

**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 :

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

La Société Euro Disney Associés S.A.S. au capital de 2.735.978.999,26 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.,

La Société EURO DISNEYLAND 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 348.520.669.,

L'ensemble de ces Sociétés étant représenté par [REDACTED] dans sa qualité de Directrice Stratégie Sociale et Projets Relations Sociales,

D'une part,

ET :

Les Organisations Syndicales Représentatives :

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.

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

D'autre part,

PREAMBULE

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

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 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2021.

Cet accord arrivant à échéance, les Parties se sont rencontrées à plusieurs reprises en date des 24 septembre, 13 octobre 2021 afin de négocier un nouvel accord permettant aux salariés de l'Entreprise de bénéficier d'une couverture santé couvrant les principales dépenses, et ceci en prenant en compte la complexité de la période liée à la Covid 19, qui s'est traduite en 2020 par un arrêt des soins et un report sur l'année 2021 pour laquelle nous disposons de la consommation médicale sur le 1^{er} semestre montrant une croissance de 16% par rapport à 2019, les postes optiques et dentaires étant respectivement en hausse de 35,64% et de 25%.

Le rapport Sinistres sur Primes (S/P) prévisionnel (arrêté en février 2021) pour l'année 2020 de 92.49% est réparti comme suit :

- pour le régime de base seul, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 56.73%
- pour le régime de base de l'option, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 146.79%
- pour le régime optionnel, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 86.19%.

Ce rapport Sinistres sur Primes (S/P) prévisionnel (arrêté en février 2021) pour l'année 2020 de 93.08% en y incluant le régime surcomplémentaire dont le rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 159.92%.

Au regard de la spécificité de la situation, nécessitant une période d'observation par rapport à l'évolution de la consommation, de l'analyse au réel des impacts de la portabilité liée à la Rupture Conventionnelle Collective, aux mesures prises pour faire face au déficit de plus de 21,6 milliards de la sécurité sociale et aux possibles modifications profondes du système de santé du fait notamment des élections présidentielles, les parties ont décidé de conclure un accord pour une durée déterminée de une année allant du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022 en maintenant les garanties existantes dans le cadre du dernier plan quinquennal et ceci sans augmentation de cotisations afin de se laisser le temps de prendre d'ici la fin de l'année 2022 les décisions éclairées les plus adaptées.

Le présent accord vise à présenter les modalités et conditions du système de garanties collectives complémentaires obligatoires 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 CSE en application de l'article R.2312-22 du code du travail.

ARTICLE 1 : OBJET

L'objet du présent accord est de pérenniser le système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé prenant en compte la législation sur les contrats dits responsables précédemment mis en place pour une durée d'une année, soit du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

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 de la Société Euro Disney Associés S.A.S., la société ED Spectacles S.A.R.L., la société SETEMO Imagineering S.A.R.L. et de la Société EURO DISNEYLAND 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),

BN
DA
DD

- 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 maintenir les garanties telles que négociées lors du plan quinquennal de 2017/2021, étant précisées que celles-ci sont conformes à la législation relative aux contrats responsables. Ces garanties seront appliquées pour la période allant du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

Les parties ont, par ailleurs, décidé d'ajouter pour les salariés et leurs ayants droits un pack assistance détaillé en annexe intégrant des prestations d'informations/conseils et services à la personne à tout moment, des prestations d'aide à domicile, de téléassistance, d'installation de matériel à domicile, d'accompagnement psychologique, d'assistance aux devoirs et ceci en cas d'hospitalisation, d'assistance rapatriement, participation aux frais sous certaines conditions en cas de voyages privés et professionnels, et d'assistance juridique.

Elles sont convenues également de développer un pack prévention détaillé en annexe en termes de vaccination, de dépistage sous certaines conditions des troubles de l'audition, de l'hépatite B, de consultation de diététicien, d'ostéodensitométrie, de dépistage de la trisomie 21.

Ces prestations d'assistance et de prévention sont des garanties indissociables et intégrées au régime.

S'agissant du régime optionnel, les garanties précédemment applicables sont également maintenues et sont en conformité avec la législation sur les contrats responsables. Ces garanties seront appliquées pour la période allant du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

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, entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 mars 2022 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 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).

