

**AVENANT n° 1 A L'ACCORD D'ENTREPRISE
PORTANT SUR LE SYSTÈME DE GARANTIES COLLECTIVES :
REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX**

ENTRE :

Les Sociétés suivantes composant l'Unité Économique et Sociale (U.E.S.) :

La Société Euro Disney Associés S.A.S. au capital de de 1.185.978.998,36 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 [REDACTED] sant en sa qualité de Directrice Stratégie Sociale,

D'une part,

ET :

Les Organisations Syndicales Représentatives :

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

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

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

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

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

D'autre part,

PREAMBULE

En 2016, les partenaires sociaux ont conclu un accord pour la période allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2021 permettant de prendre en considération les évolutions relatives aux contrats responsables, de revoir les garanties et de prévoir le plan quinquennal de tarification en prenant en considération l'attachement des salariés au régime des frais de santé.

Outre le suivi régulier de l'évolution du régime, les parties à l'accord se sont réunies (en date des 9 et 26 septembre 2019, et du 10 octobre 2019) pour prendre en considération la nécessité impérieuse d'intégrer au régime le plan 100% santé, qui a pour objectif de permettre à chaque bénéficiaire

d'acquérir un équipement optique, audio-prothétique et dentaire, sans reste à charge, après remboursement des régimes obligatoire et complémentaire. Cette réforme a nécessité des discussions et négociations avec les différents acteurs de la santé et des professionnels des secteurs concernés. Sa philosophie vise à prévenir le renoncement aux soins pour des raisons financières et le renforcement de la prévention.

Outre l'intégration obligatoire de cette réforme dans le régime, les parties se sont attachées à apporter des améliorations aux garanties.

L'analyse des comptes frais de santé 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 88.24% en 2017 et de 94.85% pour l'année 2018.

Ainsi, le rapport Sinistres sur Primes (S/P) pour l'année 2018 de 94.85% est réparti comme suit :

- pour le régime de base seul, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 57.05 %
- pour le régime de base de l'option, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 160,43%
- pour le régime optionnel, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 87.50%.

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.2312-22 CT :

ARTICLE 1: OBJET

L'objet du présent avenant est d'intégrer le plan 100% santé dans le cadre de la législation sur les contrats responsables et d'apporter des améliorations de garanties au regard de la consommation médicale.

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

Les dispositions prises dans le cadre de l'article 2 de l'accord du 13 octobre 2016 demeurent inchangées.

ARTICLE 3: GARANTIES

Conformément à l'accord du 13 octobre 2016, les parties rappellent ce qu'elles ont conclu :

- 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.
- 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 avenant intégrant la réforme du plan 100% santé.



Pour rappel, l'Entreprise ne saurait être tenue au versement des garanties définies dans cette annexe et dans celles de l'accord du 13 octobre 2016 qui relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

S'agissant du régime de base, les garanties en matière d'optique, dentaire et audiologie ont été adaptées afin de les mettre en conformité avec le plan 100% santé en cohérence avec la législation sur les contrats responsables.

S'agissant du régime optionnel, les garanties en matière d'optique, dentaire et audiologie ont été adaptées afin de les mettre en conformité avec le plan 100% santé en cohérence avec la législation sur les contrats responsables. Les parties ont décidé d'apporter des améliorations sur d'autres garanties telles que les implants dentaires, les médecines douces, la pédicure, l'orthodontie et la parodontie, les inlays simples/onlays, les verres simples multifocaux.

Ces modifications interviendront au 1^{er} janvier 2020.

Concernant l'adhésion au régime optionnel, il est précisé que les salariés embauchés antérieurement à la date de conclusion du présent avenant et n'ayant pas choisi de souscrire pourront y adhérer et, ce, au plus tard au 30 mars 2020 inclus, étant indiqué que la cotisation sera rétroactive au 1^{er} janvier 2020.

Les nouveaux embauchés, postérieurement à la signature du présent avenant, 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 de l'accord du 13 octobre 2016, ne pourront se désengager avant le 31 décembre 2021, sauf en cas de sortie définitive de la Société ou changement objectif dans la situation de famille (mariage, divorce, concubinage, PACS, rupture du PACS et de concubinage, veuvage, plus d'ayant droit à charge, enfant entrant dans la vie active, ou en cas de surendettement reconnu, cette liste étant limitative).

ARTICLE 4: FINANCEMENT

a- Régime de base

La tarification et la répartition des cotisations prévues dans l'accord du 13 octobre 2016 demeurent inchangées.

S'agissant du plan quinquennal d'augmentation des cotisations, il avait été initialement prévu une augmentation de 4% de la cotisation au 1^{er} janvier 2020.

Au regard des résultats constatés sur ce régime de base, il est convenu entre les parties que cette augmentation sera appelée à hauteur de 2% pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020.

