

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS			
	REGIME SOCLE	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)	Option 3 (Y compris régime socle)
M HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*) - Frais de séjour (**) - Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (**) - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM (*) 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 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
M LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
M PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % TM			
M VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	10 € par an et par bénéficiaire			
M MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	100 € / an / bénéficiaire			
M CONSULTATIONS - VISITES (de généralistes) - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
M CONSULTATIONS - VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres) - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 60 % BR 100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR

M ACTES PRATIQUES PAR LES AUXILIAIRES MEDICAUX (Infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
M ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
M ANALYSES MEDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
M ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
M 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	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 350 % BR
M 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 + 200 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 275 % BR 100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 300 % BR 100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 150 % BR
M ACTES DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE - Piliers de bridge sur dent saine, par pilier - Implants dentaires (pose de l'implant et faux moignon implantaire) - par implant - Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	100% BR reconstituée	150% de BR reconstituée	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
M FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE) - Actes pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % TM + 100 % BR 100% BR reconstituée € / semestre 100 % TM + 200 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM + 150 % BR 150% de BR reconstituée € / semestre 100 % TM + 200 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM + 200 % BR 200% BR reconstituée / semestre 100 % TM + 300 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM + 350 % BR 300% BR reconstituée / semestre 400 € / an /bénéficiaire
- Actes non pris en charge par la Sécurité		100 €	450 €	800 €
M PROTHÈSES AUDITIVES	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
M ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRE ET NON AUDITIVES	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR

Monture (****) sous déduction du remboursement Sécurité Sociale	1,5 % du PMSS ?	1,5 % du PMSS ?	1,5 % du PMSS ?	3,5 % du PMSS ?	4,5 % du PMSS ?
III OPTIQUE pour un verre . Verre simple foyer, sphérique (****) 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 (****) 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 (****) o Sphère de - 4 à + 4 o Sphère < - 4 ou > + 4 . Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (****) 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 €	110 € 120 € 130 € 120 € 130 € 150 € 160 € 210 € 230 € 240 € 280 €	

(****) Le remboursement de la monture est limité au maximum « contrats responsables » de 150 €. 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'ophtalmiste.
 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.
 . Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale)
 Au-delà, les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100 % TM.
III INDEMNITÉS FORFAITAIRES
 . Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser
 . Maternité indemnité forfaitaire pour les frais de maternité inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance (Montant versé par enfant)
 Ce montant est également versé en cas d'adoption
 . Cures thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours) :

Article 21 - ADHESION AU REGIME SOCLE OBLIGATOIRE

L'adhésion au régime socle est obligatoire pour le participant. Il peut choisir de faire adhérer, à titre facultatif, ses ayants droit tels que définis à l'article ci-dessus.

Lorsque l'établissement a fait le choix de rendre obligatoire l'option 1, 2 ou 3, en lieu et place du socle, cette option est alors obligatoire pour le participant.

Article 22 - CHOIX DE L'OPTION remplacé par CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE

Le participant peut choisir, pour lui-même et les membres de sa famille affiliés au titre du régime socle obligatoire, l'option 1, l'option 2 ou l'option 3 en complément du régime socle. La cotisation correspondante est alors appliquée.

Les membres de la famille ne peuvent pas choisir une option différente de celle retenue par le participant pour lui-même.

Le participant salarié, ou l'ancien salarié bénéficiaire d'un maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin, peut demander à changer de niveau de couverture comme suit :

- passage à un niveau supérieur (du régime socle à l'option 1, 2 ou 3, ou d'une option à une option supérieure):
 - o le changement prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme recommandé au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours,
 - o en cas de changement de situation de famille, le changement prend effet au 1er jour du mois suivant le changement de situation.
Mais pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, cette modification peut prendre effet, sur demande, à la date de changement de situation.
- passage à un niveau inférieur (de l'option 3 à l'option 2, de l'option 2 à l'option 1, de l'option 1 au socle) :
 - o Le changement est possible **sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.**
 - o Il prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.
 Par exception (et sous réserve que le salarié en apporte la preuve) :
 - o en cas de changement de situation de famille : le changement prend effet le 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande ;
 - o en cas de diminution de plus de 20 % des revenus du foyer : le changement prend effet au 1er janvier ou au 1er juillet suivant la réception de la demande.
 Par dérogation au principe de passage à un niveau immédiatement inférieur, il pourra être passé, dans ces deux cas, de l'option 3 à l'option 1 ou au socle, et de l'option 2 au socle.

Article 25 - Couverture

Les remboursements présentés ci-après sont les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE et des OPTIONS 1, 2 ou 3 RESPONSABLES. Ils viennent en complément de ceux de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Tous les actes pratiqués en secteur non conventionné sont indemnisés sur la base du Tarif d'Autorité de la Sécurité Sociale.

Article 8 - PRESTATIONS PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

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 exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle 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.

Le reste de l'article est inchangé

Article 17 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'adhérent s'engage à communiquer à l'organisme recommandé les informations concernant les participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du contrat d'adhésion.

En retour, les participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de contacter le Délégué à la Protection des Données de l'organisme recommandé (DPO) à l'adresse mail du DPO de l'organisme recommandé MUTEX : dpo@mutex.fr.

Le titre 2 – GARANTIE FRAIS DE SANTE est modifié comme suit :

Article 20 - BENEFICIAIRES

Le participant bénéficie des garanties.

Ce dernier peut choisir de faire bénéficier des garanties du présent contrat, à ses ayants droit définis ci-après :

- 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 au sens de l'article 515-8 du code civil.

- 2. les enfants du salarié, ayant moins de 21 ans et vivant au foyer ou ceux qu'il y a accueillis (familles recomposées).

