

**ACCORD D'ENTREPRISE EURO DISNEY S.A.S. / EURO DISNEY ASSOCIÉS S.C.A. / EURO
DISNEY S.C.A. / ED SPECTACLES S.A.R.L. / SETEMO Imagineering S.A.R.L.
PORTANT SUR LE SYSTÈME DE GARANTIES COLLECTIVES :
REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX**

ENTRE

D'une part,

Les Sociétés suivantes constituées en Unité Économique et Sociale (U.E.S.) :

La Société Euro Disney S.A.S. au capital de 1.676.940 euros, sise au 1 rue de la Galmy, 77700 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 341.908.945,

La Société Euro Disney S.C.A. au capital de 783.364.900 euros, sise au 1 rue de la Galmy, 77700 Chessy, inscrite R.C.S. de Meaux sous le numéro 334.173.887,

La Société Euro Disney Associés S.C.A. au capital de 1.203.699.718 ,90 euros, sise au 1 rue de la Galmy, 77700 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 397.471.822,

La Société ED Spectacles S.A.R.L. au capital de 40.000 euros, sise au 1 rue de la Galmy, 77700 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 385.405.584,

La Société SETEMO Imagineering S.A.R.L. au capital de 7.623 euros, sise au 1 rue de la Galmy, 77700 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 388.457.004,

L'ensemble de ces Sociétés étant représenté par [REDACTED] en sa qualité de Directrice Relations Sociales,

ET

D'autre part,

La CFDT, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale,

La CFE-CGC, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale,

La CFTC, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale,

La CGT, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale,

La CGT-FO, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale,

L'UNSA, représentée par l'un de ses délégué(e)s syndicaux de l'Unité Économique et Sociale.

PREAMBULE

La protection sociale complémentaire constitue un élément fondamental de la politique sociale de l'Entreprise à laquelle les partenaires sociaux sont attachés.

Ainsi depuis la création de l'Entreprise, plusieurs accords collectifs portant sur le remboursement des frais médicaux ont été conclus, étant précisé que le dernier portait sur la période allant du 1er mai 2013 au 31 décembre 2016.

Cet accord arrivant à échéance, les Parties se sont rencontrées à plusieurs reprises en date des 25

JBDD
JL 115

L'Entreprise de bénéficier d'une couverture santé couvrant les principales dépenses, ceci face au désengagement constant de la Sécurité Sociale. Elles ont tenu compte de la réglementation en matière de contrats responsables, la période transitoire arrivant pour l'Entreprise à échéance fin 2016 en lien avec la fin de l'accord collectif au 31 décembre 2016.

L'analyse des comptes frais de santé sur la période allant de 2013 à 2016 démontre que les mesures prises par les parties ont permis de maintenir l'équilibre financier de ce régime, faisant apparaître respectivement un rapport Sinistres sur Primes (S/P) de 100.3% en 2013, de 97.92 % en 2014 et de 96.67 % en 2015.

Ainsi, le rapport Sinistres sur Primes (S/P) prévisionnel (arrêté au 31 mai 2016) pour l'année 2015 de 96.67% est réparti comme suit :

- pour le régime de base seul, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 58.96 %
- pour le régime de base de l'option, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 161.00%
- pour le régime optionnel, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 64.67%.

Ce détail démontre l'augmentation constante de la consommation du régime optionnel étant précisé que les bénéficiaires de ce régime optionnel sont également en constante augmentation. On dénombre ainsi 7524 salariés bénéficiant du seul régime de base (soit 56%) et 5945 salariés bénéficiant tant du régime de base que du régime optionnel (soit 44%) en 2015.

Le présent accord vise à présenter les modalités et conditions du système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé mis en place et ceci en prenant en considération le caractère responsable et solidaire du régime.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale, après information et consultation du comité d'entreprise en application de l'article R.2323-1-13 CT.

Il est rappelé que le Comité d'Entreprise a la faculté de se faire assister par un expert afin d'éclairer les membres élus dudit Comité au regard notamment de la complexité technique afférente au sujet des couvertures santé, étant précisé que le coût afférent à cette expertise est pris en charge par le Comité lui-même.

ARTICLE 1: OBJET

L'objet du présent accord est de réviser le système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé précédemment mis en place notamment afin de le mettre en conformité avec la législation sur les contrats dits responsables.

Il permet à l'ensemble du personnel de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale.

L'adhésion au régime de base est obligatoire et s'impose donc dans les relations individuelles de travail.

