



UNIPRÉVOYANCE

GUIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT



EEP SANTÉ

Pour identifier clairement

1. Les avantages de l'accord collectif de branche
2. Le contrat complémentaire santé de l'établissement
3. La mise en place du régime dans l'établissement
4. L'articulation du régime EEP Santé
5. L'adhésion des salariés
6. Les cotisations
7. Les garanties du régime EEP Santé
8. Les cas de maintien de garanties
9. UNIPREVOYANCE assureur du contrat

10, rue Massue - 94307 Vincennes Cedex
Tél. : 01 58 64 41 00 - Fax : 01 58 64 42 30

www.uniprevoyance.fr

Institution régie par le code de la Sécurité Sociale

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au : 61, rue Taitbout –
75009 PARIS

Votre Guide

Ce document n'est pas contractuel. Destiné aux chefs d'établissement ou Responsable social, il apporte des informations pratiques sur le régime frais de Santé et le dispositif contractuel. Les informations qu'il contient pourront évoluer en cas de modification du régime conventionnel de remboursement de frais de soin de santé.

Le régime concerne l'ensemble des salariés Cadres et Non Cadres de l'établissement ainsi que les maîtres rémunérés par l'Etat* exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico sociaux (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire).

Eclairage sur les définitions dans ce guide :

- L'adhérent est l'établissement ou l'organisme qui souscrit le contrat,
- L'assuré est le salarié Cadre ou Non Cadre ou le maître de droit privé rémunéré par l'Etat*.

1. Les avantages de l'accord collectif de branche

Pour tous, un régime solidaire et responsable dans l'esprit des valeurs de l'accord collectif de branche

✚ Un environnement sécurisé dans le cadre d'un régime mutualisé, piloté par les représentants de la branche.

Pour le salarié

- ✚ Des garanties de bon niveau pour lui et sa famille,
- ✚ Un coût moins élevé qu'un contrat individuel et une prise en charge par l'employeur sur le socle obligatoire de base du régime,
- ✚ L'accessibilité aux prestations de solidarité et d'actions sociales prévues par l'accord,
- ✚ La possibilité, pour le salarié de couvrir son conjoint et/ou ses ayants droits.

Pour l'Etablissement

- ✚ Un cadre fiscal et social avantageux.
- ✚ Le contrat d'assurance collective souscrit est un contrat « responsable » conformément aux articles L. 322-2 II et III, L. 871-1 et R. 871-1 et 2 du Code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'arrêté interministériel du 8 juin 2006.

Date d'effet

Le contrat d'adhésion prend effet à la date choisie par l'établissement et au plus tôt au premier jour du mois suivant réception du Bulletin d'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année suivante, sauf résiliation dans les conditions prévues dans l'accord.

2. Le contrat complémentaire santé de l'établissement

L'Etablissement est tenu de mettre en place le contrat Santé depuis le 01-01-2016.

A la date d'adhésion, l'Etablissement devient adhérent de l'accord national professionnel du 18 juin 2015 instauré par les partenaires sociaux de l'Interbranches des établissements d'enseignement privés.

Tous les salariés concernés ayant une ancienneté de 4 mois continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements (visés à l'article 2 de l'accord du 18 juin 2015) bénéficient obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel ils ont acquis cette ancienneté.

3. La mise en place du régime dans l'établissement

Pour entrer dans la mutualisation du régime, l'établissement doit souscrire le contrat auprès de l'un des organismes recommandés par les représentants de la branche.

L'Etablissement devient alors membre adhérent.

Pour régulariser son adhésion, l'Adhérent doit :

- Remplir et signer le Bulletin d'adhésion
- Le retourner à l'organisme assureur (à l'adresse ci-dessous),
- Remettre aux personnels salariés, le Bulletin individuel d'affiliation
- Remettre aux personnels salariés, la notice d'information fournie par l'assureur,
- Conserver l'accusé réception du salarié justifiant de la remise de la notice.

L'établissement peut demander à recevoir des exemplaires complémentaires de notices d'information.

L'accès à la notice est également proposé en version électronique sur le site internet de l'assureur.

