

# Enseignants : LA PREVOYANCE DE DEMAIN, impact des évolutions des garanties statutaires de l'État sur notre Régime Enseignement Privé

**La CNSP (commission nationale de suivi de la prévoyance) est au travail pour la refonte de notre prévoyance suite à la dénonciation en juillet dernier - par les organismes payeurs - des accords de 2005 modifiés en 2012. Cette dénonciation s'avérait être nécessaire du fait de la modification des garanties statutaires, de l'arrivée de la PSC (protection sociale complémentaire apportée par l'État) et des indispensables révisions.**

**Si l'objectif recherché est de maintenir l'indemnisation par la prévoyance à hauteur de 95 % du salaire net, les négociations s'avèrent difficiles, notamment pour assurer la prise en charge par notre prévoyance EP de la perte de rémunération du fait de l'application du décret 2025-197 du 27/02/25 réduisant l'indemnisation du congé de maladie ordinaire par l'État de 100% à 90% durant les trois premiers mois à compter du le 1/3/25.**

**Notre régime - déjà déficitaire de 15 millions - n'est pas en capacité de prendre en charge ce surplus budgétaire, de plus les organismes payeurs sont réticents du fait de la complexité de la gestion (ouverture de dossier à chaque arrêt maladie) et de leur impossibilité à subvenir à une quelconque hausse de la cotisation « employeur » (1,05 % de notre salaire)**

**Pour l'heure, nous ne pouvons qu'annoncer les objectifs de la négociation en cours et n'avons aucune certitude sur son issue. Le Spelc est autour de la table et œuvre activement, le délai de survie prend fin octobre 2025.**

# Évolution des garanties statutaires État

Risque couvert	Type de garantie		Anciennes garanties statutaires	Nouvelles garanties statutaires	Mise en place
Incapacité	CLM	1ère année	100% du traitement indiciaire	100% de la rémunération indiciaire + 33% de la rémunération indemnitaire	01/03/2025
		2ème et 3ème année	50% du traitement indiciaire	60% de l'assiette des prestations	
Invalidité	Rente d'invalidité	1ère catégorie	-	40% de l'assiette des prestations	01/01/2027
		2ème catégorie		70% de l'assiette des prestations	
		3ème catégorie		70% (majoré de 40% pour tierce personne) de l'assiette des prestations	
Décès	Capital décès	Décès origine non professionnelle	1 an de rémunération brute	1 an de rémunération brute	01/01/2024
		Décès origine professionnelle	3 ans de rémunération brute <sup>(1)</sup>	3 ans de rémunération brute <sup>(2)</sup>	
	Rente éducation	Moins de 18 ans	-	5% du PMSS	
		De 18 ans à 26 ans <sup>(3)</sup>		15% du PMSS	
	Rente pour enfant handicapé		-	15% PMSS	
	Si le représentant légal survivant de l'enfant décède alors qu'il était également agent de l'État		-	Rente doublée	

<sup>(1)</sup> Si décès consécutif à un attentat ou une lutte dans l'exercice des fonctions ou un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes

<sup>(2)</sup> Si décès consécutif à un accident de service ou d'une maladie professionnelle ou un attentat ou une attaque en lien avec le service ou en raison de sa fonction ou un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes

## En synthèse :

- **CMO et CLD**

Les **garanties statutaires État** ne sont pas modifiées.

Il n'y a donc pas d'impact pour notre régime sauf à indemniser la parte de 10% en CMO,

- **CLM**

Les garanties statutaires État sont **modifiées, permettant une meilleure indemnisation.**

A partir de la 2eme année de CLM, des économies sont faites dans notre régime ( prise en charge de l'État à 60%+primes contre 50% à ce jour, le complément EP sera donc moindre)

- **Décès / Rente**

Les garanties statutaires État (nouvelles pour les MD et les rentes) viennent en complément des nôtres.

# DETAILS de la protection sociale complémentaire apportée par l'État

Garanties socles : l'employeur participe au financement des garanties socles à hauteur de 7€/mois.

- Concernant l'incapacité de travail, la complémentaire offre un maintien de rémunération à hauteur de 100 % la première année puis 80 % les deux années suivantes en CLM.
- Concernant le décès, la complémentaire verse aux ayants droit ou aux personnes que l'agent aura désignées un capital décès égal à un an supplémentaire de rémunération.
- Concernant l'invalidité, la complémentaire assure, selon la situation de l'agent et jusqu'à 62 ans, un maintien de rémunération à hauteur de 50 % minimum et 80 % maximum.

Nb : à terme, remplacement du dispositif de retraite pour invalidité d'origine non professionnelle par une rente cumulable avec des revenus d'activité, si l'agent peut continuer à travailler.

Garanties additionnelles : l'employeur ne participe pas au financement des garanties additionnelles.