ARTICLE 2: PERSONNEL BENEFICIAIRE

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés des Sociétés composant l'Unité Économique et Sociale «Euro Disney», ci-après dénommée «l'Entreprise», laquelle est composée au jour de la signature du présent accord des Sociétés Euro Disney S.A.S., Euro Disney S.C.A., Euro Disney Associés S.C.A., ED Spectacles S.A.R.L., et SETEMO IMAGINEERING S.A.R.L. sans distinction d'ancienneté.

Il a pour objet l'adhésion de l'ensemble du personnel des salariés non-cadres et agents de maîtrise (coefficient 150 à 250 inclus), d'une part, et, agents de maîtrise assimilés cadres et cadres (coefficient

260 à 520 inclus), ainsi que les cadres dirigeants d'autre part, aux contrats de couverture collective souscrits auprès de l'organisme assureur.

L'adhésion au régime de base de tous les salariés des Sociétés composant l'Unité Économique et Sociale est obligatoire. Elle se fait à compter de la date d'embauche du salarié au sein des Sociétés concernées.

Le Service Paie Central transmet à l'organisme assureur un fichier hebdomadaire des entrées et sorties du personnel. L'organisme assureur procède à l'adhésion moyennant transmission par le salarié du bulletin d'affiliation, qui lui est remis par la Société lors de son embauche, et sous réserve de la production d'un certain nombre de justificatifs.

Lorsqu'un salarié souhaite affilier en qualité d'ayants droits une ou plusieurs personnes, il doit produire les justificatifs suivants :

- Pour le conjoint : une photocopie du livret de famille ou un extrait d'acte de mariage, ainsi que la photocopie de l'attestation de la carte vitale (Sécurité Sociale).
- Pour le concubin, il est demandé un certificat de vie commune (validé par la Mairie), ou un justificatif de domicile aux deux noms ainsi qu'une photocopie de l'attestation de la carte vitale (Sécurité Sociale) du bénéficiaire et de son ayant-droit ou la feuille d'imposition.
- Pour le partenaire lié par un PACS, l'attestation du PACS ou sa copie, ainsi que la photocopie de l'attestation de la carte vitale (Sécurité Sociale).
- Pour les enfants à charge inscrits au régime «étudiants», outre la photocopie de l'attestation de la carte vitale (Sécurité Sociale), un certificat de scolarité doit être produit chaque année.

Par ailleurs, pour les salariés mariés, en concubinage ou liés par un PACS, il sera demandé au salarié de préciser si son conjoint, concubin ou partenaire exerce une activité professionnelle. Dans ce cas, le salarié devra fournir une attestation de la part de l'employeur de son conjoint ou concubin ou partenaire mentionnant l'adhésion obligatoire ou l'absence d'adhésion à un régime de remboursement des frais de santé propre à son Entreprise (cf. Article 5 et plus spécifiquement le paragraphe sur la dénoémisation des conjoints).

Les salariés doivent impérativement, afin d'assurer l'efficacité des mesures prises dans le cadre du présent accord, fournir à l'Entreprise tous les documents permettant de justifier de leur situation de famille, des changements d'adresse, et de tous les justificatifs nécessaires cités ci-dessus.

ARTICLE 3: GARANTIES

Conformément aux accords précédents, les parties ont souhaité conserver :

- un régime de base obligatoire commun à toutes les catégories de salariés (non cadres, agents de maîtrise, agents de maîtrise assimilés cadres, cadres et cadres dirigeants) avec un niveau de garanties couvrant tous les postes, et répondant aux obligations relatives aux contrats dits responsables. Ce régime est financé pour partie par l'employeur et pour partie par les salariés dans les conditions citées ci-dessous (Cf. 4- Financement),
- un régime optionnel complémentaire au régime de base entièrement financé par les salariés et accessible à tous les salariés, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent (non cadres, agents de maîtrise, agents de maîtrise assimilés cadres, cadres et cadres dirigeants), répondant également aux obligations relatives aux contrats dits responsables.

Un tableau des garanties du régime de base et du régime optionnel figure en Annexe 1 du présent accord.

Pour rappel, l'Entreprise ne saurait être tenue au versement des garanties définies dans ces Annexes qui relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

S'agissant du régime de base, les Parties ont décidé de revoir les garanties afin de les mettre en conformité avec les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables. Ces modifications prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2017.