Assureur de l'Etablissement :

UNIPREVOYANCE
10, rue Massue
94307 Vincennes Cedex
Téléphone : 01.58.64.41.00
www.uniprevoyance.fr

Les obligations employeur

Remise de la notice d'information aux salariés

En cas de litige, la preuve de la remise de la notice incombe à l'Adhérent. De même, en cas de changement, si des éléments sont modifiés et communiqués à l'Adhérent en remplacement de ceux qu'il détenait. Celui-ci doit remettre une nouvelle notice d'information à chaque membre participant (salarié affilié).

Dispense d'adhésion

L'Adhérent doit obtenir chaque année de la part du salarié faisant l'objet d'une dispense d'adhésion, le justificatif attestant du bien-fondé de cette dispense (voir tableau en page 4).

Ces informations peuvent être demandées à l'Adhérent lors d'un contrôle URSSAF, voire en cas de contrôle fiscal.

Affiliation

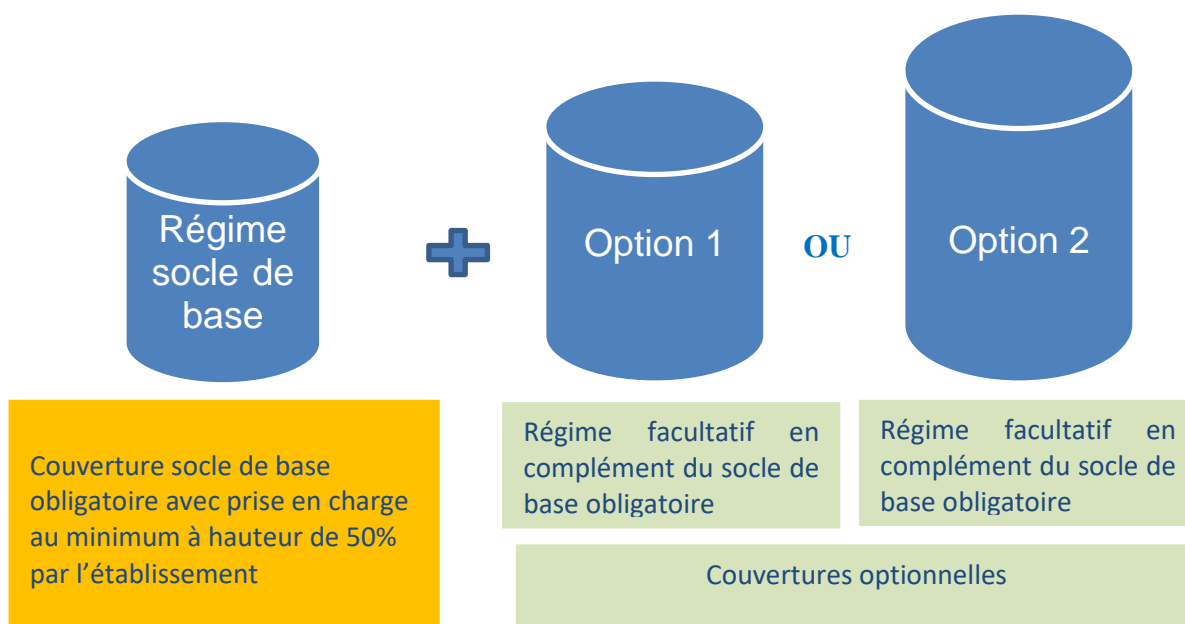
L'adhérent doit affilier tous les salariés justifiant de 4 mois d'ancienneté continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application pour leur permettre de bénéficier des garanties du contrat.

Il doit remettre à chaque salarié le bulletin individuel d'affiliation afin qu'il soit en mesure de le compléter.

- La notice d'information mise à disposition par l'assureur doit impérativement être remise à chaque salarié. La preuve de cette remise doit être conservée.

4. L'articulation du régime EEP Santé

- un régime de base à adhésion obligatoire pour le participant, et à adhésion facultative pour ses ayants droit,
- un régime optionnel 1 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit,
- un régime optionnel 2 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit.



Si le salarié a choisi de faire adhérer son conjoint ou ses enfants à charge, tous les membres de la famille doivent bénéficier du même niveau de garanties.

