



Lettre EEP Santé n°1

Une complémentaire santé pour chaque salarié des établissements

Le **1^{er} janvier 2016**, tous les salariés des établissements bénéficieront d'une complémentaire santé créée spécifiquement pour eux. Cette obligation découle directement de la Loi qui impose une telle couverture et qui parallèlement a accéléré la maîtrise des dépenses de santé (contrats responsables).

C'est pour cela qu'ensemble la FEP-CFDT, le Snec-CFTC, le SPELC, le SYNEP CFE-CGC, le CNEAP et le Collège employeur¹ ont décidé, par accord collectif Interbranches du 18 juin 2015, de créer un régime de qualité, adapté, solidaire et responsable, géré et piloté paritairement.

Ces organisations lui ont donné le nom d'**EEP Santé** et une identité propre que vous pourrez reconnaître grâce à son logo, véritable label qui certifie que le document émane de **l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés**².

Pourquoi un accord collectif ?

C'est le seul moyen d'obtenir une équivalence de garanties pour tous les salariés des établissements, quels que soient leur emploi, leur âge, leur sexe et leur lieu de travail.

C'est le seul moyen pour recommander des assureurs qui diffuseront le même produit !

Une Branche a en effet la responsabilité de s'assurer notamment en Prévoyance-Santé que les droits et devoirs des salariés et des employeurs soient les mêmes sur tout le territoire métropolitain, ainsi que dans les Départements et Collectivités d'Outre-Mer.

C'est une responsabilité en matière sociale, on l'aura compris, mais également un rôle économique de maintien de la saine concurrence entre opérateurs économiques du même secteur...

Autrement dit, la Branche est là aussi pour éviter le dumping social. Dans cette logique, il fallait donc un support juridique et des opérateurs qui puissent assurer le déploiement du régime dans tous les établissements, sur tout le territoire.

C'est en cela qu'une Branche joue véritablement son rôle !

[Pour accéder à l'accord
Interbranches](#)



Les effets d'un accord collectif

Un accord de Branche est **une loi professionnelle**. Cet accord s'impose donc à toutes les entreprises de son champ d'application².

Autrement dit, tous les salariés ayant 4 mois d'ancienneté devront être affiliés à compter du 1^{er} janvier 2016 :

- à un régime comportant **un minimum de garanties** (appelé socle conventionnel, voir ci-dessous)
- **et aux tarifs fixés paritairement** (voir ci-dessous).

Chaque établissement devra proposer les réductions tarifaires du régime aux salariés remplissant les conditions pour en bénéficier (CDD de moins de 12 mois par exemple).

Chaque établissement devra proposer ce socle mais aussi les options 1 et 2, que ce soit pour le salarié ou ses ayants-droit. C'est ce que nous appelons l'architecture du régime.

Chaque établissement devra proposer des actions de prévention et de l'action sociale à ses salariés.

¹ FNOGEC, SNCEEL, SYNADIC, SYNADEC, UNETP

² Toutes les conventions collectives et statuts applicables dans les établissements entrent dans le champ d'application de l'accord. Il vise les Etablissements d'enseignement général, technique, professionnel et agricole ; on parle ainsi d'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés (comme en matière de formation professionnelle et de prévoyance).

Les bénéficiaires du régime

Le régime est obligatoire pour les salariés liés par un contrat de travail (quel que soit le temps de travail et quelle que soit leur convention collective de rattachement) à condition qu'ils aient **4 mois d'ancienneté** continue dans l'Interbranches.

Sont donc concernés tous les salariés y compris les chefs d'établissements, les enseignants agents publics ayant une activité accessoire de droit privé, les formateurs, les enseignants des écoles sous contrat simple...

Pourquoi recommander des assureurs ?

Recommander des opérateurs, c'est avant tout s'assurer que l'accord collectif est appliqué dans les établissements.

Sans le recours à des assureurs recommandés et identifiés par le **Label EEP Santé**, aucune garantie n'est donnée sur la bonne application de l'accord collectif. Avec les risques juridiques que cela peut induire !

Par ailleurs, un nombre restreint d'assureurs évite l'émiettement des opérateurs et permet d'avoir un nombre limité d'interlocuteurs.

En outre, un nombre restreint d'assureurs, garantit aux établissements et aux salariés de l'Interbranches de payer le **juste prix** des prestations !

C'est la **Commission Paritaire EEP Santé** le véritable pilote du régime.

C'est elle qui assure et organise une gestion saine et transparente comme cela est le cas dans le cadre des régimes de Prévoyance.

