

**COMMISSION PARITAIRE NATIONALE DE
L'ENSEIGNEMENT PRIVE INDEPENDANT - IDCC 2691-
du 27 septembre 2019
CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE
L'ENSEIGNEMENT PRIVE INDEPENDANT**

**Avenant n°1 modifiant l'accord de branche du 4 juillet 2017
relatif au régime professionnel de santé
2018- 2022**

Mise en œuvre de la réforme 100% SANTE

Entre, d'une part :

- la Fédération nationale de l'enseignement privé (F.N.E.P.)

Et, d'autre part :

- Le S.N.E.P.L.-C.F.T.C. (Syndicat national de l'enseignement privé laïque-CFTC),
- Le S.N.P.E.F.P.- C.G.T. (Syndicat national des personnels de l'enseignement et de la formation privés - CGT),
- La F.E.P. - C.F.D.T. (Fédération de la formation et l'enseignement privés - CFDT),
- Le SYNEP / CFE-CGC (Syndicat national de l'enseignement privé - CFE-CGC),

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche ont décidé de faire évoluer le régime professionnel de santé du 4 juillet 2017 afin de prendre en compte la réforme dite du « 100% Santé », de garantir la pérennité financière du régime et d'élargir l'intervention de la solidarité professionnelle.

La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et le décret du 11 janvier 2019 nécessitent de modifier les garanties proposées par le régime professionnel afin de le mettre en conformité au 1^{er} janvier 2020. Les articles 5.1.1, 7.1, 13.2 et 13.3 sont ainsi modifiés pour intégrer les dispositions obligatoires du 100% santé, permettre au régime de continuer à bénéficier des avantages sociaux et fiscaux réservés aux contrats responsables et préserver son équilibre financier.

Dans le cadre de la solidarité professionnelle financée par 3% des cotisations du régime professionnel de santé, les partenaires sociaux ont décidé de mettre en œuvre la gratuité de la couverture pour les salariés en contrats d'apprentissage et de professionnalisation. A cette fin, les articles 4, 8.1 et 9 sont modifiés afin de garantir l'application de la mesure à l'ensemble des alternants de la branche.

Handwritten initials in blue ink: "32", "ca", "kb", "17", "12".

Article 1 - L'article 4 intitulé « Cas particuliers de bénéficiaires à titre gratuit » est désormais rédigé comme suit :

« 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 (article 9).
- B) Les salarié(e)s en congé parental à temps plein, défini par les articles L1225-47 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 (article 9) pendant 1 an.
- C) Les salariés en contrat d'apprentissage définis par les articles L6221-1 et suivants du code du travail et en contrat de professionnalisation définis par les articles L6325-1 et suivants du code du travail, bénéficient de la prise en charge de leur part de cotisation obligatoire par la solidarité du régime professionnel (article 9) 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 2 - L'article 5.1.1 intitulé « Liste des prestations de la garantie obligatoire santé du régime professionnel de santé » est désormais rédigé comme suit :

« Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées y compris le remboursement de la sécurité sociale.

Handwritten notes in blue ink, including the number '84' and several illegible scribbles.

**BASE OBLIGATOIRE
REGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ**

HOSPITALISATION

HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité)*

Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100% BR
HONORAIRES (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité)	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux (2)	100% FR
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR

SOINS COURANTS

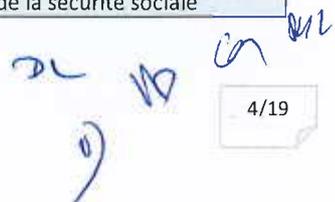
SOINS COURANTS*

HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations / visites médecins généralistes, consultations en ligne	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
Consultations / visites médecins spécialistes, consultations en ligne	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
Petite chirurgie / Actes techniques médicaux	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100% BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Auxiliaires médicaux	100% BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Analyses et examens de laboratoire	100% BR
MEDICAMENTS	
Médicaments pris en charge par la sécurité sociale	100% BR
Pharmacie, hors médicament, prise en charge par la sécurité sociale sur prescription	100% BR
MATERIEL MEDICAL	
Prothèses médicales, orthopédiques et autres remboursées par la Sécurité sociale	100% BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux (2)	100% FR

