Harmonie mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Ces organismes assureurs recommandés sont chargés de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'obligent à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord, ce qui entraîne notamment les conséquences suivantes :

- ils s'obligent 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'elles emploient ;
- ils s'interdisent de suspendre la couverture des salariés en raison de la défaillance de l'entreprise dans le paiement des cotisations.

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

Article 11.2

Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle

Les deux organismes sont recommandés pour une durée de 5 ans. Cependant, le choix d'un ou des deux organismes recommandés peut être modifié, par les partenaires sociaux siégeant en CPNP, tous les ans, à partir du 1^{er} janvier 2021, chaque 1^{er} janvier après notification à chaque 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 5 ans à partir de la signature du présent accord.

Article 11.3

Comptes de résultats et rapport annuel

Chaque année, au plus tard le 31 mai, les organismes recommandés soumettent 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 leur mission.

Une fois les comptes approuvés, la commission paritaire décide de l'affectation des éventuels excédents après constitution des réserves conventionnelles et des provisions.

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de résultat 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 les organismes recommandés pour l'assurance et la gestion du régime professionnel de santé.

Les organismes recommandés produisent également, pour approbation par les partenaires sociaux, leur 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 12

Fonds de solidarité de branche

Un fonds de solidarité de branche est financé par un prélèvement de 3 % sur toutes les cotisations hors taxes versées par les entreprises et les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord et ayant choisi l'un des organismes assureurs recommandés à l'article 11.1.

Ces organismes garantissent la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel de santé définies par l'article 9.

Le fonds de solidarité bénéficie aux seules entreprises ayant rejoint l'un des organismes assureurs recommandés à charge, pour les autres entreprises, de veiller au respect du financement de 3 % de la cotisation hors taxes consacrée à la solidarité et au respect des actions de solidarités 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 résultat définis à l'article 11.3, sur décision annuelle de la CPNP.

Un règlement est établi entre les organismes recommandés et les partenaires sociaux de la branche afin de permettre notamment :

- la mise à disposition de moyens humains et matériels par les organismes 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 et de prévention de la branche dans le respect de la solidarité du régime professionnel de santé déterminée à l'article 9.

Article 13

Couvertures complémentaires facultatives

Des couvertures complémentaires facultatives ont été définies par les partenaires sociaux. Elles bénéficient de conditions tarifaires privilégiées car négociées auprès des organismes assureurs recommandés.

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

Article 13.1

Définition des couvertures complémentaires

Article 13.1.1

Couvertures complémentaires employeur

Si l'entreprise le souhaite, elle peut 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 (A) en souscrivant, dans le cadre de sa cotisation obligatoire :

- à une des 3 options B, C ou D rendue obligatoire au sein de l'entreprise pour le salarié seul ;
- à la couverture des ayants droit du salarié, tels que définis par le contrat avec les organismes recommandés, au régime de base A ou à une des options B, C ou D – de même niveau que le salarié ;
- à la cotisation dite « famille » telle que définie par le contrat avec les organismes recommandés au régime de base A ou à une des options B, C ou D.

Au minimum 50 % de la cotisation obligatoire est pris en charge par l'employeur au titre de la couverture obligatoire dans l'entreprise.

Article 13.1.2

Couvertures complémentaires salariés

Les couvertures complémentaires facultatives permettent au salarié :

- de choisir d'être garanti au-delà de la base obligatoire de son employeur au titre d'une des 3 options supérieures B, C ou D, les cotisations s'ajoutent à la cotisation de la base obligatoire de son entreprise. Elles sont alors à la charge exclusive du salarié ;
- de faire bénéficier ses ayants droit de garanties qui sont obligatoirement les mêmes que celles dont il bénéficie. Les cotisations au titre de ces « options » B, C ou D sont dues par personne assurée, s'ajoutent à la cotisation due pour le salarié et sont à sa charge exclusive ;
- si l'employeur a opté pour le régime « famille » à titre obligatoire, d'être garanti, lui et sa famille au-delà du régime obligatoire de son employeur, la cotisation supplémentaire correspondante étant à sa charge exclusive.

Article 13.2

Tableau des garanties des couvertures complémentaires

Sont mentionnées ci-dessous les garanties de la base obligatoire du régime professionnel de santé dites A telles que définies à l'article 5.1.1 et les niveaux de couverture complémentaire facultative B, C et D.