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 mensuelle est identique à celle applicable pour l'année 2021 et est ainsi déterminée selon un double mécanisme avec :

DA
BN
DD

- une part forfaitaire, de 70,42 euros pour l'année civile 2022, étant précisé que cette part forfaitaire mensuelle est indépendante du salaire et de l'horaire pratiqué.
- une part proportionnelle égale à 0.460 % du salaire brut pour l'année civile 2022, dans la limite du plafond des tranches A et B.

Les parties à l'accord ont, en effet, décidé de ne pas augmenter la cotisation dans le cadre de ce plan annuel.

Les parties ont également convenu de maintenir la prise en charge de la part patronale de 65% et de la part salariale à 35%.

BASE

		2022
Cotisation mensuelle	forfait en €	70,42 €
	+	+
	% salaire TAB	0,460%

Part Salarié 35%	forfait en €	24,65 €
	+	+
	% salaire TAB	0,161%

Part Employeur 65%	forfait en €	45,77 €
	+	+
	% salaire TAB	0,299%

b- Régime facultatif

Le régime optionnel, permettant au salarié de bénéficier de garanties supplémentaires, est maintenu.

Les parties à l'accord ont, en effet, décidé de ne pas augmenter la cotisation dans le cadre de ce plan annuel.

Il est rappelé que la cotisation au régime optionnel est une cotisation supplémentaire, forfaitaire et mensuelle déterminée comme suit :

OPTION

		2022
Cotisation mensuelle	forfait en €	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.

TAB
DO

ARTICLE 5 : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT DU REGIME

Les mesures d'accompagnement antérieurement prévues sont également 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 a 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 ITELIS 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** : conformément à l'instruction DSS du 17 juin 2021, l'adhésion des salariés et le cas échéant, des ayants droits, est maintenue en cas de suspension du contrat de travail indemnisée de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, ce qui vise notamment :
 - Les périodes de suspension du contrat de travail liées à une maladie, une maternité, à un accident donnant lieu au maintien total ou partiel de salaire, ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
 - Les périodes indemnisées d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée, ainsi que les périodes de congé rémunéré par l'employeur.

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'accueil 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 3.

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 le coffre-fort électronique 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 CSE 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 2022 au 31 décembre 2022.

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 2022 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 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.

JA DO

Le présent accord 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 accord sera également déposé au secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes de Meaux.

Conformément aux dispositions légales, le présent accord 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 accord.

Chaque organisation syndicale représentative recevra un exemplaire de l'accord.

Fait à Chessy, le 27 octobre 2021 en 10 exemplaires.

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

▪ **Pour les Organisations Syndicales Représentatives**

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

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

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

ANNEXE 1- Tableau des garanties

Garanties exprimées en complément de la date	BASE		OPTION (Y compris régime de base)	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
HOSPITALISATION (Chirurgie, Maladie, Maternité)				
Frais de séjour		200% BR	100% FR limité à 400% BR	
Frais de séjour pour le secteur non conventionné			90% FR limité à 400% BR	
Forfait journalier hospitalier	100% de FR limité au forfait réglementaire en vigueur		100% de FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires	TM + 180% BR	TM + 100% BR	100% FR	TM + 100% BR
Chambre particulière non remboursée par la S.S.	50 € par jour		200 € par jour	
Lit (ou frais) d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) non rem				
Transport				
Transport				
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Honoraires médicaux : Spécialistes	TM + 170% BR	TM + 100% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR
Honoraires médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité	TM + 70% BR	TM + 50% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR
Honoraires Médicaux : Radiologie, Imagerie Médicale (dont échographie)	TM + 90% BR	TM + 70% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR
Actes de laboratoire	100% BR		100% FR 90% FR limité à 400% BR (secteur non conventionné)	
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux	100% BR		100% FR 90% FR limité à 400% BR (secteur non conventionné)	
Médicaments : Pharmacie	TM		TM	
Matériel médical : Appareillages et accessoires	100% BR		100% FR 90% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)	
Matériel médical : Orthopédie	100% BR		100% FR 90% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)	
Prothèses capillaires			100% FR	
AIDES AUDITIVES				
1 appareil par oreille				
Prestations du PANIER LIBRE				
Aide auditive		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS
Piles et entretien pour pro				
Prestations du PANIER LIBRE				
Aide auditive : plus de 20 a				
Aide auditive : 20 ans ou moins (par oreille)		100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 1700€		100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 1700€
Piles et		TM		
OPTIQUE				
Un seul type		TEL		
Prestations du PANIER 100% SANTÉ				
Monture, Verre & examen visuel		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS
Appairage, Suppléments spo				
Prestations du PANIER LIBRE				
Monture et Verres de Classe				
Adulte et Enfant de 16 ans et +		en fonction des types de verres		optique en fonction des types de verres
Monture et Verres de Classe B		80 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique		100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille
Enfant de - 16 ans		en fonction des types de verres		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou				
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B		TM dans la limite des PLV		TM dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B		TM dans la limite des PLV		TM dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B torisme / système antiplois / Verres isocronique				
Autres dispositifs Médicaux d'Optique				
Lentilles acceptées par la Sécurité soc				
Lentilles non remboursées par la S.S. (y compris jetables)		Credit de 105 € par année civile		Credit de 140 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		Credit de 350 € par oeil et par année civile		Credit de 1000 € par oeil et par année