- Pour couvrir les situations de maladie de courte et de longue durées.
- D'autres types de risques peuvent être couverts, comme par exemple la perte d'autonomie ou les frais d'obsèques.

L'adhésion au contrat n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé lorsqu'elle intervient dans les six 1<sup>er</sup> mois suivant la prise d'effet du contrat ou la date d'embauche de l'agent. Au-delà de ce délai, l'adhésion peut être subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médicale.

# DETAILS de la protection sociale complémentaire apportée par l'État

Risque couvert	Type de garantie		PSC FPE socle interministériel = garantie statutaire + additionnelle
Incapacité	CLM	Plein traitement : 1ère année	100% de l'assiette des prestations des garanties statutaires
		Demi-traitement : 2ème et 3ème année	80% de l'assiette des prestations des garanties statutaires
Invalidité	Rente d'invalidité	1ère catégorie	50% de l'assiette des prestations des garanties statutaires
		2ème catégorie	80% de l'assiette des prestations des garanties statutaires
		3ème catégorie	80% (majoré de 40% pour tierce personne) de l'assiette des prestations des garanties statutaires
Décès	Capital décès	Décès origine non professionnelle	2 ans de rémunération brute
		Décès origine professionnelle	4 ans de rémunération brute

# Salariés : LA PREVOYANCE À CE JOUR

Par décret du 20 février 2025, le Gouvernement opère, pour les arrêts de travail qui débiteront à compter du 1er avril 2025, une baisse du plafond des salaires pris en compte dans le cadre du calcul des IJSS, pour le risque maladie de 1,8 SMIC (3 243€/mois en 2025) à 1,4 SMIC (2 523€/mois en 2025).

**Le montant des IJSS passe de 0,9 SMIC (50 % du plafond à 1,8 SMIC) qui représentait ici 35 % de la rémunération, à 0,7 SMIC (50 % du plafond à 1,4 SMIC) qui en représente désormais 27 %.**

**Le montant maximal des indemnités journalières passera ainsi de 53,31€ bruts par jour à 41,47€ bruts.**

Cette baisse du plafond de prise en charge des indemnités journalières (sans effet sur les salariés rémunérés en-deçà de 1,4 Smic), dégagerait 600 millions d'euros d'économies dès 2025.

**Les IJSS pour accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que pour la maternité, ne sont pas concernées.**

Cette mesure a pour effet immédiat de réduire les prestations dont bénéficient les salariés en arrêt de travail pour maladie dès lors que leur rémunération servant de base au calcul des IJSS est supérieure à 1,4 SMIC.

**Cette perte sera, en tout ou partie, compensée par :**

- une augmentation de la garantie de maintien de salaire ;**
- le cas échéant, une augmentation des indemnités journalières complémentaires du contrat de prévoyance.**

# Enseignants et Ayant-Droits : LA COMPLEMENTAIRE SANTÉ DE DEMAIN

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 relatif à la protection sociale complémentaire pour des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique est en vigueur. L'adhésion au contrat collectif de complémentaire santé est **obligatoire** (sauf cas de dispense) à compter du 1/4/26. Il n'y a pas de condition d'âge et l'agent bénéficie d'une **prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation** et 50% du coût de l'option souscrite, dans la limite de 5 €.

La cotisation de base (ou « **socle commun** ») a été fixée à **77,06 €** par mois par le groupement MGEN/CNP.

L'État prendra en charge 50 % de cette somme, laissant aux agents un reste à charge, ce montant variant en fonction des revenus, avec une fourchette annoncée entre 33 € et 53 € par mois et par agent = (part forfaitaire : 20 % x 77,06€ de la cotisation d'équilibre + 30 % x 77,06€ x rémunération mensuelle brute de l'agent (limitée au plafond de la sécurité sociale soit 3 925 € en 2025) ÷ 2 800 (rémunération mensuelle brute moyenne de référence pour le calcul de la part variable) soit 38,53 € pour un revenu autour de 2500€/mois [cotisation d'équilibre], 54€ pour un revenu 3925€/mois ou plus)

**Cotisations pour les enfants à charge** : La cotisation est fixée à 45 % de la cotisation adulte, soit **34,68€ par mois**, pour les deux premiers enfants. À partir du 3<sup>e</sup> enfant, l'affiliation devient gratuite (NB : enfant à charge jusqu'à 21 ans ou jusqu'à 25 ans en cas de poursuite d'études). Pas de prise en charge État.

**Cotisations pour les conjoints** : La cotisation est fixée à 110 % du tarif adulte, soit **85,87 €** par mois

Les maitres bénéficient aussi du contrat collectif en cas de Congé parental, Disponibilité pour raison de santé ou congé non rémunéré pour raison de santé, Congé de présence parentale, Congé de proche aidant, Congé de solidarité familiale, Congé de formation professionnelle

En plus du **socle commun**, deux options facultatives permettent d'améliorer la couverture de certains risques spécifiques :

**Option A : 7,35 €/mois** : renforce les remboursements pour les consultations de spécialistes, la médecine douce et la psychologie. Améliore la couverture pour l'hospitalisation, les actes techniques et d'imagerie, le paramédical et la pharmacie hors Sécurité sociale.