Dans tous les cas l'adhésion des ayants droits est facultative et à la charge intégrale du salarié.

5. L'adhésion des salariés

Tous les salariés concernés ayant une ancienneté de 4 mois continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements (visés à l'article 2 de l'accord du 18 juin 2015) bénéficient obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel ils ont acquis cette ancienneté.

Le salarié est obligé d'adhérer au socle obligatoire souscrit par l'Etablissement sauf cas de dispense.

Dispense d'adhésion

Les salariés souhaitant être dispensés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, cette dispense d'adhésion au régime obligatoire et produire tout justificatif requis, après information, par l'employeur, des conséquences de ce choix.

Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par accord du 18 juin 2015 ou suivant le terme de la période de 4 mois fixée à l'alinéa 1^{er} du présent article. A défaut, ils seront affiliés d'office au régime.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime institué par l'accord du 18 juin 2015 dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation doivent lui être adressés et la cotisation salariale est alors à précompter sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion à la couverture du socle obligatoire. Cette adhésion prendra alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

Cas de dispense prévus par l'accord du 18 juin 2015 :

1. les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée déterminée au moins égale à 12 mois, sous réserve qu'ils produisent un document attestant qu'ils bénéficient d'une couverture individuelle frais de santé ;
2. les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée déterminée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle frais de santé souscrite par ailleurs ;
3. les salariés bénéficiaires à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées notamment la prévoyance) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
4. les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale (ACS) au moment de la mise en place du régime institué par le présent accord ou de leur embauche si elle est postérieure. Dans

ces cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. La demande de dispense doit être accompagnée d'un justificatif ;

5. les salariés bénéficiaires couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime institué par le présent accord ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat comporte une clause à renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite ;

6. les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants-droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs suivants :

a. dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (**régime collectif et obligatoire pour l'ayant droit**) ;

b. dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;

c. dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

d. dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;

e. dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Il appartiendra au salariés de justifier annuellement de cette dispense.

En aucun cas, une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

Le bulletin individuel d'affiliation

A la mise en place du contrat, le salarié devra formaliser son affiliation en complétant le bulletin individuel prévu à cet effet. Il y portera l'ensemble de ses choix pour lui et sa famille à charge (voir Bulletin individuel d'affiliation).

L'affiliation dans quel cas :

Pour tous les salariés ayant une ancienneté de 4 mois continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements (visés à l'article 2 de l'accord du 18 juin 2015). Ces derniers bénéficient obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel ils ont acquis cette ancienneté.

Les bénéficiaires

Outre le salarié, ses ayants-droit peuvent adhérer à la couverture du socle obligatoire par une extension facultative souscrite individuellement par le salarié lui-même et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique auprès de l'organisme assureur retenu.

Par ayants-droit du salarié, il convient d'entendre :

1. **le conjoint** non divorcé ni séparé du salarié.

Est assimilé au conjoint :

- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- le concubin à charge au sens de la Sécurité Sociale ;
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non-salariés, ...) et sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun.

2. **les enfants** du salarié, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :

- à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 21 ans (cf. article L.313-3 2° du Code de la Sécurité sociale) ;
- âgés de moins de 26 ans et affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ;
- âgés de moins de 26 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;
- âgés de moins de 26 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21^{ème} anniversaire.

6. Les cotisations

A compter du 1^{er} janvier 2017, la cotisation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale de l'exercice concerné.

1. Salariés en activité

Régime général de la Sécurité Sociale et régime agricole :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Salarié	1.15%	0.29%	0.77%
Conjoint	1.26%	0.29%	0.77%
Enfant ⁽¹⁾	0.63%	0.16%	0.42%

⁽¹⁾ La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Salarié	0.69%	0.29%	0.77%
Conjoint	0.76%	0.29%	0.77%
Enfant ⁽¹⁾	0.38%	0.16%	0.42%

⁽¹⁾ La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

2. Ayants droit d'un assuré décédé après 12 mois gratuits

Maintien des garanties au titre de la Loi Evin

Régime général de la Sécurité Sociale et Régime agricole :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Conjoint	1.26%	0.29%	0.77%
Enfant ⁽¹⁾	0.63%	0.16%	0.42%