Soins et prothèses dentaires

Prestations du PANIER MAÎTRISÉ

Inlays-Onlays

Inlays Core

Les appareillages prothétiques

Prestations du PANIER LIBRE

Inlays-Onlays

Inlays Core

Soins prothétiques et prothèses dentaires non remboursés pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement

Parodontologie non remboursée par la S.S.

Orthodontie (analyse, semestre, contention)

Orthodontie non remboursée par la S.S.

Implants dentaires (la garantie implémentologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexé : scanner, pilier)

MEDECINE NON CONVENTIONNELLE par un praticien ayant un n° ADEL ou FINESS, non remboursée par la S.S.

Ostéopathe, diététiciens, chiropracteur, acupuncteurs, sophrologue, médium, Hypnose, Thérapie Naturelle, Kinésithérapie

AUTRES SOINS

Cure Thermale S.S.

Naissance

PREVENTION

Sevrage tabac

Actes de prévention définis par la Sécurité sociale

Vaccins prescrits remboursés par la S.S.

-Tétanos, poliomyélite, diphtérie (tout âge)

-Coqueluche avant 14 ans

-Hépatite avant 14 ans

-BCG avant 6 ans

-Rubéole

-Haemophilus influenzae B

-Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfants -18 ans)

Vaccins prescrits non remboursés par la S.S.

Dépistage tous les 5 ans contre les troubles de l'audition après 50 ans

Dépistage de l'hépatite B

Bilan initial des troubles du langage oral & écrit avant 14 ans

Consultation chez un diététicien, prescrite par un médecin (enfant de -12 ans)

Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans

Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale

Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la Santé Publique, sur prescription du médecin traitant

Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test de grossesse en cas de risque de trisomie

SERVICES COMPLEMENTAIRES

Réseau de soins : ITELIS

Téléconsultation médicale

Prestations d'assistance

LEXIQUE

Ces tableaux sont communiqués à titre d'information et ne sauraient être assimilés aux notices d'informations de l'assureur.

- Le secteur non conventionné est considéré comme du non DPTAM.
- DPTAM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, nouvelle dénomination du CAS : Contrat d'Accès aux Soins (Pour savoir si votre médecin est DPTAM rendez-vous sur www.annuaire.sante.ameli.fr).
- Frais Réels (FR)** : dépenses engagées par l'assuré. Elles figurent sur les feuilles de soins, les décomptes de

la Sécurité sociale, les factures...

