

**Accord du 27 novembre 2023**  
relatif au régime professionnel de santé 2024-2028

NOR : ASET2450632M

IDCC : 2691

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**FNEP,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FEP CFTD ;**

**SNPEFP CGT ;**

**SNEPL CFTC ;**

**SYNEP CFE-CGC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Les partenaires sociaux se sont rencontrés et ont entendu faire évoluer le régime professionnel de santé de la branche issu de l'accord du 4 juillet 2017 et de ses trois avenants. Les stipulations du présent accord se substituent donc à celles de l'accord du 4 juillet 2017 relatif au régime professionnel de santé ainsi qu'à ses trois avenants des 27 septembre 2019, 5 février 2021 et 5 décembre 2022.

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, dans le cadre du présent accord, 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 deux ans hors évolutions législatives ou réglementaires, 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.

Par ailleurs, les partenaires sociaux réitèrent leur volonté de doter le régime professionnel « frais de santé » d'un dispositif de prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité (DES). Ce dispositif, destiné à promouvoir une politique active de prévention, d'action sociale et de solidarité pour les populations les plus fragiles, est financé à hauteur de 3 % de toutes les cotisations hors taxes du régime obligatoire de l'entreprise acquittées par les entreprises et les salariés (le socle et les éventuelles options rendues obligatoires) entrant dans le champ d'application du présent accord.

En outre, le présent accord permet 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.

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 31 mai 2023 sur Marchéonline.com et le 2 juin 2023 dans l'Argus de l'assurance et le Moniteur.

Ce régime propose :

- 4 niveaux de garanties pour le salarié et/ou l'employeur ;
- le choix pour l'employeur qui le souhaite ou suite à négociation d'entreprise, de mettre en place de manière obligatoire, une cotisation « famille » à chaque niveau de couverture ;
- le choix pour le salarié de couvrir, à ses frais, ses ayants droit ainsi que d'adhérer, le cas échéant, à un niveau de couverture supérieur à celui rendu obligatoire dans l'entreprise.

Les partenaires sociaux rappellent que :

- les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord sont tenues de se conformer aux dispositions du présent accord à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, en formalisant, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, leur choix de régime au regard des possibilités visées à l'article 8 ainsi que la répartition des cotisations entre l'entreprise et les salariés ;
- 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<sup>er</sup> | Objet et champ d'application**

Suite à l'appel à la concurrence mené au cours de l'année 2023 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 santé, formalisé dans l'accord du 4 juillet 2017, 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 entre l'employeur et le salarié, la solidarité professionnelle mise en œuvre ainsi que les organismes recommandés pour la couverture 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 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 | Hiérarchie des normes et accords d'entreprise**

Conformément aux articles L. 2253-1, L. 2253-2 et L. 2253-3 du code du travail, il ne peut être dérogé dans un sens moins favorable par accord d'entreprise aux dispositions du présent accord. 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 et 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 d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense prend fin dès que le salarié cesse de bénéficier de cette couverture ou de 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. Sont notamment visés par l'arrêté, les dispositifs de remboursement de « frais de santé » remplissant les conditions mentionnées

au II, 4° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire).

La liste des dispenses ci-dessus reprend celle de la législation en vigueur.

Les salariés peuvent également demander à être dispensés d'adhérer s'ils remplissent les conditions, pour se prévaloir d'une dispense d'ordre public, prévues aux articles L. 911-7, D. 911-2 et D. 911-5 du code de la sécurité sociale. 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 une demande écrite expresse par chacun des salariés sollicitant une dispense d'affiliation traduisant un consentement libre et éclairé de ces derniers. Cette demande doit préciser les garanties auxquelles renonce le salarié et comporter la mention selon laquelle il a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix, à savoir qu'il renonce au bénéfice des garanties « frais de santé » mises en place par son employeur, à la participation financière de son employeur (sauf dans le cas de dispense au titre du versement santé), au dispositif de portabilité des droits et aux dispositions de l'article 4 de la loi « Evin » du 31 décembre 1989, rappelés à l'article 6 du présent accord.

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 ainsi que de la désignation de l'organisme assureur qui le couvre et la date de fin de droits. 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**

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 des bénéficiaires à titre gratuit**

Sont bénéficiaires à titre gratuit :

a) Les enfants handicapés de salariés (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'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal). Ils bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation par la solidarité du régime professionnel de santé (art. 11).

b) Les salarié(e)s en congé parental à temps plein, défini par les articles L. 1225-47 et suivants du code du travail. Ils bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation obligatoire par la solidarité du régime professionnel de santé (art. 11) pendant 1 an.

c) Les salariés en contrat d'apprentissage définis par les articles L. 6221-1 et suivants du code du travail et en contrat de professionnalisation définis par les articles L. 6325-1 et suivants du code du travail. Ils bénéficient de la prise en charge de leur part de cotisation obligatoire par la solidarité du régime professionnel (art. 11) pendant la durée de leur période d'alternance qui ne peut excéder 3 ans, la part patronale restant à la charge de l'employeur.