Sont également considérés comme tels :

- les enfants âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;

- les enfants âgés de moins de 28 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) ;

- les enfants 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 21ème anniversaire.

Pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, l'affiliation des enfants du salarié ou assimilés prend effet à sa date de naissance ou de son arrivée au foyer.

Afin que cette prise d'effet soit possible, l'adhésion peut se faire par anticipation.

<p>III MEDICINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale) . Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRAxie, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE, PEDICURIE / PODOLOGIE, DIETETIQUE POUR ENFANT DE MOINS DE 12 ANS (****)</p>	<p>Remboursement global de 50 € /séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)</p>	<p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 4 séances / année civile / bénéficiaire)</p>	<p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)</p>
<p>(****) Le praticien doit disposer d'un numéro ADELI (professionnel de santé) ou FINESS (médecin). Le remboursement ne sera effectué que sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative.</p>			
<p>III 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 (AMO24), 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 quarante 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</p>			
<p>1 -- En vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation 2 -- En vigueur au jour de la dépense 3 -- En vigueur au jour de l'intervention 4 -- En vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption 5 -- En vigueur au 1^{er} jour de la cure</p>			

ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

<p>ABREVIATIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale ▪ PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale ▪ TM : Ticket modérateur ▪ FR-SS : Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale ▪ DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée <p>DEFINITIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ticket modérateur : Base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. ▪ Tiers payant : disposition permettant au participant et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité. <p>Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : terme générique visant les différents dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé. Sont notamment visées l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO). Les professionnels de santé concernés adhèrent ou n'adhèrent pas à l'un de ces dispositifs.</p>

Les présents aménagements de garanties s'appliquent aux frais exposés à compter du 01/01/2019.

Fait à Paris, le 19 décembre 2018.

Pour l'exercice 2019, les cotisations mensuelles sont fixées, en euros, comme suit :

1/ Cotisations pour les salariés et leurs ayants-droit

Les cotisations 2019 des salariés en activité et de leurs ayants-droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	38,50 €	23,20 €	10€	26€	36€
Conjoint	42,40 €	25,50 €			
Enfant ⁽¹⁾	21,10 €	12,80 €	5.50€	14€	19,80 €

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

2/ Cotisations pour les anciens salariés entrés dans le dispositif EEP santé EVIN et leurs ayants-droit

Les cotisations 2019 des anciens salariés entrés dans le dispositif Evin EPP Santé à compter du 1^{er} janvier 2018, des anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant de revenus de remplacement sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	38,50 €	23,20 €	10€	26€	36€
Conjoint	42,40 €	25,50 €			
Enfant ⁽¹⁾	21,10 €	12,80 €	5.50€	14€	19,80 €

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

Les cotisations 2019 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé avant le 1^{er} janvier 2018, c'est-à-dire pour la 2^{ème} année de cotisation dans le régime loi Evin, et de leurs ayants-droit, sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	48,13 €	29,00 €	12,50 €	32,50 €	45 €
Conjoint	53,00 €	31,88 €			
Enfant ⁽¹⁾	21,10 €	12,80 €	5.50€	14 €	19,80 €

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

Réduction tarifaire

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle au titre de la couverture du socle obligatoire.

Les salariés visés bénéficient de cette réduction tarifaire sur le socle y compris s'ils souscrivent une option. 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.

Le reste de l'article est inchangé



AVENANT

à effet du 1^{er} Janvier 2019

au contrat d'adhésion n°P16CEP0056

Souscrit par UNION DEP ORG GEST ENS CATHOLIQUE

*Le présent avenant modifie les Conditions Générales Ensemble du personnel du régime Frais de Santé EEP SANTE.
Il intègre les modifications de l'avenant n° 1 du 26 septembre 2018 à l'Accord collectif du 18 juin 2015*

Le PREAMBULE est modifié comme suit :

Par accord collectif du 18 juin 2015, les partenaires sociaux de l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat (EEP) ont instauré, un régime collectif frais de santé dénommé EEP SANTE, au bénéfice de l'ensemble du personnel salarié à effet du 1^{er} janvier 2016 et ont souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, un contrat d'assurance collective dénommé convention d'assurance dont sont extraites les présentes conditions générales.

Cet accord, modifié par l'avenant n° 1 du 26 septembre 2018, s'impose aux employeurs relevant du champ d'application professionnel des conventions collectives et statut suivants :

Numéro IDCC	Intitulé du texte applicable
3218	Convention collective de l'Enseignement privé non lucratif (pour les sections 3 à 9 du chapitre 2)
7520	Convention collective des personnels des établissements agricoles privés relevant du Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé
9999	Statut du chef d'établissement de l'Enseignement catholique

Les établissements d'enseignement supérieur privé relevant de la Convention collective de l'enseignement privé non lucratif (EPNL, sections 1 et 2) pourront adhérer volontairement au régime de branche.

Sous réserve d'une autorisation expresse de la Commission Paritaire Nationale EEP santé, pourront adhérer volontairement :

- les organismes contribuant au fonctionnement des établissements désignés ci-dessus. Sont notamment concernés les organismes nationaux, régionaux ou départementaux ou diocésains (organisations constituant le Collège employeur, CNEAP, UDOGEC, UROGEC, CNEAP-Région, DDEC et leurs structures satellite)¹ ;
- ainsi que d'autres structures la sollicitant comme certaines structures de l'Eglise en France².

¹ Les organismes nationaux, fédéraux, territoriaux contribuant au fonctionnement des établissements relevant de la CC EPNL (IDCC 3218, section 9) entrent, à compter de l'extension du champ d'application de ladite convention collective, de plein droit dans le champ d'application de l'accord collectif.

² Non couvertes par la convention collective nationale du personnel des diocèses de l'Eglise catholique de France (IDCC 1818).