- Base de Remboursement Sécurité sociale (BR)** : tarif officiel à partir duquel la Sécurité sociale calcule le montant de ses remboursements conventionnés.
- Ticket Modérateur (TM)** : différence entre la Base de Remboursement (BR) Sécurité sociale et le remboursement Sécurité sociale (RSS).
- Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)** : ce montant est fixé par décret réglementairement au 1er janvier de chaque année. (3428 € en 2021).
- PLV** : Prix Limite de Vente
- HLF** : Honoraires Limites Fixes ou Facturation

Grille Optique

Garantie exprimée ycom pris
la sécurité oculaire

Unifocaux	
Multifocaux et progressifs	

SPH = Sphère CYL= Cylindre (+) S = SPH + CYL	Régime de base		Base + option	
	Adulte et Enfant 16 ans et +	Enfant -16 ans	Adulte et Enfant 16 ans et +	Enfant -16 ans
SPH de -6 à +6 (*)	100 €	55 €	100 €	55 €
SPH < -6 ou > +6	150 €	90 €	150 €	90 €
SPH de -6 à 0 et CYL < +4	115 €	55 €	115 €	55 €
SPH > 0 et S < +6	115 €	55 €	115 €	55 €
SPH > 0 et S > +6	130 €	70 €	130 €	70 €
SPH < -6 et CYL > +0,25	170 €	90 €	170 €	90 €
SPH de -6 à 0 et CYL > +4	150 €	90 €	150 €	90 €
SPH de -4 à +4	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH < -4 ou > +4	250 €	140 €	250 €	140 €
SPH de -8 à 0 et CYL < +4	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH > 0 et S < +8	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH < -8 et CYL > +4	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH > 0 et S > +8	250 €	140 €	250 €	140 €
SPH < -8 à 0 et CYL > +0,25	250 €	140 €	250 €	140 €

* le verre neutre est compris dans cette classe

ANNEXE 2 – Détail des prestations d'Assistance

Condition d'utilisation	
Téléconseil santé : questions d'orientation vers un second avis médical.	horaire de France métropolitaine
Conseil social : orientation du bénéficiaire vers les organismes publics pouvant l'aider financièrement et dans sa vie	Du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine)
Mise en relation avec le réseau de prestataires de services à la personne agréés dans le cadre de la loi Bachelot	Du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine). Les prestations restent à votre charge
Condition d'utilisation	
Évaluation du besoin et de l'enveloppe de service	
Enveloppe de services et d'hospitalisation ambulatoire	L'hospitalisation. La prise en charge est limitée à 2 fois par an et par assuré.
Enveloppe de services et d'hospitalisation ambulatoire : services d'hospitalisation de + de 24 h (minimum 1 nuit)	Le forfait de 400 € TTC. La demande doit être faite dans les 15 jours après l'hospitalisation. La prise en charge est limitée à 2 fois par an et par assuré
Téléassistance ponctuelle à Domicile : installation de l'équipement et abonnement à un service de téléassistance	Prise en charge du coût du service pendant 3 mois
Accompagnement psychologique	3 entretiens par téléphone et 12 séances maximum de consultation en cabine
Assistance aux devoirs	10 utilisations maximum Prestation rendue via Internet ou par téléphone
Complément en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile de l'enfant	
Aide pédagogique de l'Enfant dans les matières scolaires principales	15 heures maximum par semaine L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours
Prestation	Condition d'utilisation
En déplacement	
Assistance juridique à l'étranger - Remboursement des honoraires d'avocat : 3 000 € par personne assurée et par période d'assurance. - Avance sur cautionnement pénal : 15 000 € par personne assurée et par période d'assurance	L'action judiciaire est engagée contre l'assuré à la suite d'un accident survenu au cours de son voyage. L'avance sur cautionnement pénal est soumise à l'établissement d'une reconnaissance de dette et doit être remboursée dans les 3 mois
Assistance pour les événements perturbant le voyage	
Prestation	Condition d'utilisation
En déplacement	
Retour anticipé : - Coût du transport aller pour l'assuré et un accompagnant : illimité ou ; - Coût du transport aller/retour pour une personne assurée : illimité	Suite à maladie accident corporel ou décès d'un proche (conjoint, ascendant, descendant, frère, sœur, tuteur, ...) ne participant pas au voyage et vivant en France / Europe. Ou suite à dommages graves à la résidence, exploitation agricole ou locaux professionnels.
Mise à disposition de médicaments sur place : - Frais d'envoi : illimité ou ; - Mise en place d'un dispositif pour permettre à l'assuré de récupérer les médicaments	Mise à disposition de médicaments prescrits et introuvables sur le lieu de séjour suite à : - Perte, vol ou retard dans la livraison des bagages. - Prolongation du séjour. Les médicaments doivent être remboursés dans les 3 mois.
Assistance en cas de vol des papiers d'identité, moyens de paiement et/ou titres de transport. Avance de fonds à l'étranger : 3 000 € Organisation du retour de l'assuré et de la famille de son voyage	Les frais de retour ou de poursuite du voyage restent à la charge de l'assuré.