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

	BASE OBLIGATOIRE A régime professionnel de santé	OPTION B (sous déduction de la base obligatoire)	OPTION C (sous déduction de la base obligatoire)	OPTION D (sous déduction de la base obligatoire)
Hospitalisation (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité) (*)				
Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires d'un médecin secteur 1 ou adhérent OPTAM/OPTAM-CO (**)	100 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Honoraires facturés par un médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-CO (**)	100 % BR	130 % BR	155 % BR	180 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière hors maternité	–	50 € par jour	75 € par jour	100 € par jour
Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	–	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour
Transport remboursé par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins courants (*)				
Consultations/visites médecins généralistes ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Consultations/visites médecins spécialistes ⁽¹⁾	100 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR

	BASE OBLIGATOIRE A régime professionnel de santé	OPTION B (sous déduction de la base obligatoire)	OPTION C (sous déduction de la base obligatoire)	OPTION D (sous déduction de la base obligatoire)
Petite chirurgie/actes techniques médicaux ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
(1) Complément pour les médecins secteur 1 ou adhérents à l'OPTAM (**)	–	+ 20 % BR	+ 40 % BR	+ 100 % BR
Pharmacie (*)				
Pharmacie prise en charge par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dentaire (*)				
Soins dentaires hors inlays/onlays remboursés par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires/inlays onlays remboursés par la sécurité sociale	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Implants, piliers implantaires refusés par la sécurité sociale (par an et par personne)	–	–	250 €	500 €
Optique (*) 1 remboursement tous les 2 ans pour les adultes sauf évolution de la vision médicalement constatée (hors enfant de – 18 ans) (***)				
A – Verres dits simples avec monture (***)	150 €	200 €	340 €	470 €
B – Verres dits complexes avec monture (***)	300 €	370 €	500 €	750 €
C – Verres dits très complexes avec monture (***)	400 €	490 €	670 €	850 €
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou non/an	110 €	140 €	180 €	250 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux par an)	–	330 €	410 €	500 €
Maternité (*)				
Forfait naissance (doublé en cas de naissance multiple)	–	–	150 €	300 €
Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	–	–	150 €	300 €
Chambre particulière	–	50 € par jour	75 € par jour	100 € par jour

	BASE OBLIGATOIRE A régime professionnel de santé	OPTION B (sous déduction de la base obligatoire)	OPTION C (sous déduction de la base obligatoire)	OPTION D (sous déduction de la base obligatoire)
Autres actes (*)				
Acupuncture, chiropractie, ostéopathe, psychologue et psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin	–	Forfait de 120 € par an par bénéficiaire	Forfait de 260 € par an par bénéficiaire	Forfait de 400 € par an par bénéficiaire
Vaccin antigrippe (1 par an)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Sur prescription médicale : – pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs ; – sevrage tabagique ; – ostéodensitométrie non remboursée par la sécurité sociale	–	Forfait de 60 € par an par béné- ficiaire	Forfait de 120 € par an par béné- ficiaire	Forfait de 400 € par an par béné- ficiaire
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale	100 % BR	150 % BR	300 % BR	500 % BR
Prothèses médicales, orthopédiques et autres remboursées par la sécurité sociale	100 % BR	150 % BR	300 % BR	500 % BR
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR + 250 €/oreille tous les 2 ans	100 % BR + 600 €/oreille tous les 2 ans	100 % BR + 1 000 €/oreille tous les 2 ans
<p>FR : Frais réels.</p> <p>BR : Base de remboursement de la sécurité sociale (reconstitué 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>(**) Option de pratique tarifaire maîtrisée conclue 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 1 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 2 niveaux de remboursement.</p> <p>De plus, pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, est acceptée la prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés. Le remboursement s'applique alors à chacun des équipements considéré individuellement.</p> <p>On entend :</p> <p>– 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 ;</p> <p>– 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 ;</p> <p>– 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.</p>				

Article 13.3

Tableaux des cotisations des couvertures complémentaires

Sont mentionnées ci-dessous les cotisations mensuelles de la base obligatoire du régime professionnel de santé dite A tels que définies à l'article 7.1 et les cotisations des niveaux de couverture complémentaires facultatives B, C et D en fonction du choix effectué par l'entreprise et/ou le salarié exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Article 13.3.1

Régime obligatoire de l'entreprise. – Base A

Régime général de sécurité sociale

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)			
	BASE A obligatoire	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Structure de cotisation CCN : salarié(e) seul(e) en obligatoire	0,98 %	+ 0,58 %	+ 0,93 %	+ 1,33 %
Facultatif conjoint, pacsé, concubin	1,08 %	+ 0,64 %	+ 1,01 %	+ 1,46 %
Facultatif enfant (*)	0,61 %	+ 0,40 %	+ 0,61 %	+ 0,86 %
Facultatif famille	2,77 %	+ 1,44 %	+ 2,23 %	+ 3,18 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.				