Ainsi pour les généralistes, les spécialistes, les actes médicaux techniques et radiologues, les parties ont pris en compte la limitation des remboursements au regard de l'adhésion ou non des médecins au « Contrat d'Accès aux Soins » (ou tout dispositif amené à le remplacer). Il en est de même pour les honoraires des médecins et chirurgiens en cas d'hospitalisation et de maternité. Enfin s'agissant de l'optique, il est fait application de la limitation de la fréquence de renouvellement avec un seul équipement optique tous les deux ans, sauf en cas de changement de dioptrie et pour les mineurs (un équipement par an).

Au-delà de cette mise en conformité avec les contrats responsables, les parties ont décidé d'améliorer certaines garanties comme celles de la chirurgie visuelle, des prothèses dentaires non remboursées, des inlays onlays notamment.

S'agissant du régime optionnel, les garanties ont également été revues afin de les mettre en conformité avec la législation sur les contrats responsables et ceci à compter du 1^{er} janvier 2017.

Au-delà de cette mise en conformité avec les contrats responsables, les parties ont décidé d'améliorer certaines garanties comme les montures en matière d'optique, une meilleure prise en charge des lentilles prescrites non remboursées, de la chirurgie visuelle, de la parodontologie. Elles ont également décidé de plafonner certaines des garanties.

Concernant l'adhésion au régime optionnel, il est précisé que les salariés embauchés antérieurement à la date de conclusion du présent accord et n'ayant pas choisi de souscrire au régime optionnel antérieurement pourront y adhérer et, ce, au plus tard au 30 avril 2017 inclus. Il est, par ailleurs, indiqué que les salariés ayant souscrit au régime optionnel dans le cadre de l'accord collectif arrivant à échéance au 31 décembre 2016, pourront en sortir au plus tard au 31 mars 2017 inclus.

Les nouveaux embauchés, postérieurement à la signature du présent accord, doivent décider d'adhérer ou non au régime optionnel dans les trois mois de leur embauche, étant précisé que l'adhésion au régime optionnel sera rétroactive à leur date d'embauche.

Enfin il est rappelé que les salariés ayant opté pour le régime optionnel, dans le cadre du présent accord, ne pourront se désengager avant l'issue de celui-ci sauf en cas de sortie définitive de la Société ou changement objectif dans la situation de famille (mariage, divorce, concubinage, PACS, veuvage, plus d'ayant droit à charge, enfant entrant dans la vie active, ou en cas de surendettement reconnu, cette liste étant limitative).

Il sera également possible, au 1^{er} janvier de chaque année, d'entrer dans l'option, sous les mêmes conditions objectives.

ARTICLE 4: FINANCEMENT

a- Régime de base

La cotisation, dans le cadre du présent accord, pour le régime de base est calculée selon des règles identiques quelle que soit la situation de famille du bénéficiaire, avec, d'un côté, une part forfaitaire et, de l'autre côté, une part en pourcentage du salaire brut soumis à cotisations (toutes primes et avantages inclus), dans la limite de quatre (4) fois le plafond retenu pour le calcul des cotisations de Sécurité Sociale (tranches A et B du salaire).

Cette cotisation est ainsi déterminée selon un double mécanisme avec :

- une part forfaitaire, de 63,80 euros en 2017 dont l'évolution figure dans le tableau suivant ; cette part forfaitaire mensuelle est indépendante du salaire et de l'horaire pratiqué. En cas

- une part proportionnelle égale à 0.417 % du salaire brut en 2017, dans la limite du plafond des tranches A et B dont l'évolution figure dans le tableau suivant.

Afin d'arriver à un équilibre du régime à l'échéance du présent accord, les Parties ont tenu compte des recommandations de l'organisme assureur tendant à garantir un taux de cotisations prédéfini sur la durée totale de l'accord.

Pour déterminer l'augmentation de la cotisation au régime de base, les Parties ont analysé l'impact de l'évolution de la démographie, c'est à dire de l'augmentation du nombre de salariés et du nombre de bénéficiaires ainsi que de l'augmentation de l'âge moyen des salariés. Elles ont également pris en considération la consommation médicale ainsi que l'impact de la législation sur les contrats responsables en matière de garanties.

Au regard de ces différents éléments, les Parties à l'accord se sont également accordées sur les augmentations suivantes :

Année	% d'augmentation
2017	0%
2018	2%
2019	2%
2020	4%
2021	4%

Les parties ont convenu d'une prise en charge de la part patronale de 65% à partir du 1^{er} janvier 2017, abaissant ainsi la part salariale à 35%.