⁽¹⁾ La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Conjoint	0.76%	0.29%	0.77%
Enfant ⁽¹⁾	0.38%	0.16%	0.42%

⁽¹⁾ La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

3. Anciens salariés privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement

Maintien des garanties au titre de la Loi Evin

Régime général de la Sécurité Sociale et Régime agricole :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Ancien salarié	1.26%	0.29%	0.77%
Conjoint	1.26%	0.29%	0.77%
Enfant ⁽¹⁾	0.63%	0.16%	0.42%

⁽¹⁾ La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Ancien salarié	0.76%	0.29%	0.77%
Conjoint	0.76%	0.29%	0.77%
Enfant ⁽¹⁾	0.38%	0.16%	0.42%

⁽¹⁾ La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

4. Anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité

Maintien des garanties au titre de la Loi Evin

Régime général de la Sécurité Sociale et Régime agricole :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Ancien salarié	1.32%	0.33%	0.88%
Conjoint	1.26%	0.29%	0.77%
Enfant ⁽¹⁾	0.63%	0.16%	0.42%

⁽¹⁾ La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Ancien salarié	0.79%	0.33%	0.88%
Conjoint	0.76%	0.29%	0.77%
Enfant ⁽¹⁾	0.38%	0.16%	0.42%

⁽¹⁾ La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

5. Anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite

Maintien des garanties au titre de la Loi Evin

Régime général de la Sécurité Sociale et Régime agricole :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Ancien salarié	1.72%	0.43%	1.15%
Conjoint	1.72%	0.43%	1.15%
Enfant ⁽¹⁾	0.63%	0.16%	0.42%

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

Régime Alsace Moselle de la Sécurité Sociale :

	Régime socle	Option 1 en complément du régime socle	Option 2 en complément du régime socle
Ancien salarié	1.03%	0.43%	1.15%
Conjoint	1.03%	0.43%	1.15%
Enfant ⁽¹⁾	0.38%	0.16%	0.42%

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

Le règlement des cotisations

Répartition employeur/salarié du régime socle obligatoire

La couverture du socle obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50% minimum de la cotisation due pour un salarié affilié au Régime Général, quel que soit le régime effectif d'affiliation du salarié (régime général ou agricole ou Alsace-Moselle).

L'appel des cotisations est réalisé par CGRM pour le compte d'UNIPREVOYANCE. Il est effectué trimestriellement à terme échu auprès de l'établissement pour ce qui concerne le régime obligatoire socle de base.

L'établissement est seul responsable du paiement des cotisations pour le régime obligatoire vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, il procède lui-même au calcul et au versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

La part de cotisation du salarié assuré est directement précomptée sur son bulletin de paie par l'établissement.

Cas des Maîtres de droit privé rémunérés par l'Etat (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire) : Ces maîtres exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico sociaux visés au premier alinéa acquitteront leur contribution auprès de l'établissement ou éventuellement auprès de l'assureur choisi **si ce dernier a mis en place le dispositif**. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

Pour tout problème concernant l'appel des cotisations, nous vous invitons à adresser un courrier à l'organisme assureur ou de téléphoner au : **03 28 21 02 44**

Régime facultatif

Concernant les cotisations dues pour le régime facultatif (couverture optionnelle) qui pourrait être souscrit par le salarié pour lui, son conjoint ou ses enfants à charge, l'appel de cotisations sera effectué directement par CGRM auprès de l'assuré.

L'assuré est dans ce cas seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. **Les cotisations du régime facultatif seront prélevées automatiquement , à terme d'avance, sur le compte bancaire de l'assuré.**

7. Les garanties du Régime EEP Santé,

Tableau de garanties

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR L'ORGANISME S'AJOUTE A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME. LE MONTANT TOTAL DES SOMMES VERSEES EST LIMITE AUX FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU PARTICIPANT.