Assistance pendant les voyages privés et professionnels

	Condition d'utilisation
Rapatriement ou transport sanitaire	Tous les jours 24h/24, 7j/7. Transport : illimité
Visite d'un proche à l'assuré hospitalisé sur place	Le bénéficiaire doit être hospitalisé plus de 7 jours sur place à l'étranger ou plus de 5 jours sur place en France. Coût du transport aller/retour : illimité. Frais d'hébergement : 50 € par jour jusqu'au rapatriement ou sortie d'hôpital de l'assuré.
Hospitalisation d'urgence à l'étranger : - Assuré affilié à un régime primaire d'assurance maladie : prise en charge directe dans la limite de 75 000 € par personne assurée et par période d'assurance. - Assuré non affilié à un régime primaire d'assurance maladie : avance des frais dans la limite de 75 000 € par personne assurée et par période d'assurance.	En cas de prise en charge directe, l'assuré s'engage à reverser à Mondial Assistance les sommes perçues de son organisme social de base, de sa mutuelle et de tout organisme d'assurance ou de prévoyance. L'avance des frais est soumise à l'établissement d'une reconnaissance de dette et doit être remboursée dans les 3 mois.
Frais médicaux d'urgence réglés à l'étranger : remboursement des sommes restant à la charge de l'assuré dans la limite de 75 000 € pour les frais médicaux et de 300 € pour les frais dentaires.	Franchise de 30 € par période d'assurance. L'assuré doit être affilié à un régime primaire d'assurance maladie. Le remboursement vient en complément des prises en charge accordées par son organisme social de base, sa mutuelle et tout organisme d'assurance ou de prévoyance.
Frais supplémentaires sur place : - d'hébergement en cas d'immobilisation sur place ou de prolongation de séjour des personnes assurées ; - de transport des personnes assurées pour poursuivre le voyage.	Prestation non cumuleable avec la garantie « Visite d'un proche à l'assuré hospitalisé sur place » - 50 € par jour et par personne pendant 10 jours maximum ; - prise en charge illimitée des frais de transport en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation d'urgence sur place de l'assuré sans que son état de santé ne nécessite un rapatriement et si son voyage/prestation assurée n'est pas terminée(s).
Frais de recherche et/ou de secours : remboursement dans les limites suivantes, par personne assurée et par période d'assurance : - Frais de recherche : 3 000 € - Frais de secours : 3 000 €	Frais de recherche et/ou de secours hors-piste : prestation acquise uniquement lorsque l'assuré est accompagné d'un guide de haute montagne ou d'un moniteur de ski, et qu'ils restent sur le domaine skiable
Assistance décès	Frais funéraires : 2 300 € par personne assurée. Frais supplémentaires de transport des autres assurés : frais réels. Coût du transport aller/retour d'un membre de la famille du défunt pour se rendre sur le lieu du décès : illimité. Frais d'hébergement sur place d'un membre de la famille du défunt : 50 € par jour pendant 10 jours maximum.
Acheminement d'un collaborateur de remplacement	Transport aller : illimité

BA B1 +
m 00

ANNEXE 3 - Tarification des congés sans solde, ayants droits et retraités

BASE

		2022
Congés sans solde	Adulte	48,79 €
	Enfant	27,23 €
Ayants droit de salarié décédé	Uniforme	71,80 €
Sorties Loi Evin - Retraités	Uniforme	106,15 €

OPTION

		2022
Congés sans solde	Adulte	19,88 €
	Enfant	13,42 €
Ayants droit de salarié décédé	Uniforme	24,23 €
Sorties Loi Evin - Retraités	Uniforme	31,49 €

Bⁿ DA
+ DD