## **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 garanties de la couverture obligatoire figurent en annexe du présent accord.

Les remboursements indiqués s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

### **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 et notamment les actes ci-dessous :

	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) Haemophilus influenzae 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 11 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.

## **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 souscrites par le salarié 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 à l'organisme assureur à la cessation du contrat de travail les justificatifs d'ouverture des droits à l'assurance chômage et par la suite l'ensemble des justificatifs permettant de justifier qu'il est toujours éligible à la continuité de la couverture.

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 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 rentes 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 11, 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***

#### **Cas de suspension du contrat de travail indemnisée**

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire par l'employeur ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, total ou partiel, quelle qu'en soit la nature. Cela concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou activité partielle de longue durée (relevant des dispositions des articles L. 5122-1, R. 5122-1 et suivants du code du travail ou de l'article 53 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020), dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires



sont réduits, ainsi que les périodes de congés rémunérées par l'employeur (notamment le congé maternité et le congé de formation économique sociale et syndicale) ;

- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ; ou
- de rentes invalidité financées au moins en partie par l'entreprise.

Ce maintien a ainsi vocation à s'appliquer, notamment en cas de congé maternité, congé paternité ou congé formation [dont le formation économique sociale et syndicale]), ou encore en cas de mise en œuvre du dispositif d'activité partielle ou encore d'activité partielle de longue durée.

Dans ces 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 applicables aux salariés dont le contrat de travail n'est pas suspendu.

### **Autres cas de suspension du contrat de travail**

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 et répartition des cotisations**

■ 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.

■ Au minimum 50 % de la cotisation pour le salarié seul est prise 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 mensuelles (incluant le financement de la portabilité défini à l'article 6.1) sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur indicative pour 2024 de 3 864 €).

## **Article 8 | Couvertures complémentaires facultatives**

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

Les garanties des couvertures complémentaires figurent en annexe du présent accord.

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 8.1 | Couvertures complémentaires obligatoires au choix de l'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 en souscrivant :

- à une des 3 options B, C ou D, rendue obligatoire au sein de l'entreprise pour le salarié seul :
  - « Base obligatoire A » ; ou
  - « Base A + option B obligatoires » ; ou
  - « Base A + option C obligatoires » ; ou
  - « Base A + option D obligatoires » ;
- ou à la cotisation dite « famille » obligatoire telle que définie par le présent accord, 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.

Ce choix peut également résulter d'un accord d'entreprise conclu après négociation collective entre partenaires sociaux.

## **Article 8.2 | Couvertures complémentaires salariés**

Les couvertures complémentaires facultatives permettent au salarié :

- d'être garanti, selon le choix opéré par son employeur, au-delà de la base obligatoire, au titre de l'une des 3 options supérieures B, C ou D. Les cotisations au titre de ces options facultatives s'ajoutent à la cotisation de la base obligatoire. 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 » facultatives B, C ou D. sont dues par personne assurée, et s'ajoutent aux cotisations dues par le salarié et sont à sa charge exclusive.

## **Article 9 | Tableau détaillé des cotisations des différents niveaux de couverture**

Sont mentionnées, ci-dessous, pour les salariés relevant du régime général et ceux relevant du régime Alsace-Moselle :