Certains salariés peuvent demander **des dispenses d'adhésion** : CDD de moins de 12 mois, salarié bénéficiant d'un régime obligatoire par ailleurs (cumul d'emplois, contrat familial obligatoire dans l'entreprise du conjoint), etc. – voir [l'accord collectif](#) et la [note du 21 avril 2015](#).

Le **conjoint** et **les enfants** du salarié peuvent bénéficier du même niveau de prestations que le salarié, mais de manière facultative.

C'est elle qui décidera d'améliorer les garanties ou de maintenir les tarifs grâce à l'éclairage de ses experts et en fonction de son suivi de la consommation, des effets de la mutualisation, du compte de résultats et de ses projections.

En multipliant les opérateurs, cette mission était impossible à réaliser.

Ne pas organiser la concurrence dans l'Interbranches et multiplier le nombre de produits et d'assureurs, c'était développer le « chacun pour soi » et s'interdire de construire, par exemple, des centres d'appels et de gestion performants (plateformes conseils, relations avec les professionnels de santé pour une modération tarifaire, etc.), s'interdire de limiter les frais de gestion et de fonctionnement, mais aussi s'interdire de s'assurer que tous les bénéficiaires du régime soient réintégrés afin, si possible, d'améliorer les garanties.

Les assureurs recommandés

Seuls sont autorisés à utiliser le **Label EEP Santé** les assureurs recommandés. Seuls ces assureurs garantiront que le contrat d'assurance souscrit par l'établissement respecte en tout point l'accord collectif obligatoire du 18 juin 2015.

Ils sont au nombre de 4 :



A noter que ces 4 organismes assureurs s'appuieront sur, outre leurs propres forces commerciales, un réseau de diffuseurs commerciaux intervenant « sous leurs couleurs » : respectivement Arpège et Réunica pour **AG2R**, Apicil pour **HUMANIS**, 5 mutuelles du groupement **MUTEX** (Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi-MCD mutuelle, Harmonie Mutuelle et Ociane), et la Mutuelle Saint-Christophe pour **UNIPREVOYANCE**.

Financement et cotisations

Au minimum, **50% de la cotisation** du socle obligatoire minimum est pris en charge par l'employeur³.

OBLIGATOIRE Socle	FACULTATIF salarié		FACULTATIF ayants-droit ⁴	
	37€/mois⁵ Au minimum 18,5€ pour l'employeur	Option 1 Renforcement dentaire, optique	9,25€	Socle
Option 2 Renforcement dentaire, optique, spécialistes		24,67€	Option 2 Renforcement dentaire, optique, spécialistes	

Exemples de garanties

	Base Obligatoire (y compris la SS)	Option 1 (facultative)	Option 2 (facultative)
Consultation généraliste	23€	34,50€	34,50€
Consultation spécialiste selon spécialité	de 23€ à 49€ (cardio)	de 36,8€ à 78,4€ (cardio)	de 46€ à 98€ (cardio)
Couronne	215€	268,75 €	322,5 €
Implants dentaires	-	100€/an/personne	450€/an/personne
Orthodontie (maximum annuel)	774€	967,5 €	1 161 €
Optique / Monture	47,55€	47,55€	110,95€
Optique / par Verre	De 60 à 200€	De 80 à 220€	De 90 à 260€
Lentilles	63,40€	95,10€	158,50€
Chirurgie de la myopie	-	317€/ œil	792,5€/ œil
Indemnité maternité	-	317€	475,50€

Il s'agit là de quelques exemples de garanties (pour le détail, se reporter à l'accord collectif).

³ En application de l'alinéa 3 de l'article 5 de l'accord relatif à la mise en place du régime de frais de santé dénommé EEP Santé du 18 juin 2015 : « Chaque établissement reste libre, notamment en raison d'un régime préexistant, de rendre obligatoire l'adhésion à une des options dans le respect des dispositions du Code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1, L. 911-1 et suivants. »

⁴ Pour les tarifs des ayants-droit se référer à [l'accord collectif](#).

A titre informatif, sur le socle : 40,70€ pour le conjoint et 20,35€ par enfant (gratuité à compter du 3^{ème} enfant)

⁵ Régime général

Pour aller plus loin

Un recueil de questions-réponses est en cours de rédaction. En voici un extrait :

L'établissement est déjà doté d'un régime. Que doit-on faire ?

Le plus simple est de prendre contact avec un assureur recommandé pour qu'il puisse accompagner l'établissement et ses salariés (diagnostic et adaptation).

Quels avantages ont les salariés à s'affilier à EEP Santé ?

Le salarié bénéficie d'une couverture de qualité et réalise une économie sur le prix de sa propre « mutuelle » : c'est une réelle amélioration de son pouvoir d'achat.