DL eq LP HL
g

DENTAIRE*		BASE OBLIGATOIRE REGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ
DENTAIRE	SOINS	
	Soins dentaire pris en charge par la sécurité sociale	100% BR
	PROTHESES REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	
	- prothèses et soins prothétiques dentaires 100% santé	sans reste à payer (3)
	- prothèses et soins prothétiques dentaires à tarifs maîtrisés	
	. Prothèses fixes	150% BR
	. Inlay-Core	150% BR
	. Prothèses transitoires	150% BR
	. Inlay onlay	150% BR
	. Prothèses amovibles	150% BR
	- prothèses et soins prothétiques dentaires à tarifs libres	
	. Prothèses fixes	150% BR
	. Inlay-Core	150% BR
	. Prothèses transitoires	150% BR
	. Inlay onlay	150% BR
. Prothèses amovibles	150% BR	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	150% BR	
OPTIQUE*		
Limitation à un équipement Lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 16 ans (1 équipement tous les ans) (5)		
<i>Équipement (1 monture + 2 verres) Adultes et Enfants avec un maximum de 100 € pour la monture</i>		
Équipements optique 100% Santé (***) :		
Lunettes (monture + 2 verres) de classe A	sans reste à payer (4)	
Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	sans reste à payer (4)	
Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	sans reste à payer (4)	
Lunettes (monture + 2 verres) de classe B :		
(a) Équipement avec 2 verres simples (a) (6)	150 €	
(c) Équipement avec 2 verres complexes (c) (6)	300 €	
(f) Équipement avec 2 verres très complexes (f) (6)	400 €	
(b) Équipement avec 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) (6)	225 €	
(d) Équipement avec 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) (6)	275 €	
(e) Équipement avec 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) (6)	350 €	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou 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	100% BR dans la limite des PLV	
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 B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséïconiques)	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR dans la limite des PLV	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale ou non par an et par bénéficiaire (avec un minimum de 100% BR pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale)	110 € en complément de la sécurité sociale	

OPTIQUE



		BASE OBLIGATOIRE REGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES*	
	Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	
	Jusqu'au 31/12/2020 :	100% BR
	À compter du 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
	- Equipement 100% santé (Classe I) *** (3)	Prise en charge intégrale
	- Equipement Tarifs Libres (Classe II) A partir du 1er janvier 2021, remboursement limité, pour chaque oreille, à 1700€ y compris Sécurité sociale et à une audioprothèse tous les 4 ans comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive	100% BR
	- Accessoires et fournitures	100% BR
AUTRES	AUTRES ACTES*	
	Vaccin anti grippe (1 par an)	100% FR
	Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	100% BR

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés)

PLV : Prix limite de vente

* : 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 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.

(1) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Tel que défini réglementairement au titre de la participation forfaitaire des assurés notamment pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, ainsi qu'aux frais d'hospitalisation en établissement de santé au cours de laquelle est effectué un acte de santé dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ».

(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(4) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(5) La prise en charge complémentaire est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les bénéficiaires ayant 16 ans et plus ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires ayant 16 ans et plus, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable.

Un renouvellement tous les 6 mois est autorisé pour les enfants de moins de 7 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La période d'un an n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

PLV
D
LD
29
146

Monture : remboursement limité à 100 € à partir du 1^{er} janvier 2020.

(6) Verres simples

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries ».