- le montant des cotisations mensuelles de la base obligatoire du régime professionnel de santé dite « base A » tels que définies à l'article 7.1 et les cotisations des niveaux de couverture complémentaires B, C et D, facultatives ou obligatoires, en fonction du choix effectué par l'entreprise et/ou le salarié exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- le montant de la cotisation famille obligatoire telle que définie à l'article 8.1 et les cotisations des niveaux de couverture complémentaires facultatives B, C et D. en fonction du choix effectué par l'entreprise exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties obligatoires et facultatives		Salarié(e) seul(e) en obligatoire	Facultatif conjoint, pacsé, concubin	Facultatif Enfant (gratuité de la cotisation à partir du 3 <sup>e</sup> enfant)	Cotisation famille obligatoire
Régime général (RG)	Base obligatoire A	0,98 %	+ 1,05 %	+ 0,65 %	1,73 %
	Option B (option obligatoire qui s'ajoute à la base A ou facultative pour le salarié)	+ 0,85 %	+ 0,94 %	+ 0,60 %	+ 1,36 %
	Option C (option obligatoire qui s'ajoute à la base A ou facultative pour le salarié)	+ 1,38 %	+ 1,50 %	+ 0,96 %	+ 2,48 %
	Option D (option obligatoire qui s'ajoute à la base A ou facultative pour le salarié)	+ 2,08 %	+ 2,28 %	+ 1,47 %	+ 3,52 %
	Base obligatoire A	0,39 %	+ 0,42 %	+ 0,26 %	0,69 %
Régime local (Alsace-Moselle)	Option B (option obligatoire qui s'ajoute à la Base A ou facultative pour le salarié)	+ 0,85 %	+ 0,94 %	+ 0,60 %	+ 1,36 %
	Option C (option obligatoire qui s'ajoute à la base A ou facultative pour le salarié)	+ 1,38 %	+ 1,50 %	+ 0,96 %	+ 2,48 %
	Option D (option obligatoire qui s'ajoute à la base A ou facultative pour le salarié)	+ 2,08 %	+ 2,28 %	+ 1,47 %	+ 3,52 %

## **Article 10 | 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<sup>er</sup> janvier 2016, d'offrir à leurs salariés une couverture minimale obligatoire en matière de remboursement des frais de santé.

C'est dans ce cadre que les partenaires sociaux ont souhaité instaurer un socle minimal de garanties de branche et permettre aux entreprises de la branche de mettre en œuvre ces garanties auprès d'un organisme assureur recommandé. L'instauration de régime professionnel de santé a été formalisé dans le cadre d'un accord du 22 septembre 2015 puis dans un accord du 4 juillet 2017.

À l'occasion du nouvel accord, les partenaires sociaux de la branche ont décidé de mettre en place un régime reposant sur les mêmes principes que précédemment.

Le choix d'un organisme recommandé visé à l'article 13.1 garantit à l'entreprise et à ses salariés de participer à un périmètre de mutualisation et de respecter l'ensemble des obligations conventionnelles prévues par le présent accord en matière de couverture santé : bénéficiaires, garanties, maintiens et droits non contributifs...

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord :

- sont tenues de se conformer aux dispositions du présent accord à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, en formalisant, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, leur choix de régime au regard des possibilités visées à l'article 8.1 ;
- pourront, si elles le souhaitent, en adapter ses dispositions, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, à condition d'assurer des garanties au moins équivalentes.

■ Les partenaires sociaux recommandent aux entreprises relevant du champ d'application de l'accord de souscrire un contrat d'assurance auprès d'un des organismes assureurs recommandés afin de bénéficier du régime de branche et d'être assurées de respecter leurs obligations conventionnelles.

■ Les entreprises, voulant instaurer leur propre régime ou disposant de leur propre régime de remboursement de frais de santé, pourront l'instaurer ou le maintenir à la condition que les garanties offertes par le contrat souscrit soient au moins équivalentes à celles définies dans le présent accord et d'informer et consulter préalablement les instances de représentation du personnel.

Ainsi, l'employeur devra vérifier que celui-ci est conforme aux évolutions du régime professionnel de santé qui prendront effet au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

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 ;
- aucune condition d'ancienneté minimale ne soit exigée ;
- les dispenses d'affiliations prévues par le présent accord soient respectées ;
- 3 % de toutes les cotisations hors taxes du régime obligatoire de l'entreprise acquittées par les entreprises et les salariés (le socle et les éventuelles options rendues obligatoires) 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 11 et propose notamment les actions de solidarité prévues par le présent accord ;
- le bénéfice des garanties du régime professionnel de santé à titre gratuit pour les enfants handicapés du salarié soit respecté (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 soit respecté (art. 4) ;
- le bénéfice des garanties du régime professionnel de santé à titre gratuit pour les salariés en contrat d'apprentissage et contrat de professionnalisation pendant leur période d'alternance qui ne peut excéder 3 ans soit respecté (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 11 | 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 dont bénéficie le salarié à titre gratuit pour les enfants handicapés de salarié (comme défini au sein de l'article 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'article 4) ;
- le bénéfice des garanties du régime obligatoire dans l'entreprise à titre gratuit pour les salariés en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation pendant leur période d'alternance qui ne peut excéder 3 ans (comme défini à l'article 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.