En 2021, l'augmentation de la cotisation sera de 4% comme prévue par le plan quinquennal.

b- Régime facultatif

Compte tenu de l'amélioration des garanties apportées au régime optionnel, la tarification et l'augmentation prévues dans l'accord du 13 octobre 2016 demeurent inchangées.

ARTICLE 5 : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT DU REGIME

Les mesures d'accompagnement antérieurement prévues sont maintenues sans modification.

Les parties réitèrent leur souhait d'une meilleure communication de l'organisme assureur sur le réseau

de soins mis à disposition des salariés afin de les conseiller et obtenir une diminution du reste à charge.

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 de la modification des garanties.

Information collective

Une information sur cet avenant sera faite aux salariés.

La commission de suivi antérieurement créée continuera à se réunir notamment pour suivre les effets de la réforme en matière de consommation médicale.

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

Le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2020, étant précisé que l'accord du 13 octobre 2016 est conclu jusqu'au 31 décembre 2021.

L'intégralité des dispositions de cet avenant 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 conviendront 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 avenant sera notifié par la Direction à l'ensemble des Organisations Syndicales Représentatives dès sa signature par une ou plusieurs Organisations Syndicales Représentatives recueillant les conditions de majorité énoncées par les dispositions légales.

Le présent avenant sera déposé par la Direction sur la plateforme de télé procédure du Ministère du Travail en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version anonyme sur support électronique conformément aux dispositions légales.

Un exemplaire du présent avenant sera également déposé au secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes de Meaux.

Conformément aux dispositions légales, le présent avenant sera rendu public et versé dans la base de données nationale selon une version anonyme.

Les parties n'entendent émettre aucune réserve à la publication intégrale du présent avenant.

Chaque Organisation Syndicale Représentative recevra un exemplaire de l'avenant.

Fait à Chessy, le 23 octobre 2019 en 8 exemplaires.

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

Pour les Organisations Syndicales Représentatives

SANTÉ EURO DISNEY

elles sont ex... Les garanties représentent le maximum de remboursement des régimes ;
ment des remboursements de la Sécurité Sociale et dans la limite des frais réellement engagés.

garanties frais médicaux (extraits)