DL 10 G
M

Article 3 – L'article 7.1 intitulé « Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire de santé » est désormais rédigé comme suit :

« 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'article 6.1), exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est égale à :

	REGIME GENERAL	REGIME LOCAL
	Base obligatoire	Base obligatoire
	Cotisation due par personne assurée	Cotisation due par personne assurée
Salarié seul en obligatoire	1,00%	0,37%

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 4 - L'alinéa suivant complète l'article 8.1 intitulé « Cas de l'entreprise ayant mis en place des garanties santé avant le 1^{er} janvier 2018 » :

« A compter du 1^{er} janvier 2020, l'employeur devra veiller, en complément des précédentes dispositions, au 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 (article 4). »

Article 5 - L'article 9 intitulé « Degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé » est désormais rédigé comme suit :

« 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.

DL
LD
D
PAC
7/19

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 un 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 droits.
 - 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 6 - L'article 13.2 intitulé « Tableau des garanties des couvertures complémentaires » est désormais rédigé comme suit :

« 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 complémentaires facultatives B, C et D.

Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées y compris le remboursement de la sécurité sociale.

ML
DL
DL
DL

		BASE OBLIGATOIRE A Régime professionnel de santé	OPTION B (y compris la base obligatoire)	OPTION C (y compris la base obligatoire)	OPTION D (y compris la base obligatoire)
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité)*					
HOSPITALISATION	Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	HONORAIRES (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité)				
	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
	Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
	Participation forfaitaire pour les actes coûteux (2)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
	Chambre particulière hors maternité	Pas de prise en charge	50 €/jour	75 €/jour	100 €/jour
	Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	Pas de prise en charge	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
	Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	MATERNITE				
Forfait naissance (doublé en cas de naissance multiple)	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge	150 €	300 €	
Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge	150 €	300 €	
Chambre particulière maternité	Pas de prise en charge	50€/jour	75€/jour	100 €/jour	

JL CA
 D) ID PML

		BASE OBLIGATOIRE A Régime professionnel de santé	OPTION B (y compris la base obligatoire)	OPTION C (y compris la base obligatoire)	OPTION D (y compris la base obligatoire)
SOINS COURANTS*					
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX				
	Consultations / visites médecins généralistes, consultations 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
	Consultations / visites médecins spécialistes, consultations 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
	HONORAIRES PARAMEDICAUX				
	Auxiliaires médicaux	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
MEDICAMENTS					
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 sur prescription	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
MATERIEL MEDICAL					
Prothèses médicales, orthopédiques et autres remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	150% BR	300% BR	500% BR	
Participation forfaitaire pour les actes coûteux (2)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	

Handwritten notes and signatures in blue ink, including initials and a signature.

	BASE OBLIGATOIRE A Régime professionnel de santé	OPTION B (y compris la base obligatoire)	OPTION C (y compris la base obligatoire)	OPTION D (y compris la base obligatoire)
DENTAIRE*				
SOINS				
Soins dentaire pris en charge par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
PROTHESES REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE				
- prothèses et soins prothétiques dentaires 100% santé	sans reste à payer (3)	sans reste à payer (3)	sans reste à payer (3)	sans reste à payer (3)
- prothèses et soins prothétiques dentaires à tarifs maîtrisés				
. 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
- prothèses et soins prothétiques dentaires à tarifs libres				
. 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
Orthodontie acceptée 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)	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge	250 €	500 €

DL AB 09 04

	BASE OBLIGATOIRE A Régime professionnel de santé	OPTION B (y compris la base obligatoire)	OPTION C (y compris la base obligatoire)	OPTION D (y compris la base obligatoire)
--	---	---	---	---

OPTIQUE*

Limitation à un équipement Lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans,
sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 16 ans (1 équipement tous les ans) (5)

Équipement (1 monture + 2 verres) Adultes et Enfants avec un maximum de 100 € pour la monture