**Option B : 30,33 €/mois** : comprend tous les renforcements de l'option A + apporte des remboursements plus élevés sur les soins dentaires, optiques et auditifs.

L'État prendra en charge 50 % du montant de l'option choisie, dans la **limite de 5 € par mois**.

Ainsi, le coût réel des options pour les agents sera de **3,60 €/mois pour l'option A, 25,33 €/mois pour la B**

Pour les enfants, les options coûteront : **50 % du montant de l'option pour le 1<sup>er</sup> enfant soit 3,68€ pour l'option A ou 15,16€ pour la B = 25 % pour le 2<sup>eme</sup> soit 1,84€ pour l'option A ou 7,58€ pour la B, Gratuit à partir du 3<sup>e</sup>. Pas de prise en charge État.**

Pour les conjoints, le tarif est fixé à **100 % du montant de l'option choisie**. Pas de prise en charge État.

***Bénéficiaires nouvellement retraités, si les 2 conditions suivantes sont respectées :***

- employé et rémunéré par une administration de l'État à la date de la cessation d'activité pour admission à la retraite ou dans une situation donnant le droit de bénéficier du contrat collectif  
&
- si perçoit une retraite du service de l'Ircantec : Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques ou de l'Agirc-Arrco

⇒ Adhésion obligatoire dans l'année suivant le départ en retraite.

Pour les retraités, la cotisation sera entre 100% et 175% du panier de base. Le montant varierait entre 77€ et 134,75€.

***Bénéficiaires retraités à la date de mise en place du 1er contrat collectif :***

L'adhésion possible si la personne remplissait les conditions exigées pour adhérer au contrat collectif si ce contrat avait été souscrit à la date de sa mise à la retraite.

⇒ Adhésion obligatoire dans l'année suivant la date à laquelle il a été informé de l'entrée en vigueur du contrat collectif et de la possibilité d'y adhérer.

Les agents retraités, qui adhèrent au régime de PSC en santé, ne bénéficient pas de prise en charge financière par leur dernier employeur.

## Ayants Droits : LA COMPLEMENTAIRE SANTÉ DE DEMAIN

**Bénéficiaires Ayant-Droit** : possibilité d'adhérer à tout moment au contrat collectif d'un bénéficiaire si :

- **les 3 conditions suivantes sont remplies les descendants =**
  1. Être l'enfant ou le petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou être l'enfant ou le petit-enfant de la personne qui vit en couple avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité, ou avoir été confié par décision de justice à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ou à la personne qui vit en couple avec ce bénéficiaire actif ou retraité.
  2. Être fiscalement à charge d'un des bénéficiaires du contrat collectif et ne bénéficie pas d'une autre protection sociale complémentaire due à une activité professionnelle.
  3. Être âgé de moins de 21 ans ou être âgé de moins de 25 ans et être étudiant ou en contrat d'apprentissage ou demandeur d'emploi ou être reconnu handicapé par la CDAPH sans condition d'âge.
- si la personne est **l'époux survivant ou l'enfant orphelin** d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité décédé qui perçoit une pension de réversion ou d'orphelin. **La demande doit être faite dans l'année suivant le décès.**
- si la personne est **l'époux qui perçoit une pension de réversion** au titre d'un ancien agent retraité de l'État à la date d'entrée en vigueur du 1<sup>er</sup> contrat collectif conclu par la dernière administration employeur de son conjoint décédé. **La demande d'adhésion doit être faite dans l'année suivant la date à laquelle il a été informé de la possibilité d'y adhérer.**
- si en couple avec un **bénéficiaire actif ou retraité**. **Aucune condition d'âge n'est exigée.**

## Dispense et garanties : LA COMPLEMENTAIRE SANTÉ DE DEMAIN

**Dispense** de l'obligation d'adhésion dans les cas suivants :

- bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (C2S)
- adhésion à une **complémentaire santé individuelle** à la date d'entrée en vigueur du 1er contrat collectif souscrit par l'administration employeur ou à la date du recrutement, si elle est postérieure : dispense d'adhésion jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel, dans la limite de 12 mois.
- **être recruté en CDD** et avoir une **complémentaire santé individuelle**.
- **être** couvert, y compris en tant qu'ayant droit, par un **autre contrat collectif** (complémentaire santé d'entreprise, régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières, complémentaire santé collective territoriale ou hospitalière, couverture collective des militaires).

Le contrat collectif de complémentaire santé prend **au minimum** en charge les garanties suivantes :

- Intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie.
- Totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation
- Frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel
- Frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple, 150 € (voire 200 €) pour une correction complexe.

