

**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 Madame Karine RAYNAUD, agissant en 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 CGI, 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,

DA
M
en
DO

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.

~

DA B1 DO X

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),


m DA BA DO

- 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 :

W

DA
00
BN

- 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.

Handwritten signature and initials:

 m DABN
 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 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.

W

JA 00
XBN

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.

DA
BN
DO

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.

m

JA X BN
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



Karine RAYNAUD, Directrice Stratégie Sociale et Projets Relations Sociales

▪ **Pour les Organisations Syndicales Représentatives**

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

Djamila QUARZ



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

Dorothee Argence

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

Tfamadou

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

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

A. Lécuyer 27/10/21
sous réserve de la décision du Tribunal judiciaire de Meaux.

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	BASE		OPTION (Y compris régime de base)	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
DENTAIRE				
Prestations du PAMER 100% SAINTE				
Soins et prothèses dentaires	100% HLF - RSS		100% HLF - RSS	
Prestations du PAMER conventionné				
Inlays-Onlays	TM + 215% BR dans la limite des HLF		TM + 420% BR dans la limite des HLF	
Inlays-Core	TM + 290% BR dans la limite des HLF		TM + 315% BR dans la limite des HLF	
Autres appareillages prothétiques dentaires	TM + 290% BR dans la limite des HLF		TM + 315% BR dans la limite des HLF	
Prestations du PAMER LIBRE				
Inlays-Onlays	TM + 215% BR		TM + 420% BR	
Inlays-Core	TM + 290% BR		TM + 315% BR	
Autres appareillages prothétiques dentaires	TM + 290% BR		TM + 315% BR	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	TM + 120% BR		TM + 170% BR	
Soins prothétiques et prothèses dentaires non remboursés pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	320% BR		320% BR	
Parodontologie non remboursée par la S.S.	Crédit de 100 € par année civile		Crédit de 200 € par année civile	
Orthodontie (analyse, semestre, contention)	100% BR		350% BR	
Orthodontie non remboursée par la S.S.			200% BR	
Implants dentaires (la garantie implémentologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexé : scanner, plier)			Crédit de 500 € par année civile	
MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE par un praticien ayant un n° ADEL ou FITNESS, non remboursée par la S.S.				
Ostéopathe, diététiciens, chiropracteur, acupuncteurs, sophrologues, pédicures, Hypno-Thérapie, Naturopathie, Kinésiologie	40 € par séance limité à 3 séances par année civile		50 € par séance limité à 3 séances par année civile	
AUTRES SOINS				
Cure Thermale : Transport et Hébergement remboursés par la S.S.			10% PMSS	
Naissance ou Adoption d'un enfant déclaré	10% PMSS		20% PMSS	
PREVENTION				
Sevrage tabagique			50 € par année civile	
Actes de prévention définis par la Sécurité sociale	TM		TM	
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)	TM		TM	
Vaccins prescrits non remboursés par la S.S.	35 € par an et par bénéficiaire		35 € par an et par bénéficiaire	
Dépistage tous les 5 ans contre les troubles de l'audition après 50 ans	TM + 120% BR	TM + 100% BR	TM + 120% BR	TM + 100% BR
Dépistage de l'hépatite B	130% BR		130% BR	
Bilan initial des troubles du langage oral & écrit avant 14 ans	130% BR		130% BR	
Consultation chez un diététicien, prescrite par un médecin (enfant de -12 ans)	1.25% PMSS / enfant		1.25% PMSS / enfant	
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans	TM + 120% BR	TM + 100% BR	TM + 120% BR	TM + 100% BR
Ostéodensitométrie non pris en charge par la Sécurité sociale	150 € par an et par bénéficiaire		150 € par an et par bénéficiaire	
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de Santé Publique, sur prescription du médecin traitant	100 € par an et par bénéficiaire		100 € / an / bénéficiaire	
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test de grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 €		600 €	
SERVICES COMPLEMENTAIRES				
Réseau de soins ITELIS			Oui	
Téléconsultation médicale			Oui	
Prestations d'assistance			Oui	

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

DA m DO

W X DA

BN