REGIMES à compter du 1er janvier 2020

	REGIME BASE "RESPONSABLE"	REGIME BASE + OPTION "RESPONSABLES"	Régime Option Sur Complémentaire "Non responsable"
§ Consultations généralistes	DPTAM : TM + 70% BR Non DPTAM : TM + 50% BR	DPTAM : TM + 370% BR Non DPTAM : TM + 100% BR	+ 270% BR pour Non DPTAM
§ Consultations spécialistes	DPTAM : TM + 170% BR Non DPTAM : TM + 100% BR	DPTAM : TM + 370% BR Non DPTAM : TM + 100% BR	+ 270% BR pour Non DPTAM
§ Actes de spécialistes	DPTAM : TM + 70% BR Non DPTAM : TM + 50% BR	DPTAM : TM + 370% BR Non DPTAM : TM + 100% BR	+ 270% BR pour Non DPTAM
§ Radiologie	DPTAM : TM + 80% BR Non DPTAM : TM + 70% BR	DPTAM : TM + 370% BR Non DPTAM : TM + 100% BR	+ 270% BR pour Non DPTAM
§ Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)			
§ Analyses	100% BR	100% FR - RSS	
§ Auxiliaires médicaux	100% BR	(80% FR-RSS maxi 400% BR en secteur non conventionné)	
§ Pharmacie	Ticket modérateur	Ticket modérateur	
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE et MATERNITE			
§ Frais de séjour	200% BR (TM + 180% BR)	100% FR - RSS (80% FR-RSS en secteur non conv.) avec maxi 400% BR	
§ Honoraires	DPTAM : TM + 180% BR Non DPTAM : TM + 100% BR	DPTAM : 100% FR - RSS Non DPTAM : TM + 100% BR	+ 280% BR pour Non DPTAM
§ Chambre particulière	50 € / jour (néant en secteur non conv.)	200 € / jour	
§ Lit accompagnant d'un enfant de -16 ans ⁽¹⁾	35 € / jour (néant en secteur non conv.)	35 euros / jour	
§ Forfait journalier hospitalier	Frais réels (limités au forfait en vigueur)	Frais réels (limités au forfait en vigueur)	
§ Frais de transport	Ticket modérateur	Ticket modérateur	
§ Frais de transport d'urgence	100% FR - RSS	100% FR - RSS	
OPTIQUE			
	per bénéficiaire pour 2 ans (1 an si changement de prescription ou si - 15 ans)	per bénéficiaire pour 2 ans (1 an si changement de prescription ou si - 15 ans)	
§ Lunettes "100 % Santé"	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
§ Verres (hors 100% Santé)	Grille +/- 16 ans	Grille +/- 16 ans	
§ Montures (hors 100% Santé)	Adulte : 100 € / Enfant - 16 ans : 80 €	100€ Adulte / 100 € enfant	
§ Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale	Ticket modérateur + 105 € / an / bénéficiaire	Ticket modérateur + 105 € / an / bénéficiaire	
§ Lentilles prescrites non remboursées Séc soc et jetables	105 € / an / bénéficiaire	140 € / an / bénéficiaire	
§ Chirurgie visuelle	350 € par œil	1000 € par œil	
ART DENTAIRE			
§ Inlays core, autres soins prothétiques, prothèses dentaires, "100 % Santé"	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	
§ Soins dans le "Panier maîtrisé"	TM+120% BR dans la limite des HLF	TM+170% BR dans la limite des HLF	
§ Prothèses dentaires dans le "Panier maîtrisé"	TM+200% BR dans la limite des HLF	TM+315% BR dans la limite des HLF	
§ Inlays Onlays dans le "Panier maîtrisé"	TM+215% BR dans la limite des HLF	TM+315% BR dans la limite des HLF	
§ Soins dentaires remb par la Sécurité sociale "libres"	TM+120% BR	TM+170% BR	
§ Prothèses dentaires remb par la Sécurité sociale "libres"	TM+200% BR	TM+315% BR	
§ Prothèses dentaires non remboursées Sécurité sociale (selon liste)	320% BR	345% BR	
§ Inlays-Onlays "libres"	TM+215% BR	TM+420% BR	
§ Orthodontie remboursée par la Séc soc	100% BR	350% BR	
§ Orthodontie non remboursée par la Séc soc	-	200% BR (387 € / semestre)	
§ Implants dentaires ⁽²⁾	-	500 € / an / bénéficiaire	
§ Parodontologie, curetage sous-gingival, radio et autre acte non remb Séc soc	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	
PROTHESES MEDICALES			
§ Orthopédie, prothèses médicales	100% BR	100% FR - RSS	
§ Prothèses capitulaires ⁽³⁾	300% BR	(80% FR - RSS maxi 200% BR en secteur non conv.)	
§ Prothèses auditives en 2020	500% BR	100% FR - RSS	
§ Prothèses auditives à partir de 2021 "100% Santé"	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
§ Prothèses auditives à partir de 2021 "Hors 100% Santé"	500% BR dans la limite de 1 700 € - RSS	100% FR - RSS dans la limite de 1 700 € - RSS	
§ Piles, autres consommables ou accessoires remb Séc soc "100% Santé"	Ticket modérateur	Ticket modérateur	
DIVERS			
§ Forfait Maternité Adoption	10% PMSS	20% du PMSS	
§ Cures thermales	-	10% du PMSS	
§ Acupuncteurs, Chiropracteurs, Ostéopathes, Gophrologues, Diététiciens ou Pédiatres ⁽¹⁾	40 € / séance / bénéficiaire (maxi 3 par an)	50 € / séance / bénéficiaire (maxi 3 par an)	
§ Sevrage tabagique	-	50 € / an / bénéficiaire	
§ Actes de prévention prévus par le décret du 8 juin 2006	Ticket modérateur	Ticket modérateur	
TELECONSULTATION	oui	oui	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

FR = Frais Réels

HLF : Honoraires Limites de Facturation

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2019 : 3 377 €)

PLV : Prix Limites de Vente

DPTAM : Médecin adhérent au Contrat d'accès aux Soins

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

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

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

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

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

Document non contractuel - se référer aux contrats d'assurance qui seuls font foi

GRILLES VERRES

Adulte (16 ans et +)

Code TIPS	Niveau code LPP Adulte	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHER	Montant Euro par verre *	Montant Euro par verre *
					BASE	BASE+OPTION
202A00.11	2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	100 €	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		
202A00.13	2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	150 €	150 €
202A00.21	2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -4 à +4	100 €	100 €
				de -4 à -6 et de +4 à +6	115 € **	115 € **
202A00.22	2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	130 €	130 €
202A00.23	2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	150 €	150 €
202A00.24	2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	170 €	170 €
202A00.31	2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	150 €	200 €
202A00.32	2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	250 €	250 €
202A00.41	2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	150 €	150 €
202A00.42	2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	250 €	250 €

Enfant (- 16 ans)

Code TIPS	Niveau code LPP Enfant	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHER	Montant Euro par verre *	Montant Euro par verre *
					BASE	BASE+OPTION
202A00.11	2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	55 €	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		
202A00.13	2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	90 €	90 €
202A00.21	2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	55 €	55 €
202A00.22	2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	70 €	70 €
202A00.23	2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	90 €	90 €
202A00.24	2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	90 €	90 €
202A00.31	2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	140 €	140 €
202A00.32	2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	140 €	140 €
202A00.41	2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	140 €	140 €
202A00.42	2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	140 €	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