Chaque salarié bénéficie de la **prise en charge de 50% au minimum du coût** de sa complémentaire par l'employeur, ce qui n'est pas le cas dans une « mutuelle » personnelle et ce qui sera de plus en plus rare dans le cadre de la complémentaire santé dont il bénéficie comme ayant-droit de son conjoint. Sa contribution est déduite de son salaire brut et non comme aujourd'hui sur son salaire net.

Dans le cas d'une couverture individuelle à 37,5€, les 37,5€ sont financés sur de l'argent disponible, c'est-à-dire qui reste à la fin du mois. Ce salaire « net net » a subi des cotisations sociales et le cas échéant de l'impôt. Les cotisations salariales s'élèvent à environ 22% (+ un taux marginal d'imposition de 5%).

Le coût réel de la cotisation de 37,5€ est en fait de 51 € pour des garanties inférieures :

51€ de salaire - 11,5€ de cotisations - 2€ d'impôt = 37,5€ de disponible.

Avec le régime obligatoire, la contribution est traitée comme une cotisation de sécurité sociale.

Conclusion, tout en bénéficiant de garanties supérieures, le salarié a réalisé une économie d'environ 31,5€. ⁶

Pourquoi les salariés à temps partiel, les étudiants, les salariés en cumul d'emplois doivent s'affilier eux-aussi alors qu'ils ne travaillent que quelques heures dans la semaine ?

Pour bénéficier de l'effet levier de pouvoir d'achat que procure l'exonération sociale (voir *ci-dessus*), il faut absolument que le régime soit collectif et obligatoire. *Autrement dit*, chaque salarié bénéficie des mêmes avantages que son collègue et cela, quelle que soit la nature de son contrat.

Il s'agit là d'un régime de remboursement de frais de santé. Et en la matière, que l'on soit à temps plein ou à temps partiel, on a les mêmes besoins.

Dès lors, il n'y a pas de logique à asseoir son droit à bénéficier d'un remboursement de ses frais sur son salaire. C'est pour cela qu'il ne peut y avoir de distinction.

En revanche, par mesure de solidarité, les apprentis, les salariés en CDD de moins de 12 mois, les salariés dont la contribution correspond à plus de 10% de leur rémunération bénéficient d'une réduction tarifaire de 50% : leur participation obligatoire sur le socle est limitée à 9,25 €.

Un salarié bénéficiant d'une couverture santé via son conjoint ou ayant une « mutuelle personnelle » doit-il « résilier son contrat » ?

Il n'y a pas d'obligation de résilier son affiliation auprès d'un autre assureur ou se dispenser d'adhésion auprès de l'employeur de son conjoint.

Si le salarié décide de ne pas résilier le contrat qu'il a par ailleurs, il peut cumuler les remboursements et donc limiter les restes à charge (dépassements d'honoraires, lunettes, prothèses dentaires, frais d'hospitalisation etc.).

Seule limite à cette double affiliation, le salarié ne pourra pas bénéficier de la noémisation sur les 2 « mutuelles ». Il devra donc adresser par courrier son décompte et sa « facture » à la 2^{ème} « mutuelle ». Mais attention, autant il peut être intéressant économiquement de cumuler les « mutuelles » et donc les remboursements quand on bénéficie du régime de son conjoint, autant il faut s'interroger de cet intérêt lorsqu'il s'agit d'une « mutuelle » personnelle. Dans ce cas, il vaut peut-être mieux résilier son contrat et s'affilier à une option pour augmenter ses garanties.

Que se passe-t-il pour les salariés quittant leur emploi et pour les « seniors » partant à la retraite ?

Après la cessation de leur contrat de travail, les salariés pris en charge par Pôle Emploi bénéficient d'un dispositif de « **portabilité de droits** ». Ils bénéficient gratuitement, pendant une durée équivalente à leur dernier contrat et au maximum pendant 12 mois, des mêmes garanties.

Quant aux futurs retraités, ils bénéficient d'un régime dont la cotisation est tarifée sur une population de 44 ans de moyenne d'âge. A prestations équivalentes, ils sont donc réellement avantagés par rapport à un tarif « seniors » dont ils pourraient bénéficier par ailleurs. Leur crainte est de perdre leur couverture en quittant l'établissement. Qu'ils soient rassurés, ils pourront conserver leurs garanties et bénéficier de la mutualisation. C'est le « **maintien de droits** » (loi Evin). Bien entendu, ils devront assumer une cotisation entière plafonnée à 150% maximum du tarif pratiqué pour un salarié de la Branche.

⁶ 51€ - 18,5€ = 32,5€. La contribution patronale étant fiscalisée, si le taux marginal d'imposition est de 5%, l'économie est amputée d'environ 1€ d'impôt sur le revenu.