ABREVIATIONS : TM ➔ Ticket Modérateur
 BR ➔ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
 SS ➔ Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS		
	RÉGIME SOCLE	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)
➤ HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*) . Frais de séjour (**) . Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (**) - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS (*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile. (**) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60. . Forfait Journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique) . Chambre particulière (y compris maternité) . Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR 100 % des Frais Réels	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR 100 % des Frais Réels 1,5 % du PMSS ¹ / jour 1 % du PMSS ¹ / jour	100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % des Frais Réels 2,5 % du PMSS ¹ / jour 2 % du PMSS ¹ / jour
➤ LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
➤ PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % TM		
➤ VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	10 € par an et par bénéficiaire		
➤ MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-		100 € / an / bénéficiaire
➤ CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes) - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR
➤ CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres) - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 60 % BR 100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR
➤ ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR
➤ ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR
➤ ANALYSES MEDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR
➤ ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR
➤ SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie . inlays onlays d'obturation	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 100 % BR
➤ PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), remboursés par la Sécurité sociale . inlays core	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 200 % BR 100 % TM + 150 % BR
➤ ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ♦ Piliers de bridge sur dent saine, par pilier ♦ Implants dentaires, par implant ♦ Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	100 % BR reconstituée (BR = 107,50 €) - -	150 % BR reconstituée (BR = 107,50 €) 100 € / an / bénéficiaire 100 € / an / bénéficiaire	200 % BR reconstituée (BR = 107,50 €) 450 € / an / bénéficiaire 200 € / an / bénéficiaire
➤ FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE) . Actes pris en charge par la Sécurité Sociale . Actes non pris en charge par la Sécurité	100 % TM + 100 % BR 100 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	100 % TM + 150 % BR 150 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	100 % TM + 200 % BR 200 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)

PROTHÈSES AUDITIVES	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire		100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire
ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
OPTIQUE pour un verre . Verre simple foyer, sphérique (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 6 à + 6 o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 o Sphère < - 10 ou > + 10 . Verre simple foyer, sphéro-cylindrique (***) <ul style="list-style-type: none"> o Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6 o Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 o Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6 o Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6 . Verre multi-focal ou progressif sphérique (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 4 à + 4 o Sphère < - 4 ou > + 4 . Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 8 à + 8 o Sphère < - 8 ou > + 8 	60 € 80 € 85 € 70 € 80 € 100 € 110 € 130 € 150 € 160 € 200 €	80 € 90 € 100 € 90 € 100 € 120 € 130 € 150 € 170 € 180 € 220 €	90 € 100 € 110 € 100 € 110 € 130 € 140 € 190 € 210 € 220 € 260 €
Monture (***) sous déduction du remboursement Sécurité Sociale	1,5 % du PMSS ³	1,5 % du PMSS ³	3,5 % du PMSS ³
. Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale)	2 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	3 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	5 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles
. Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	-	10 % du PMSS ⁴ / œil	25 % du PMSS ⁴ / œil
INDEMNITÉS FORFAITAIRES . Maternité . Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de de séjours) :	- 100 % TM + 50 % BR	10 % du PMSS ⁵ 100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS ⁶	15 % du PMSS ⁵ 100 % TM + 50 % BR + 10 % du PMSS ⁶
MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale) . Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRAxie, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE (****)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 2 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)
PRESTATIONS DE PRÉVENTION 1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire. 2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12). 3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMQ24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans. 4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). 5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002). 6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans. 7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; . Coqueluche : avant 14 ans ; . Hépatite B : avant 14 ans ; . BCG : avant 6 ans ; . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; . Haemophilus influenzae B ; . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques	100 % TM		
1 -- En vigueur au 1 ^{er} jour de l'hospitalisation 2 -- [BR - SS] : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale 3 -- En vigueur au jour de la dépense	4 -- En vigueur au jour de l'intervention 5 -- En vigueur à la date de la naissance 6 -- En vigueur au 1 ^{er} jour de la cure		

(***) La prise en charge par l'organisme recommandé est limitée à un équipement optique. (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.
Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L911-7 du code de la Sécurité Sociale
(****) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.
Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.

LA PARTICIPATION DE L'ORGANISME RECOMMANDÉ NE PEUT EN AUCUN CAS DEPASSER LA TOTALITE DES FRAIS LAISSES A CHARGE DE L'ASSURE APRES REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE ET DE TOUT AUTRE EVENTUEL CONTRAT COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE.