Équipements optique 100% Santé (*) :**

Lunettes (monture + 2 verres) de classe A	sans reste à payer (4)			
Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	sans reste à payer (4)			
Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	sans reste à payer (4)			
Lunettes (monture + 2 verres) de classe B :				
(a) Équipement avec 2 verres simples (a) (5)	150 €	200 €	340 €	420 €
(c) Équipement avec 2 verres complexes (c) (5)	300 €	370 €	500 €	700 €
(f) Équipement avec 2 verres très complexes (f) (5)	400 €	490 €	670 €	800 €
(b) Équipement avec 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) (6)	225 €	285 €	420 €	560 €
(d) Équipement avec 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) (6)	275 €	345 €	505 €	610 €
(e) Équipement avec 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) (6)	350 €	430 €	585 €	750 €
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou 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	100% BR dans la limite des PLV			
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 B	100% BR dans la limite des PLV			
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100% BR dans la limite des PLV			
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR dans la limite des PLV			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale ou non par an et par bénéficiaire (avec un minimum de 100% BR pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale)	110 € en complément de la sécurité sociale	140 € en complément de la sécurité sociale	180 € en complément de la sécurité sociale	250 € en complément de la sécurité sociale
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux / an)	pas de prise en charge	330 €	410 €	500 €

OPTIQUE

Handwritten notes and signatures:
 cl
 ML
 DL
 W
 y

		BASE OBLIGATOIRE A Régime professionnel de santé	OPTION B (y compris la base obligatoire)	OPTION C (y compris la base obligatoire)	OPTION D (y compris la base obligatoire)
AIDES AUDITIVES*					
AIDES AUDITIVES	Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale				
	Jusqu'au 31/12/2020 :	100% BR	100% BR + 250 €/Oreille tous les 2 ans	100% BR + 600 €/Oreille tous les 2 ans	100% BR + 1000 €/Oreille tous les 2 ans
	À compter du 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans				
	- Equipement 100% santé (Classe I) *** (3)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
- Equipement Tarifs Libres (Classe II) A partir du 1er janvier 2021, remboursement limité, pour chaque oreille, à 1700€ y compris Sécurité sociale et à une audioprothèse tous les 4 ans 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	
- Accessoires et fournitures	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
AUTRES ACTES*					
AUTRES	Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin	pas de prise en charge	Forfait de 120 €/An	Forfait de 260 €/An	Forfait de 400 €/An
	Vaccin anti grippe (1 par an)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
	Sur prescription médicale :				
	- pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs	pas de prise en charge	Forfait de 60 €/An	Forfait de 120 €/An	Forfait de 400 €/An
	- sevrage tabagique,				
	- ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	100% BR	150% BR	300% BR	500% BR	
Actes de prévention	<p align="center">100% BR</p> <p align="center">Détail des actes de prévention :</p> <p align="center">Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)</p> <p align="center">Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)</p> <p align="center">Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de quatorze ans)</p> <p align="center">Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)</p> <p align="center">Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour un des actes prévus :</p> <p align="center">Audiométrie tonale ou vocale / Audiométrie tonale avec tympanométrie / Audiométrie vocale dans le bruit / Audiométrie tonale ou vocale / Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie</p> <p align="center">Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limitée aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans</p> <p align="center">Les vaccinations suivantes seules ou combinées :</p> <p align="center">a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges</p> <p align="center">b) Coqueluche : avant 14 ans</p> <p align="center">c) Hépatite B : avant 14 ans</p> <p align="center">d) BCG : avant 6 ans</p> <p align="center">e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant</p> <p align="center">f) Haemophilus influenzae B</p> <p align="center">g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois</p>				
Assistance Santé	<p align="center">Garantie INCLUSE</p> <p align="center">notamment en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation et donnant accès à des conseils en cas de litige suite à un acte médical ou un produit de santé</p>				

DL M
D
13/19

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour les actes non acceptés)

PLV : Prix limite de vente

* : 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 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.

(1) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Tel que défini réglementairement au titre de la participation forfaitaire des assurés notamment pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, ainsi qu'aux frais d'hospitalisation en établissement de santé au cours de laquelle est effectué un acte de santé dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros.

(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(4) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(5) La prise en charge complémentaire est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les bénéficiaires ayant 16 ans et plus ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires ayant 16 ans et plus, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable.