BASE

		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cotisation	forfait en €	63,80 €	63,80 €	65,08 €	66,38 €	69,04 €	71,80 €
	+	+	+	+	+	+	+
mensuelle	% salaire TAB	0,417%	0,417%	0,425%	0,434%	0,451%	0,469%

Part Salarié	forfait en €	25,53 €	22,33 €	22,78 €	23,23 €	24,16 €	25,13 €
	+	+	+	+	+	+	+
35%	% salaire TAB	0,166%	0,146%	0,149%	0,152%	0,158%	0,164%

Part Employeur	forfait en €	38,27 €	41,47 €	42,30 €	43,15 €	44,88 €	46,67 €
	+	+	+	+	+	+	+
65%	% salaire TAB	0,251%	0,271%	0,276%	0,282%	0,293%	0,305%

13
100
86

b- Régime facultatif

Le régime optionnel, permettant au salarié de bénéficier de garanties supplémentaires, est maintenu et dans un objectif de solidarité, les parties conviennent que ce régime facultatif et optionnel soit également responsable et solidaire.

Les Parties à l'accord constatent l'augmentation croissante du nombre d'adhésion à l'option. Ainsi entre 2003 et 2015, le pourcentage d'adhésion au régime optionnel est passé de 20% à 44%.

Il est, par ailleurs, rappelé que les salariés adhérant à l'option utilisent pleinement les garanties du régime de base, ce qui a pour conséquence une sous tarification du régime optionnel avec un rapport Sinistres sur Primes (S/P) pour le régime de base de l'option de 161.00% et pour le régime optionnel, un rapport Sinistres sur Primes (S/P) de 64.67% en 2015.

Il est convenu, entre les parties que le régime optionnel au 1er janvier 2017 sera de 21,96 euros par mois, tarification maintenue au 1er janvier 2018. La cotisation au régime optionnel sera ensuite augmentée de 2% au 1er janvier 2019, puis de 4% au 1er janvier 2020 et enfin de 4% au 1er janvier 2021.

Le tableau ci-dessous rappelle ainsi les augmentations de cotisations.

Année	% d'augmentation
2017	N/A
2018	0%
2019	2%
2020	4%
2021	4%

Au regard de ces différents éléments, la cotisation au régime optionnel est une cotisation supplémentaire, forfaitaire et mensuelle déterminée comme suit :

OPTION

		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cotisation mensuelle	forfait en €	24,41 €	21,96 €	21,96 €	22,40 €	23,30 €	24,23 €

Cette cotisation est intégralement à la charge du salarié et est valable quelle que soit sa situation de famille.

Il est précisé que cette cotisation n'est pas déductible du revenu imposable du salarié.

Enfin, les Parties conviennent de maintenir la consolidation du régime de base et du régime optionnel.

ARTICLE 5 : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT DU REGIME

Les mesures d'accompagnement antérieurement prévues afin de trouver l'équilibre entre l'optimisation des garanties et l'augmentation des cotisations sont maintenues sans modification.

- **La dénoémisation des conjoints** : La télétransmission par la norme «NOÉMIE» permet une transmission automatique au gestionnaire du régime des dossiers de remboursement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Cette transmission automatique simplifie le système de remboursement des salariés. Compte tenu du caractère automatique de l'opération, la noémisation aboutit à la prise en charge par notre régime des remboursements complémentaires des conjoints de salariés, susceptibles de bénéficier d'une mutuelle qui leur est propre.

La mesure de dénoémisation a pour objectif de faire intervenir, pour les conjoints des salariés de l'Entreprise qui travaillent, leur propre mutuelle dès lors que les intéressés cotisent à ce titre dans une autre entreprise. Le processus de dénoémisation consiste en la suppression de la noémisation de tous les conjoints et enfants. Ces conjoints et enfants «dénoémisés» ne sont réinscrits pour la noémisation qu'à la condition qu'ils n'aient pas de mutuelle (attestation nécessaire de l'employeur du conjoint confirmant qu'il n'y pas de mutuelle dans son entreprise). Si le conjoint est au chômage, une attestation ou un document de Pôle Emploi doit être fourni(e), et s'il est malade, le dernier décompte des indemnités journalières de Sécurité Sociale devra être produit. Enfin si le conjoint ne travaille plus et n'est plus indemnisé, une attestation fiscale ou la copie de l'avis d'imposition devra être produite. Il est rappelé que la noémisation ne concerne pas le droit aux prestations, mais la simple télétransmission des frais. Les partenaires sociaux et le cabinet de courtage veilleront à ce qu'il soit procédé à une vérification régulière des ayants droits.