Prestations à Haut Degré de Solidarité

Le régime Santé signé par les représentants de la branche prévoit les prestations de solidarité ci-dessous :

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité sont les suivantes :

- **Des réductions tarifaires :**

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée **égale ou** inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une réduction tarifaire égale à 50 % de leur contribution au titre de la couverture du socle obligatoire.

Par rémunérations brutes, il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.

A titre indicatif pour l'année 2016, cette réduction tarifaire porte la contribution mensuelle des salariés visés ci-dessus à 9,25€ pour les salariés relevant du régime général/agricole et à 1,85€ pour les salariés relevant du régime Alsace Moselle.

- **Des actions de prévention :**

Les signataires de l'accord confient à la commission visée au titre VI de l'accord du 18 juin 2015 le soin de déterminer les actions de prévention concernant les risques professionnels ou liée à une consommation médicale spécifique aux populations couvertes (population féminine aux besoins spécifiques etc.).

Dans ce cadre, les priorités suivantes sont définies :

- a. campagne de communication et d'incitation à la vaccination contre la grippe saisonnière, l'hépatite, la tuberculose ;
- b. moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité Sociale ;
- c. campagnes de prévention des troubles musculo-squelettiques (ex : formations gestes et postures) ;
- d. prévention du stress et des violences (en lien avec l'accueil du public notamment) ;
- e. campagnes de dépistage de cancers.

- **Des prestations d'action sociale :**

Les signataires confient à la commission sociale santé le soin de mettre en place un fonds social, d'en fixer les orientations et de contrôler son utilisation.

Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution

Pour ce qui concerne les réductions tarifaires, il appartient à l'employeur de transmettre à l'organisme assureur les nom et prénoms des salariés concernés.

Pour chaque intervention (prévention ou action sociale) collective, des aides financières pourront être accordées si les conditions suivantes sont remplies :

- présentation d'un projet pluriannuel incluant des objectifs évaluables ; l'association au projet des représentants du personnel des différentes instances de représentation du personnel quand elles existent et, à défaut, le respect de l'adhérent en la matière (transfert du PV de carence) ; le régime ne pourra financer qu'en complément de l'adhérent (pas de prise en charge financière à 100% par le régime).

8. Les cas de maintien de garanties

MAINTIEN TEMPORAIRE AU TITRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS

Bénéficiaires de la portabilité :

Le bénéfice du contrat et des garanties est maintenu aux anciens salariés, aux mêmes clauses et conditions que durant la période d'activité dans l'établissement mais **uniquement** si la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage.

S'ils étaient couverts au titre du contrat initial, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

Toutefois, pas de maintien pour :

Les personnels licenciés pour faute lourde qui sont exclus de ce dispositif ainsi que pour les salariés qui au jour de la cessation ou de la rupture de leur contrat de travail n'étaient pas couverts par le régime.

Prise d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du salarié et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le maintien des garanties ne donne pas lieu au versement de cotisations ; il est financé par mutualisation avec les actifs.

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux événements :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien » ci-dessus,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite de la Sécurité Sociale.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- à la date de suspension des garanties du présent contrat en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date de résiliation du présent contrat.

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

MAINTIEN AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN DU 31 DECEMBRE 1989

Pour quels ex salariés :

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une rente d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'un contrat individuel, moyennant une cotisation limitée à 150 % du tarif global applicable aux salariés.
(Voir selon le cas : tableau 4 ou tableau 5 des cotisations).

Pour cela ils doivent en **faire la demande dans les 6 mois** qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à l'article sur la « Portabilité » ci-dessus.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations par l'assuré directement à l'organisme assureur.

La garantie prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt à la date de rupture du contrat de travail de l'ancien membre participant.

Cette assurance de groupe à adhésion individuelle présente pour les anciens salariés l'avantage d'être accordée sans délai d'attente, ni questionnaire médical.

Pour les ayants droits du salarié décédé :

En cas de décès du salarié, l'accord collectif du 18 juin 2015 prévoit la possibilité pour les ayants droit inscrits au contrat à la date du décès du participant, de bénéficier du maintien de la couverture à l'identique.