Pour être financées par le fonds de solidarité du régime de branche, les actions de prévention menées dans les entreprises devront nécessairement :

- associer les représentants du personnel (élus CSE, délégués syndicaux et/ou représentants de la section syndicale) à chaque étape ;

- être réservées aux entreprises qui remplissent leurs obligations légales en matière de prévention des risques professionnels (DUERP, PAPRI Pact, information-consultation des instances de représentation du personnel...) ;
- s’inscrire dans la durée avec un plan pluriannuel prévoyant une évaluation des mesures mises en place et de leurs effets ;
- prévoir un cofinancement de la part de l’entreprise.

## **Article 12 | 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 12.1 | 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 maintien 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, après leur mise en concurrence ;
- 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, et de son fonds dédié, mis en œuvre par le ou les organismes assureurs recommandés et son/leur 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 12.2 | 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 frais de santé auprès des organismes assureurs recommandés.

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 13 | Mutualisation professionnelle**

#### **Article 13.1 | 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 :

- Malakoff Humanis, 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.

Ainsi, ils s'obligent à accepter l'adhésion de toute entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord.

Toute entreprise est en capacité de souscrire auprès de Malakoff Humanis 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 13.2 | Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle et sort des réserves**

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 effet du 1<sup>er</sup> janvier après notification à chaque organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 6 mois.

Dans le cadre de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et des dispositions du 3<sup>o</sup> de l'article L. 2241-1 du code du travail, les parties signataires engageront une négociation en vue de la signature d'un nouvel accord, du réexamen des conditions de mutualisation des garanties et d'une mise en concurrence des assureurs 18 mois avant la fin de la recommandation.

En cas de résiliation du contrat cadre d'assurance, quelle que soit la partie qui en est à l'origine, les réserves sont transférées intégralement au/aux nouvel/nouveaux assureur/s recommandé/s ou à l'assureur restant recommandé conformément aux dispositions contractuelles conclues avec les assureurs recommandés.

#### **Article 13.3 | Comptes de résultats et rapport annuel**

Chaque année, au plus tard le 30 juin, 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 14 | Fonds de solidarité de branche**

Un fonds de solidarité de branche est financé par un prélèvement de 3 % sur toutes les cotisations hors taxes du régime obligatoire de l'entreprise acquittées par les entreprises et les salariés (le socle et les éventuelles options rendues obligatoires) entrant dans le champ d'application du présent accord et ayant choisi l'un des organismes assureurs recommandés à l'article 13.1.

Ces organismes garantissent la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel de santé définies par l'article 11.

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 13.3, 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 15 | Dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés**

Les partenaires sociaux précisent que le présent accord ne contient pas de disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

En effet, ils estiment que les dispositions prévues par le présent accord sont pleinement justifiées et s'appliquent à l'ensemble des entreprises de la branche et considèrent à ce titre qu'aucun dispositif spécifique n'est nécessaire pour les entreprises de moins de 50 salariés.

#### **Article 16 | Entrée en vigueur et durée de l'accord**

Le présent accord est conclu à durée déterminée pour une durée de 5 ans. Il entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et s'applique jusqu'au 31 décembre 2029. Les stipulations du présent accord se substituent à celles de l'accord du 4 juillet 2017 relatif au régime professionnel de santé ainsi qu'à ses trois avenants des 27 septembre 2019, 5 février 2021 et 5 décembre 2022.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant l'échéance du terme, de modifier le présent accord, conformément aux articles L. 2261-7-1 et L. 2261-8 du code du travail.