- **La mise en place de devis systématiques** : Afin de permettre aux salariés de connaître le montant des frais qu'ils engageront pour leur part en matière d'optique, d'orthodontie et de prothèses dentaires, il est convenu que les intéressés demanderont, avant l'engagement des dépenses, un devis à leur praticien et, ceci, en collaboration avec l'organisme assureur. Ce dernier incite au développement d'une telle pratique, pour sensibiliser les salariés sur l'importance du choix du praticien. Il est rappelé toutefois que chaque salarié reste libre de consulter le praticien de son choix, la transmission d'un devis ayant, avant tout, pour but de responsabiliser les salariés sur l'impact de leur consommation médicale.

Il est également indiqué qu'un réseau de soins est mis à disposition des salariés afin de les conseiller et obtenir une diminution du reste à charge. Il est dans l'intérêt des parties de promouvoir l'utilisation de ce réseau.

- **Gestion spécifique des suspensions du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation** : sont notamment visées les périodes de suspension du contrat de travail liées à une maladie, une maternité ou un accident dès lors qu'elles sont indemnisées.

Dans ce cas, le salarié continue de bénéficier du régime collectif des frais de santé (base et/ou option) pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel du salaire,
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues ci-dessus.

- **Gestion spécifique des «inactifs»** : par le terme inactif, il faut entendre les ex-salariés au sens de l'Article 4 de la loi Evin (anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant la rupture de leur contrat de travail.

Pour le cas spécifique des ayants droits des salariés décédés, il est instauré une possibilité de maintien dans le régime des actifs pour une durée maximale de six (6) mois étant précisé que la cotisation correspondante à la cotisation forfaitaire globale reste à la charge de l'ayant droit. Au terme de cette période, leur droit à l'accès au régime d'assurance de

l'organisme assureur est maintenu dans les conditions de la loi Evin telles qu'exposées ci-après.

Les inactifs au sens de la loi Evin (anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi et qui ont un revenu de remplacement, ainsi que les ayants droits des salariés décédés pendant un an pour ces derniers) peuvent bénéficier du maintien de la couverture santé, à savoir celle prévue par le régime de base des actifs dans les conditions tarifaires fixées par l'organisme assureur.

- **Gestion spécifique des salariés en congé sans solde de plus d'un mois** : les salariés bénéficiant de congé sans solde, congé non rémunéré d'une durée supérieure à un mois (congé sans solde, congé sabbatique, parental éducation à temps plein, congé de présence parentale à temps plein, cette liste étant limitative), peuvent continuer à bénéficier directement auprès de l'organisme assureur des garanties prévues dans le cadre du régime. Il s'agit d'un choix individuel. La demande devra être faite par le salarié au maximum un (1) mois après le début de son congé.

Par ailleurs, il est convenu entre les Parties, que les salariés partant en congé non rémunéré de plus d'un mois et choisissant, à titre individuel, de continuer à bénéficier des garanties collectives prévues par le présent accord, ne peuvent modifier les choix faits antérieurement à la prise du congé non rémunéré.

La tarification spécifique de ce régime pour les congés sans solde est présentée en Annexe 2.

ARTICLE 6 : PORTABILITE

Les anciens salariés de l'Entreprise, bénéficiaires du dispositif de portabilité prévu par l'article L 911-8 du code de la Sécurité Sociale pourront conserver le bénéfice du présent système de garanties collectives dans les termes et conditions prévus par ce texte.

ARTICLE 7 : INFORMATION

Information individuelle

En leur qualité de souscripteur, les Sociétés composant l'Unité Économique et Sociale «Euro Disney» s'engagent à remettre à chaque salarié et à tout nouvel embauché la notice d'information de l'assureur résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application. Cette notice sera établie par l'assureur qui devra procéder à sa mise à jour en cas de modifications ultérieures. L'assureur devra y faire figurer les actes de prévention.

Les salariés des Sociétés composant l'Unité Économique et Sociale «Euro Disney» seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification des garanties. Ils seront également informés de toute modification non prévue par le présent accord des taux, montants et structures des cotisations, de même que de toute mesure d'accompagnement.

Information collective

Une information sur les modalités de cet accord sera distribuée dans les bulletins de paie des salariés. Par ailleurs, une diffusion des messages clés sera communiquée aux salariés sur le HUB.