Le maintien des garanties peut être accordé **pour une durée maximale d'un an**.

Les ayants-droit **doivent en faire la demande dans les 6 mois** suivant le décès du salarié.

Dans ce cas, le maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

Les ayants-droit du salarié décédé peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'un contrat individuel.

Les ayants-droit **doivent en faire la demande dans les 6 mois** qui suivent la fin du maintien prévu au paragraphe précédent.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations prévues au tableau 2 des cotisations par les ayants-droit de l'assuré décédé directement à l'organisme assureur.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

Le maintien de l'assurance cesse en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

- **Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée**
-

Le bénéfice du contrat est maintenu au profit des participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières ou rente d'invalidité de la Sécurité sociale.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations patronales et salariales prévues par le régime.

- **Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée**

Par dérogation, les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune rémunération ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus ont la possibilité de demander le maintien des garanties.

Les salariés assument dans ce cas, la charge exclusive des cotisations prévues.



UNIPREVOYANCE

UNIPREVOYANCE assure votre contrat de complémentaire santé

Cette partie du guide employeur précise les modalités appliquées par UNIPREVOYANCE pour gérer les contrats de complémentaire santé mis en place dans le cadre de l'accord du 18 juin 2015.

9 La gestion du contrat santé

9-1 ADHESION :

L'établissement formalise son adhésion au contrat en adressant le bulletin d'adhésion à :

**UNIPREVOYANCE
ADHESION EEP Santé
10, rue Massue
94307 Vincennes Cedex**

Le bulletin d'adhésion doit être dûment complété et signé.

Il doit être accompagné d'un bon de commande indiquant le nombre de notices d'information nécessaires pour diffusion au personnel assuré dans le contrat.

Si le bulletin d'adhésion n'est pas conforme nos services peuvent être amenés à le retourner à l'établissement.

AFFILIATION DES SALARIES

UNIPREVOYANCE a confié la gestion et le suivi des affiliations à CGRM, organisme spécialisé dans la gestion des contrats collectifs.

Le chef d'établissement doit remettre à son salarié, un exemplaire du bulletin individuel d'affiliation au contrat frais de santé.

Ce bulletin doit être complété par chaque salarié assuré dans le contrat.

Ce document permet au salarié de concrétiser son affiliation au régime socle obligatoire mais aussi de compléter ses choix notamment :

- s'il souhaite bénéficier d'une couverture complémentaire «Option 1 » ou «option 2 » au régime socle obligatoire existant dans son établissement.
- s'il décide d'assurer également son conjoint et/ou ses enfants à charge.

Extrait du bulletin d'affiliation

J'adhère au socle obligatoire. La cotisation correspondante est prélevée sur mon bulletin de salaire.

Je choisis une couverture optionnelle pour améliorer à titre facultatif les prestations prévues par le socle obligatoire, moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive : option 1 option 2

Je choisis d'affilier à titre facultatif moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :

mon conjoint mon, mes enfant(s), nbre : (J'ai noté qu'ils sont couverts par le même niveau de garanties que moi-même.)

La couverture du conjoint et des enfants doit être de même niveau que celle du salarié.

Les bulletins individuels d'affiliation doivent être adressés directement à :

**CGRM Service Adhésion TSA 51001 – 59952 DUNKERQUE CEDEX 1
Téléphone 03.28.210.216**

A réception de la demande d'affiliation, CGRM procède à la vérification du document et à l'enregistrement du ou des affiliés.

Les cartes de tiers payant seront ensuite adressées par CGRM au domicile du salarié

Dans l'hypothèse où certaines informations seraient manquantes, CGRM prend contact avec le salarié pour compléter la demande d'affiliation.

9-2 COTISATIONS

UNIPREVOYANCE a confié l'appel des cotisations à CGRM, organisme spécialisé dans la gestion des contrats collectifs.

Cotisations correspondant au régime socle obligatoire

Les cotisations du régime socle obligatoire sont appelées par CGRM auprès de l'Etablissement scolaire.

Cet appel est réalisé trimestriellement à terme échu : [l'Etablissement est responsable du règlement sur ce périmètre y compris pour les enseignants sous contrat simple.](#)

L'Etablissement doit compléter le bordereau d'appel de cotisations adressé par CGRM.