Un renouvellement tous les 6 mois est autorisé pour les enfants de moins de 7 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La période d'un an n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Monture : remboursement limité à 100 € à partir du 1^{er} janvier 2020.

(6) Verres simples

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. »

Article 7 - L'article 13.3 intitulé « Tableaux des cotisations des couvertures complémentaires » est désormais rédigé comme suit :

« 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.

DL VD CG POC
v)

Article 13.3.1 : régime obligatoire de l'entreprise - Base A

REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)			
	BASE A OBLIGATOIRE	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Structure de cotisation CCN : Salarié(e) seul en obligatoire	1,00%	+0,67%	+ 1,07%	+ 1,62%
<i>Facultatif conjoint, pacsé, concubin</i>	1,08%	+ 0,74%	+ 1,16%	+ 1,78%
<i>Facultatif enfant*</i>	0,67%	+ 0,47%	+ 0,75%	+ 1,14%
<i>Facultatif famille</i>	2,77%	+ 1,66%	+ 2,56%	+ 3,88%

*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant

	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)			
	BASE A OBLIGATOIRE	OPTION B	OPTION C	OPTION D
<i>Cotisation famille obligatoire</i>	1,77%	+ 1,46%	+ 2,44%	+ 3,59%

REGIME LOCAL DE SECURITE SOCIALE (ALSACE MOSELLE)

	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)			
	BASE A OBLIGATOIRE	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Structure de cotisation CCN : Salarié(e) seul en obligatoire	0,37%	+ 0,67%	+ 1,07%	+ 1,62%
<i>Facultatif conjoint, pacsé, concubin</i>	0,40%	+ 0,74%	+ 1,16%	+ 1,78%
<i>Facultatif enfant*</i>	0,24%	+ 0,47%	+ 0,75%	+ 1,14%
<i>Facultatif famille</i>	0,86%	+ 1,66%	+ 2,56%	+ 3,88%

*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant

	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)			
	BASE A OBLIGATOIRE	OPTION B	OPTION C	OPTION D
<i>Cotisation famille obligatoire</i>	0,66%	+ 1,46%	+ 2,44%	+ 3,59%

DL
 D
 MLC
 G

Article 13.3.2 : régime obligatoire de l'entreprise – option B

REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

	OPTION B OBLIGATOIRE	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)	
		OPTION C	OPTION D
Structure de cotisation CCN :			
Salarié(e) seul en obligatoire	1,74%	+ 0,44%	+ 0,98%
<i>Facultatif conjoint, pacsé, concubin</i>	1,90%	+ 0,48%	+ 1,07%
<i>Facultatif enfant*</i>	1,19%	+ 0,31%	+ 0,68%
<i>Facultatif famille</i>	4,03%	+ 1,04%	+ 2,29%

*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant

	OPTION B OBLIGATOIRE	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)	
		OPTION C	OPTION D
<i>Cotisation famille obligatoire</i>	3,14%	+ 0,83%	+ 1,72%

REGIME LOCAL DE SECURITE SOCIALE (ALSACE MOSELLE)

	OPTION B OBLIGATOIRE	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)	
		OPTION C	OPTION D
Structure de cotisation CCN :			
Salarié(e) seul en obligatoire	1,11%	+ 0,44%	+ 0,98%
<i>Facultatif conjoint, pacsé, concubin</i>	1,22%	+ 0,48%	+ 1,07%
<i>Facultatif enfant*</i>	0,76%	+ 0,31%	+ 0,68%
<i>Facultatif famille</i>	2,62%	+ 1,04%	+ 2,29%

*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant

	OPTION B OBLIGATOIRE	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)	
		OPTION C	OPTION D
<i>Cotisation famille obligatoire</i>	2,03%	+ 0,83%	+ 1,72%