**Ces garanties doivent s'appliquer de manière identique aux différentes catégories de bénéficiaires (actifs, retraités, ayants droit).**

**Décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État**

Article 21

Les cotisations des bénéficiaires relevant du **régime local d'assurance maladie** complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale **sont minorées en proportion du financement des garanties complémentaires déjà prises en charge par ce régime.**

Les contrats collectifs comportent les adaptations nécessaires à leur mise en œuvre pour les bénéficiaires employés à l'étranger, à Mayotte, dans les collectivités d'outre-mer relevant de l'article 74 de la Constitution et en Nouvelle-Calédonie.

\*L'Assurance maladie définit une **base de remboursement** (ou tarif de convention) : BR

# Les remboursements : LA COMPLEMENTAIRE SANTÉ DE DEMAIN

## Garanties socle et options

Pour le socle, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie.

Pour les options, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie et par le socle complémentaire (panier de soins interministériel).

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
<b>Catégorie Hospitalisation et Soins courants</b>			
<b>Hospitalisation</b>			
<i>Honoraires</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	175% BR	175% BR
<i>Forfaits et frais de séjours</i>			
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	100% FR	-	-
Frais de séjour	100% BR	-	-
<i>Chambre particulière (sans limitation de durée)</i>			
Court séjour et maternité	50 € / nuit	60 € / nuit	60 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	55 € / nuit	55 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	-	-
<i>Frais d'accompagnant</i>			
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	-	-
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	-	-
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
<i>Consultations / Visites de médecins généralistes</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	-	-
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	-	-
<i>Consultations / Visites de médecins spécialistes</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	175% BR

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
<i>Actes techniques médicaux</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	175% BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	175% BR
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	250% BR	250% BR
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	200% BR	200% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100% BR	150% BR	150% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR	150% BR	150% BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	-	-
<b>Médicaments</b>			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100% BR	-	-
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100% BR	-	-
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100% BR	-	-
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	150 € / an	150 € / an
<b>Matériel médical</b>			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par le RO	200% BR	-	250% BR
<b>Frais de transport en véhicule sanitaire</b>			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100% BR	-	-
<b>Catégorie Dentaire</b>			
<b>Dentaire</b>			
Soins et prothèses 100% Santé			
Soins (hors 100% Santé)			
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100% BR	-	-
<b>Prothèses (hors 100% Santé)</b>			
Panier Maitrisé			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375% BR	-	400% BR
Prothèses amovibles	375% BR	-	400% BR
Prothèses provisoires	375% BR	-	400% BR

# Les remboursements : LA COMPLEMENTAIRE SANTÉ DE DEMAIN

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Inlay Core	375% BR	-	400% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	-	400% BR
<b>Panier Libre</b>			
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible	300% BR	-	350% BR
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible	250% BR	-	350% BR
Prothèses amovibles sur dent visible	300% BR	-	350% BR
Prothèses amovibles sur dent non visible	250% BR	-	350% BR
Prothèses provisoires	300% BR	-	350% BR
Inlay Core	200% BR	-	350% BR
<b>Implantologie</b>			
Couronne sur implant	200 € / couronne (max. 2/an)	-	-
Implants	500 € / implant (max. 2/an)	-	650 € / implant (max. 2/an)
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250% BR	-	300% BR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	-	500 € / semestre
<b>Catégorie Aides auditives</b>			
<b>Aides auditives</b>			
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-	-
Equipements à tarif libre pour un bénéficiaire (< ou > 20 ans)	800 €	-	1.000 €
<b>Catégorie Optique</b>			
<b>Optique</b>			
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-	-
<i>Equipements à tarif libre</i>			
Monture	50 €	-	-
Verres	Cf. grille optique	-	-
<i>Autres prestations optique</i>			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 € / an	-	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	-	-
<b>Grille optique</b>			
<i>Verre unifocal, sphérique</i>			

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Sphère de - 6 à + 6	60 €	-	80 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €	-	130 €
<i>Verre unifocal, sphéro-cylindrique</i>			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €	-	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €	-	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €	-	130 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €	-	130 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €	-	130 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphérique</i>			
Sphère de - 4 à + 4	150 €	-	190 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €	-	240 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</i>			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €	-	190 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €	-	190 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €	-	240 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €	-	240 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €	-	240 €
<b>Catégorie Autres postes</b>			
<b>Autres postes</b>			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BR	-	-
<b>Médecines additionnelles et de prévention</b>			
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)	8 séances / an (limite 40 € / séance)	10 séances / an (limite 40 € / séance)
<b>Actes refusés par la Sécurité sociale</b>			
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an	-	-
Contraception, tests de grossesse	80 € / an	-	-
<b>Prévention</b>			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte	-	-
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	-	-