La Direction en collaboration avec l'organisme assureur a mis à la disposition des salariés un site intranet dédié aux questions de santé et de prévoyance. Il est prévu que les messages de prévention soient relayés sur le site dédié.

Il est, d'ores et déjà, convenu que la notice d'information de l'assureur sera disponible en français, en anglais et en espagnol et qu'elle sera également accessible sur l'intranet Ressources Humaines.

La Direction s'engage également avec l'aide de l'organisme assureur à faire une communication auprès des salariés sur la vigilance nécessaire concernant la maîtrise des dépenses de santé et, ceci, afin de sensibiliser les salariés sur les devis systématiques.

Lors du forum social, l'Organisme assureur sera présent et présentera à cette occasion ses campagnes de prévention.

La commission de suivi antérieurement créée continuera à se réunir.

Elle est chargée de suivre l'application de l'accord et d'analyser au regard des comptes de résultats, provisoires ou définitifs, qui lui seront communiqués préalablement, si les mesures contenues dans le présent accord sont adaptées ou pas.

La composition de la commission reste fixée à deux représentants de chaque Organisation Syndicale Représentative de salariés et de représentants de l'employeur, étant précisé que le représentant de l'organisme assureur et un représentant de la Société de courtage en assurance pourront s'y joindre.

La commission se réunira tous les six (6) mois afin notamment d'examiner les comptes de résultats provisoires ou définitifs. En cas de nécessité, il est convenu qu'au moins deux Organisations Syndicales présentes pourront demander une réunion extraordinaire afin d'envisager les mesures urgentes.

Des tableaux de suivi de l'ensemble du régime et les comptes de résultats seront quant à eux communiqués par la Direction tous les semestres aux Organisations Syndicales par voie électronique. Ces comptes de résultats feront apparaître de manière distincte les comptes du régime optionnel, les frais de gestion et de courtage.

Le Comité d'Entreprise recevra communication du rapport annuel de l'assureur sur les comptes de la convention d'assurance.

ARTICLE 8 : ENTREE EN VIGUEUR, DUREE, REVISION, DENONCIATION

Le présent accord se substitue à tous les accords ou usages conclus antérieurement et ayant le même objet. Ce dernier est conclu pour une durée déterminée. Il sera applicable du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2021.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat emportera de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet. Dans cette hypothèse, les Parties à l'accord se réuniraient en urgence afin de trouver des solutions permettant d'avoir des garanties et une répartition de la cotisation à la hauteur du budget existant.

Les Parties conviennent de se réunir au plus tard au mois de septembre 2021 pour envisager la renégociation de cet accord.

L'intégralité des dispositions de cet accord est établie sur la base de la législation et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de sa conclusion. Si cette réglementation venait à changer, notamment en cas de nouveau désengagement de la Sécurité Sociale, les Parties conviennent de se réunir sans délai afin de réviser les garanties et cotisations. Dans l'attente d'un tel accord, les garanties seraient mises en œuvre sur la base du niveau de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur avant le changement de réglementation.

ARTICLE 9: DEPOT ET PUBLICITE

Le présent accord sera notifié par la Direction, dès sa signature par une ou plusieurs Organisations Syndicales représentant plus de 30 % des suffrages exprimés au premier tour des dernières élections du Comité d'Entreprise, aux autres Organisations Syndicales, étant précisé que les signataires pour les Organisations Syndicales disposent bien d'un mandat de délégué syndical. Les Organisations

élections du Comité d'Entreprise pourront faire opposition à ce texte dans un délai de huit (8) jours.

À l'issue de ce délai de huit (8) jours et en l'absence d'opposition, le présent accord sera déposé à l'initiative de la Direction des Relations Sociales auprès du Secrétariat Greffe du Conseil de Prud'hommes de Meaux en un exemplaire.

Deux exemplaires (une version sur support papier signée des Parties, l'autre sur support électronique) seront déposés à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi d'Île-de-France - Unité Territoriale de Seine-et-Marne à Melun.

Chaque Partie s'engage à faire connaître le contenu de l'accord à ses représentants et à ses salariés.

Fait à Chessy, le 13 octobre.....2016 en 13 exemplaires.