DL
 1/2
 CA
 9

Article 13.3.3 : régime obligatoire de l'entreprise – option C

REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)	
	OPTION C OBLIGATOIRE	OPTION D
Structure de cotisation CCN :		
Salarié(e) seul en obligatoire	2,12%	+ 0,60%
<i>Facultatif conjoint, pacsé, concubin</i>	2,30%	+ 0,66%
<i>Facultatif enfant*</i>	1,45%	+ 0,42%
<i>Facultatif famille</i>	4,92%	+ 1,42%

*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant

	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)	
	OPTION C OBLIGATOIRE	OPTION D
<i>Cotisation famille obligatoire</i>	3,81%	+ 0,72%

REGIME LOCAL DE SECURITE SOCIALE (ALSACE MOSELLE)

	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)	
	OPTION C OBLIGATOIRE	OPTION D
Structure de cotisation CCN :		
Salarié(e) seul en obligatoire	1,49%	+ 0,60%
<i>Facultatif conjoint, pacsé, concubin</i>	1,62%	+ 0,66%
<i>Facultatif enfant*</i>	1,02%	+ 0,42%
<i>Facultatif famille</i>	3,50%	+ 1,42%

*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant

	Cotisation facultative supplémentaire salarié(e)	
	OPTION C OBLIGATOIRE	OPTION D
<i>Cotisation famille obligatoire</i>	2,70%	+ 0,72%

Article 13.3.4 : régime obligatoire de l'entreprise en option D

REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

	OPTION D OBLIGATOIRE
Structure de cotisation CCN : Salarié(e) seul en obligatoire	2,61%
<i>Facultatif conjoint, pacsé, concubin</i>	2,84%
<i>Facultatif enfant*</i>	1,80%
<i>Facultatif famille</i>	6,02%
<small>*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant</small>	
	OPTION D OBLIGATOIRE
<i>Cotisation famille obligatoire</i>	4,68%

REGIME LOCAL DE SECURITE SOCIALE (ALSACE MOSELLE)

	OPTION D OBLIGATOIRE
Structure de cotisation CCN : Salarié(e) seul en obligatoire	1,98%
<i>Facultatif conjoint, pacsé, concubin</i>	2,16%
<i>Facultatif enfant*</i>	1,37%
<i>Facultatif famille</i>	4,67%
<small>*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant</small>	
	OPTION D OBLIGATOIRE
<i>Cotisation famille obligatoire</i>	3,57%

»

Article 8 Entrée en vigueur et durée de l'accord

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020 et s'applique jusqu'au 31 décembre 2022. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L.2261-7 à L.2261-12 du code du travail.

Article 9 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.

Sur ce dernier point, les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir le régime professionnel de santé applicable dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective, celui-ci ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L.2261-23-1 du Code du travail concernant les entreprises de moins de cinquante salariés.

Fait à Paris, en dix exemplaires originaux, le 27 septembre 2019.

ORGANISATION D'EMPLOYEURS	ORGANISATIONS REPRESENTATIVES DES SALARIES
<p>La F.N.E.P. (Fédération nationale de l'enseignement privé) représentée par Monsieur Patrice-Michel LANGLUMÉ.</p> <p><i>Patrice Langlumé</i></p>	<p>Le S.N.E.P.L.-C.F.T.C. (Syndicat national de l'enseignement privé laïque - CFTC) représenté par Madame Hélène DESCLÉE.</p> <p><i>H. Desclée</i></p>
	<p>Le S.N.P.E.F.P.- C.G.T. (Syndicat national des personnels de l'enseignement et de la formation privés - CGT) représenté par Madame Catherine GILABERT.</p> <p><i>C. Gilabert</i></p>
	<p>La F.E.P. - C.F.D.T. (Fédération de la formation et l'enseignement privés - CFTD) représentée par Monsieur Diego LEÓN.</p> <p><i>Diego León</i></p>
	<p>Le SYNEP / CFE-CGC (Syndicat national de l'enseignement privé - CFE-CGC) représenté par</p> <p><i>[Signature]</i></p>