Il doit pour ce faire, prendre en compte les salariés ayant bénéficié du régime pour le trimestre concerné.

Le règlement des cotisations doit être adressé à CGRM.

Les modes de règlement des cotisations acceptés sont :

- Le virement
- Le chèque
- Le prélèvement

Cotisation individuelles

[A régler par le salarié ayant souscrit individuellement aux différentes options pour lui et/ou son conjoint et ses enfants à charge.](#)

Les appels de cotisations sont effectués par CGRM mensuellement et d'avance directement et par prélèvement sur le compte bancaire du salarié concerné.

La production d'un RIB au nom de l'assuré principal est donc absolument nécessaire.

Le salarié est responsable du paiement des cotisations sur ce périmètre.

9-3 FONDS SOCIAL UNIPREVOYANCE

A quoi sert le fonds social ?

La couverture sociale de la Sécurité Sociale et les garanties offertes par les organismes d'assurance complémentaires, même lorsque les garanties sont élevées, ne suffisent pas toujours à régler des situations particulières de salariés touchés par des accidents de la vie et en difficulté financière.

UNIPREVOYANCE renforce la **solidarité en proposant des aides exceptionnelles**.

Chaque année, UNIPREVOYANCE constitue un fonds social pour aider les salariés Participants et leurs ayants droit qui sont en situation difficile et qui sont confrontés à des dépenses importantes liées à la santé ou au handicap.

Comment est géré le fonds social ?

Ce fonds social est géré par la Commission Sociale. Cette commission est composée paritairement de représentants des salariés et des employeurs.

A titre d'exemple, en 2014, sur 166 demandes d'aide présentées à UNIPREVOYANCE, la Commission Sociale est intervenue 143 fois, avec une action spécifique sur le handicap.







Quels types de demandes sont pris en compte ?

La Commission Sociale prend en compte des dépenses liées à la santé et à la prévoyance. Elle porte une attention particulière aux demandes liées au handicap. Ces recours exceptionnels sont réservés aux personnes disposant de faibles revenus. Ils ne sont pas destinés à compléter systématiquement les prestations contractuelles d'un régime.

La Commission examine les dossiers présentés en tenant compte de divers éléments : âge, situation de famille, niveau des ressources familiales, montant des frais insuffisamment remboursés ou non remboursés par la Sécurité Sociale et/ou par le régime complémentaire en place dans l'entreprise.

Quels types d'aides sont apportés ?

Nous ne pouvons pas publier une liste exhaustive des aides et actions possibles car la Commission adapte les aides apportées aux besoins et aux demandes faites. A titre d'exemple, voici des aides qui ont été apportées par UNIPREVOYANCE suite à des avis favorable de la Commission.

-  Aides à l'achat de matériel pour handicapé (fauteuil roulant, prothèses...),
-  Aides à l'aménagement du véhicule,
-  Aides à l'aménagement du domicile,
-  Aides au financement de frais optiques, dentaires, hospitaliers,
-  Aides au financement de séances de psychothérapie, psychomotricité,
-  Aides au financement d'une aide à domicile suite à une intervention chirurgicale,

Comment solliciter une aide ?

Pour solliciter l'aide du Fonds social, vous devez remplir un dossier « Demande d'intervention Sociale ». Vous pouvez télécharger ce dossier sur notre site internet(téléchargez le dossier « Demande d'intervention Sociale ») ou en faire la demande à l'adresse ci-dessous.

Les dossiers dûment complétés et accompagnés des pièces justificatives de la demande doivent être retournés à l'adresse suivante :

UNIPREVOYANCE
Commission Sociale
10 rue MASSUE
94307 Vincennes Cedex
01.58.64.41.02

9-4 LE SITE INTERNET

UNIPREVOYANCE met à votre disposition :

Un espace dédié à la santé de l'enseignement privé, n'hésitez pas à y consulter l'actualité, l'ensemble des documents, accords, Foire aux questions, vidéos à disposition sur : www.sante-ep.uniprevoyance.fr

Une adresse mail est également à votre disposition : sante-ep@uniprevoyance.fr