Pour l'ensemble des Sociétés visées dans le cadre de cet accord

Pour les Organisations Syndicales

Pour la CGT, Délégué(e) Syndical(e) de l'U.E.S

Pour la CGT-FO, Délégué(e) Syndical(e) de l'U.E.S

ANNEXE 1- Tableau des garanties

Garanties frais médicaux (extraits)	REGIME 2017
ACTES MEDICAUX COURANTS	REGIME BASE "RESPONSABLE"
§ Consultations généralistes	CAS : 100% BR ; Non CAS : 80% BR
§ Consultations spécialistes	CAS : 200% BR ; Non CAS : 130% BR
§ Actes de spécialistes	CAS : 100% BR ; Non CAS : 80% BR
§ Radiologie	
§ Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	CAS : 120% BR ; Non CAS : 100% BR
§ Analyses	100% BR
§ Auxiliaires médicaux	100% BR
§ Pharmacie	Ticket modérateur
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE et MATERNITE	
§ Frais de séjour	200% BR (TM + 180% BR)
§ Honoraires	CAS : TM + 180% BR Non CAS : TM + 100% BR
§ Chambre particulière	50 € / jour (néant en secteur non conv.)
§ Lit accompagnant d'un enfant de -16 ans ⁽¹⁾	35 € / jour (néant en secteur non conv.)
§ Forfait journalier hospitalier	Frais réels (limités au forfait en vigueur)
§ Frais de transport	Ticket modérateur
§ Frais de transport d'urgence	100% FR - RSS
OPTIQUE	par bénéficiaire pour 2 ans (1 an si changement dioptrie ou si - 18 ans)
§ Verres	Grille +/- 18 ans
§ Montures	Adulte : 100 € / Enfant - 18 ans : 80 €
§ Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale	Ticket modérateur + 105 €
§ Lentilles prescrites non remboursées Séc soc et jetables	105 € / an / bénéficiaire
§ Chirurgie visuelle	350 € par oeil
ART DENTAIRE	
§ Soins dentaires	150% BR
§ Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	320% BR
§ Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾	320% BR
§ Inlays-Onlays ⁽²⁾	245% BR
§ Orthodontie remboursée ⁽²⁾	95% BR
§ Implants dentaires ⁽³⁾	-
§ Parodontologie, curetage sous-gingival, radio et autre acte non remb	100 € / an / bénéficiaire
PROTHESES MEDICALES	
§ Orthopédie, prothèses médicales	100% BR
§ Prothèses capillaires ⁽¹⁾	300% BR
§ Prothèses auditives	500% BR
DIVERS	
§ Forfait Maternité Adoption	300 €
§ Cures thermales	
§ Acupuncteurs, Chiropracteurs, Ostéopathes, Sophrologues ou Diététiciens ⁽¹⁾	40 € / séance / bénéficiaire (maxi 3 par an)
§ Sevrage tabagique	-
§ Actes de prévention prévus par le décret du 8 juin 2006	Ticket modérateur

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

FR = Frais Réels

RSS = Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2016 : 3 218 €)

CAS : Médecin adhérent au Contrat d'accès aux Soins

(1) Sur présentation d'un justificatif ou d'une facture

Non CAS : Médecin n'adhérant pas au Contrat d'accès aux Soins

(2) Actes dentaires pris en charge : couronnes dentaires, prothèses supra implantaire, bridges et actes annexes (voir détails dans contrat ou notice)

(3) Pose d'un implant, à l'exclusion de certains actes (voir détails dans contrat ou notice)

Garanties frais médicaux (extraits)