## **Article 17 | 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 27 novembre 2023.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	Niveau A	Niveau B	Niveau C	Niveau D
<b>HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité) *</b>				
<b>Frais de séjour en établissement conventionné ou non</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité)</b>				
▪ Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
▪ Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100 % BR	130 % BR	155 % BR	180 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Forfait patient urgence</b>	SRAP	SRAP	SRAP	SRAP
<b>Participation forfaitaire pour les actes coûteux</b>	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Chambre particulière hors maternité</b>	-	50 € / jour	75 € / jour	100 € / jour
<b>Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)</b>	-	30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour
<b>Transport accepté par la Sécurité sociale</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Maternité</b>				
▪ Forfait naissance (doublé en cas de naissance multiple)	-	-	150 €	300 €
▪ Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	-	-	150 €	300 €
▪ Chambre particulière maternité	-	50 € / jour	75 € / jour	100 € / jour
<b>SOINS COURANTS *</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultation / visites médecins généralistes, consultation en ligne				
▪ Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
▪ Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Consultation / visites médecins spécialistes, consultation en ligne				
▪ Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	160 % BR	220 % BR	300 % BR
▪ Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR
Petite chirurgie / Actes techniques médicaux				
▪ Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
▪ Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie				
▪ Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
▪ Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
<b>Médicaments</b>				
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie, hors médicament, prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Niveau A	Niveau B	Niveau C	Niveau D
<b>SOINS COURANTS * (suite)</b>				
<b>Matériel médical</b>				
Prothèses médicales, orthopédiques et autres remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR	300 % BR	500 % BR
<b>Participation forfaitaire pour les actes coûteux</b>	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>DENTAIRE * (Soins et prothèses remboursés par la Sécurité sociale)</b>				
<b>Soins et prothèses dentaires 100 % Santé</b>	SRAP	SRAP	SRAP	SRAP
<b>Soins</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Prothèses et soins prothétiques dentaires à « tarifs maîtrisés » ou « tarifs libres » remboursés par la Sécurité sociale</b>				
Prothèses fixes	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Inlay core	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Prothèses transitoires	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Inlay-onlay	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Prothèses amovibles	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
<b>Orthodontie</b>				
Acceptée par la Sécurité sociale	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
<b>Implants, piliers implantaires refusés par la Sécurité sociale</b>				
Forfait par an et par personne	-	-	250 €	500 €
<b>OPTIQUE * (équipement = 1 monture + 2 verres)</b>				
<b>Équipements optiques 100 % Santé ***</b>				
Lunettes (1 monture + 2 verres) de classe A	SRAP	SRAP	SRAP	SRAP
Prestations d'appairage pour les verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	SRAP	SRAP	SRAP	SRAP
Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	SRAP	SRAP	SRAP	SRAP
<b>Équipements optiques autre que 100 % Santé (monture + 2 verres de classe B)</b>				
Par bénéficiaire				
▪ Équipement avec 2 verres simples	150 €	200 €	340 €	420 €
▪ Équipement avec 2 verres complexes	300 €	370 €	500 €	700 €
▪ Équipement avec 2 verres très complexes	400 €	490 €	670 €	800 €
▪ Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	225 €	285 €	420 €	560 €
▪ Équipement avec 1 verre simple et 1 verre très complexe	275 €	345 €	505 €	610 €
▪ Équipement avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe	350 €	430 €	585 €	750 €
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B (dans la limite des PLV)</b>				
▪ Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour les verres de classe A ou B	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
▪ Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme, système antipétos, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
▪ Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Lentilles acceptées par la Sécurité sociale ou non</b>				
Forfait par an et par bénéficiaire en complément de la Sécurité sociale avec un minimum de 100 % BR pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale	110 €	140 €	180 €	250 €

	Niveau A	Niveau B	Niveau C	Niveau D
<b>OPTIQUE * (suite)</b>				
<b>Chirurgie réfractive</b>				
Forfait pour les 2 yeux par an et par bénéficiaire	-	330 €	410 €	500 €
<b>AIDES AUDITIVES * (Renouvellement par appareil tous les 4 ans)</b>				
<b>Équipement 100 % Santé (classe I) ***</b>	SRAP	SRAP	SRAP	SRAP
<b>Équipement tarifs libres (classe II)</b>				
Plafond pour chaque oreille y compris le remboursement de la Sécurité sociale	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Équipement comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive	100 % BR	100 % BR + 250 €/oreille	100 % BR + 600 €/oreille	100 % BR + 1000 €/oreille
<b>Accessoires et fournitures</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>AUTRES ACTES *</b>				
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, psychologue et psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin (forfait / an / bénéficiaire)	-	120 €	260 €	400 €
Vaccin anti grippe (max : 1 vaccin par an et par bénéficiaire)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Sur prescription médicale (forfait / an / bénéficiaire) :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs</li> <li>Sevrage tabagique</li> <li>Ostéodensitométrie non remboursée SS</li> </ul>	-	60 €	120 €	400 €
<b>Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale</b>	100 % BR	150 % BR	300 % BR	500 % BR
<b>Actes de prévention</b>	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Mon soutien psy</b>	inclus	inclus	inclus	inclus
<b>Assistance</b>	OUI	OUI	OUI	OUI

FR : Frais réels. BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés). PLV : Prix limite de vente.

SRAP : Sans reste à payer. Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(\*) 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. (\*\*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous. (\*\*\*) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

#### DEFINITIONS DES VERRES

##### Verre simple

- unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est <= + 4,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est <= 6,00 dioptries.

##### Verre complexe

- unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est > + 4,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est >= 0,25 dioptrie,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est > 6,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est <= + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est <= 8,00 dioptries.

##### Verre très complexe

- multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est > + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est >= 0,25 dioptrie,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est > 8,00 dioptries.