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)			
	BASE A obligatoire	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Cotisation famille obligatoire	1,77 %	+ 1,27 %	+ 2,12 %	+ 2,94 %

Régime local de sécurité sociale (Alsace-Moselle)

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)			
	BASE A obligatoire	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Structure de cotisation CCN : Salarié(e) seul(e) en obligatoire	0,36 %	+ 0,58 %	+ 0,93 %	+ 1,33 %
Facultatif conjoint, pacsé, concubin	0,40 %	+ 0,64 %	+ 1,01 %	+ 1,46 %
Facultatif enfant (*)	0,23 %	+ 0,40 %	+ 0,61 %	+ 0,86 %
Facultatif famille	0,86 %	+ 1,44 %	+ 2,23 %	+ 3,18 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.				

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)			
	BASE A obligatoire	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Cotisation famille obligatoire	0,66 %	+ 1,27 %	+ 2,12 %	+ 2,84 %

Article 13.3.2

Régime obligatoire de l'entreprise. – option B

Régime général de sécurité sociale

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)		
	OPTION B obligatoire	OPTION C	OPTION D
Structure de cotisation CCN : salarié(e) seul(e) en obligatoire	1,60 %	+ 0,38 %	+ 0,80 %
Facultatif conjoint, pacsé, concubin	1,76 %	+ 0,42 %	+ 0,88 %
Facultatif enfant (*)	1,03 %	+ 0,24 %	+ 0,50 %
Facultatif famille	3,82 %	+ 0,90 %	+ 1,88 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.			

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)		
	OPTION B obligatoire	OPTION C	OPTION D
Cotisation famille obligatoire	2,91 %	+ 0,72 %	+ 1,41 %

Régime local de sécurité sociale

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)		
	OPTION B obligatoire	OPTION C	OPTION D
Structure de cotisation CCN : salarié(e) seul(e) en obligatoire	0,97 %	+ 0,38 %	+ 0,80 %
Facultatif conjoint, pacsé, concubin	1,05 %	+ 0,42 %	+ 0,88 %
Facultatif enfant (*)	0,64 %	+ 0,24 %	+ 0,50 %
Facultatif famille	2,33 %	+ 0,90 %	+ 1,88 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.			

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)		
	OPTION B obligatoire	OPTION C	OPTION D
Cotisation famille obligatoire	1,78 %	+ 0,72 %	+ 1,41 %

Article 13.3.3

Régime obligatoire de l'entreprise. – option C

Régime général de sécurité sociale

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)	
	OPTION C obligatoire	OPTION D
Structure de cotisation CCN : salarié(e) seul(e) en obligatoire	1,91 %	+ 0,49 %
Facultatif conjoint, pacsé, concubin	2,10 %	+ 0,54 %
Facultatif enfant (*)	1,23 %	+ 0,30 %
Facultatif famille	4,56 %	+ 1,16 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.		

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)	
	OPTION C obligatoire	OPTION D
Cotisation famille obligatoire	3,47 %	+ 0,59 %

Régime local de sécurité sociale

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)	
	OPTION C OBLIGATOIRE	OPTION D
Structure de cotisation CCN : salarié(e) seul(e) en obligatoire	1,28 %	+ 0,49 %
Facultatif conjoint, pacsé, concubin	1,39 %	+ 0,54 %
Facultatif enfant (*)	0,83 %	+ 0,30 %
Facultatif famille	3,06 %	+ 1,16 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.		

	COTISATION FACULTATIVE SUPPLÉMENTAIRE SALARIÉ(E)	
	OPTION C obligatoire	OPTION D
Cotisation famille obligatoire	2,33 %	+ 0,59 %

Article 13.3.4

Régime obligatoire de l'entreprise en option D

Régime général de sécurité sociale

	OPTION D obligatoire
Structure de cotisation CCN : salarié(e) seul(e) en obligatoire	2,27 %
Facultatif conjoint, pacsé, concubin	2,49 %
Facultatif enfant (*)	1,44 %
Facultatif famille	5,37 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.	

	OPTION D obligatoire
Cotisation famille obligatoire	4,10 %

Régime local de sécurité sociale

	OPTION D obligatoire
Structure de cotisation CCN : salarié(e) seul(e) en obligatoire	1,65 %
Facultatif conjoint, pacsé, concubin	1,81 %
Facultatif enfant (*)	1,05 %
Facultatif famille	3,91 %
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.	

	OPTION D obligatoire
Cotisation famille obligatoire	3,00 %

Article 14

Entrée en vigueur et durée de l'accord

Le présent accord d'une durée déterminée de 5 ans entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018 et s'applique jusqu'au 31 décembre 2022.

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 4 juillet 2017.

(Suivent les signatures.)