REGIME 2017

ACTES MEDICAUX COURANTS	BASE + OPTION "RESPONSABLE"
§ Consultations généralistes	CAS : 400% BR ; Non CAS : 130% BR
§ Consultations spécialistes	CAS : 400% BR ; Non CAS : 130% BR
§ Actes de spécialistes	CAS : 400% BR ; Non CAS : 130% BR
§ Radiologie	CAS : 400% BR Non CAS : 130% BR
§ Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	CAS : 400% BR Non CAS : 130% BR
§ Analyses	100% FR - RSS
§ Auditaires médicaux	(90% FR-RSS maxi 400%BR en secteur non conventionné)
§ Pharmacie	Ticket modérateur
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE et MATERNITE	
§ Frais de séjour	100% FR - RSS (90% FR-RSS en secteur non conv.) avec maxi 400% BR
§ Honoraires	CAS : 100 % FR - RSS Non CAS : TM + 100% BR
§ Chambre particulière	200 € / jour
§ Lit accompagnant d'un enfant de -16 ans ⁽¹⁾	35 € / jour
§ Forfait journalier hospitalier	Frais réels (limités au forfait en vigueur)
§ Frais de transport	Ticket modérateur
§ Frais de transport d'urgence	100% FR - RSS
OPTIQUE:	par bénéficiaire pour 2 ans (1 an si changement dioptrie ou si - 18 ans)
§ Verres	Grille +/- 18 ans
§ Montures	120€ Adulte / 100 € enfant
§ Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale	Ticket modérateur + 105 €
§ Lentilles prescrites non remboursées Séc soc et jetables	140 € / an / bénéficiaire
§ Chirurgie visuelle	1000 € par œil
ART DENTAIRE	
§ Soins dentaires	200% BR
§ Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	345% BR
§ Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾	345% BR
§ Inlays-Onlays ⁽²⁾	345% BR
§ Orthodontie remboursée ⁽²⁾	350% BR
§ Implants dentaires ⁽³⁾	345 € / an / bénéficiaire
§ Parodontologie, curetage sous-gingival, radio et autre acte non remb	120 € / an / bénéficiaire
PROTHESES MEDICALES	
§ Orthopédie, prothèses médicales	100% FR - RSS
§ Prothèses capitulaires ⁽¹⁾	(90% FR - RSS maxi 200% BR en secteur non conventionné)
§ Prothèses auditives	100% FR - RSS
DIVERS	
§ Forfait Maternité Adoption	20% du PMSS
§ Cures thermales	10% du PMSS
§ Acupuncteurs, Chiropracteurs, Ostéopathes, Sophrologues ou Diététiciens ⁽¹⁾	40 € / séance / bénéficiaire (maxi 3 par an)
§ Sevrage tabagique	50 € / an / bénéficiaire
§ Actes de prévention prévus par le décret du 8 juin 2006	Ticket modérateur

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

FR = Frais Réels

RSS = Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2016 : 3 218 €)

CAS : Médecin adhérent au Contrat d'accès aux Soins

(1) Sur présentation d'un justificatif ou d'une facture

Non CAS : Médecin n'adhérant pas au Contrat d'accès aux Soins

(2) Actes dentaires pris en charge : couronnes dentaires, prothèses supra implantaire, bridges et actes annexes (voir détails dans contrat ou notice)

(3) Pose d'un implant, à l'exclusion de certains actes (voir détails dans contrat ou notice)

GRILLES VERRES

Adulte (+18 ans)

Code TIPS	Nouveau code LPP Adulte	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant Euro par verre *
202A00.11	2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	100 €
202A00.12	2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130 €
202A00.13	2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	150 €
202A00.21	2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -4 à +4	100 €
202A00.22	2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté			de -4 à -6 et de +4 à +6	115 € **
202A00.22	2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	130 €
202A00.23	2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	150 €
202A00.24	2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	170 €
202A00.31	2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	150 €
202A00.32	2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	250 €
202A00.41	2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	150 €
202A00.42	2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	250 €

Enfant (-18 ans)

Code TIP	Nouveau code LPP Enfant	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant Euro par verre *
202A00.11	2241874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	55 €
202A00.12	2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70 €
202A00.13	2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	90 €
202A00.21	2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	55 €
202A00.22	2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	70 €
202A00.23	2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	90 €
202A00.24	2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	90 €
202A00.31	2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	140 €
202A00.32	2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	140 €
202A00.41	2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	140 €
202A00.42	2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	140 €

* dans la limite de 2 verres pour la période définie au régime, par bénéficiaire

** remboursement automatique par télétransmission de 100 € + remboursement complémentaire de 15 € sur présentation de la facture de l'opticien et de la prescription de l'ophtalmologiste

ANNEXE 2 - Tarification des congés sans solde, ayants droits et retraités

BASE

		2017	2018	2019
Congés sans solde	Adulte	43,36 €	44,23 €	45,11 €
	Enfant	24,20 €	24,68 €	25,17 €
Ayants droit de salarié décédé	Uniforme	63,80 €	65,08 €	66,38 €
Sorties Loi Evin - Retraités	Uniforme	94,33 €	96,22 €	98,14 €

OPTION

		2017	2018	2019
Congés sans solde	Adulte	18,02 €	18,02 €	18,38 €
	Enfant	12,16 €	12,16 €	12,40 €
Ayants droit de salarié décédé	Uniforme	21,96 €	21,96 €	22,40 €
Sorties Loi Evin - Retraités	Uniforme	28,55 €	28,55 €	29,12 €

110
400
JL

