

**ACCORD D'ENTREPRISE EURO DISNEY ASSOCIÉS S.A.S. / EURO DISNEYLAND
Imagineering S.A.R.L.
PORTANT SUR LE SYSTÈME DE GARANTIES COLLECTIVES :
REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX**

ENTRE :

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

La Société Euro Disney Associés S.A.S. au capital de 2.923.978.999,50 euros, sise au 1, rond-point d'Isigny, 77700 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 397.471.822,

La Société Euro Disneyland Imagineering S.A.R.L. au capital de 7.007.625,70 euros, sise au 1, rond-point d'Isigny, 77700 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 388.457.004,

L'ensemble de ces Sociétés étant représenté par Madame Virginie HOLVECK, 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 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 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024.

Cet accord arrivant à échéance, les Parties se sont rencontrées à plusieurs reprises en date des 15 et 24 octobre et le 07 novembre 2024 afin de négocier un nouvel accord.

En 2023, le ratio Sinistres Sur Primes au global était de 92,66% en nette amélioration par rapport à 2022, avec une hausse de 3.9% des effectifs corrélée à une hausse moindre des bénéficiaires limitée au total à 0.3%. Il a également été constaté que les remboursements de l'ensemble des bénéficiaires étaient près de deux fois supérieurs à ceux observés sur le portefeuille Mercer, mais compensés par un changement démographique (moins d'ayants-droits affiliés). Enfin, il a été observé sur cette année 2023, des dépenses de santé en forte hausse (+10,5%) et un taux de couverture moyen de 91,9% (90,5% pour les salariés adhérant seulement à la base et 91,6% pour les salariés adhérents à la base + option), soit une augmentation du taux de couverture de 0,2% par rapport à 2022.

Le rapport Sinistres sur Primes (S/P) prévisionnel (arrêté en juillet 2024) pour l'année 2024 est légèrement déficitaire à hauteur de **103,92%** (forfait patientèle médecin traitant inclus) et s'établit comme suit :

- pour le régime de base seul, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 57,27%
- pour le régime de base et de l'option, un rapport prévisionnel Sinistres sur Primes (S/P) de 151,40%

Ainsi, le rapport Sinistres sur Primes (S/P) de **103,92%** pour le premier semestre est en dégradation par rapport au S1 2023 (95,19%). L'augmentation des cotisations n'a pas permis d'absorber la forte hausse des remboursements, qui sont 17,84% plus élevés par rapport à la même période l'année précédente. Cette hausse est constatée sur l'ensemble des bénéficiaires en 2024 par rapport à 2023. Elle est supérieure à l'évolution démographique observée sur la période : +2.6% de salariés.

S'agissant de la consommation, la forte hausse des remboursements s'effectue sur l'ensemble des postes, sachant que les trois principaux postes de consommation sont :

- ✓ Les autres soins : +29,3%
- ✓ Le dentaire : +21,8%
- ✓ Et l'optique : +18,6%

Le taux de couverture reste stable pour 2024 à 91,8% (92% en 2023).

En 2025, le gouvernement prévoit un déficit de la Sécurité sociale de 15,7 milliards d'euros, après 18 milliards en 2024, selon l'avant-projet de financement de la Sécurité sociale pour 2025. La branche maladie serait la plus mal en point à -13,1 milliards d'euros.

Pour atteindre ce résultat, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) progresserait comme annoncé de 2,8 % par rapport à son montant rectifié pour 2024 (de 1,2 milliard d'euros, soit 0,4 point, du fait notamment des dépenses d'indemnités journalières et médecins spécialistes). Ce taux intègre notamment les conséquences de la nouvelle convention médicale signée en juin 2024, ainsi que celles pour l'hôpital d'une nouvelle hausse de taux de cotisation patronale de CNRACL. A contrario, des mesures d'économies portant à la fois sur les soins de ville, les produits de santé et les établissements sanitaires et médico-sociaux devraient rapporter 4,9 milliards d'euros, auxquelles s'ajoutent les actions de maîtrise

médicalisée et de lutte contre la fraude déjà intégrées au tendancier. L'Ondam inclut également une provision de 0,5 milliard d'euros au titre du Covid.

Les impacts :

- ✓ Du changement de comportement des Français en matière de consommation santé et de l'inflation,
 - ✓ Des nouvelles conventions précitées et notamment la convention médicale 2024-2029, qui inclut par exemple, la hausse de la consultation de référence du médecin généraliste à 30€ ; de celle de certains spécialistes dans le cadre d'expertise (neurologues, gynécologues...) ; de certaines spécialités en perte d'attractivité notamment la pédiatrie, psychiatrie, gynécologie, gériatrie, etc, ou encore, la convention dentaire qui prévoit notamment l'augmentation globale des tarifs de soins conservateurs de 4% pour l'ensemble de la population au 1^{er} janvier 2025,
 - ✓ De l'élargissement du 100% santé,
 - ✓ De la réforme des retraites, qui prévoit un recul de 2 ans de l'âge de départ à la retraite des salariés,
 - ✓ Des effets report de la réglementation 2024 avec notamment l'élargissement des pratiques des pharmaciens,
 - ✓ Et du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale,
- sont estimés à plus de **5,5%**.

Au regard de ces différentes composantes, les parties ont décidé de conclure un accord pour une durée déterminée d'une année allant du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025 en maintenant les garanties existantes dans le cadre du dernier plan quinquennal, sans augmentation de cotisations pour préserver le pouvoir d'achat des salariés de l'entreprise.

Au-delà de la préservation de ce pouvoir d'achat, il a également été convenu de permettre aux femmes salariées de Disneyland Paris de continuer à bénéficier du dispositif de congés pour endométriose, instauré par la Direction en 2024, pour une nouvelle durée d'un an.

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 vise également à préciser les conditions nécessaires au bénéfice du congé endométriose.

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 CT.

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 2025 au 31 décembre 2025.

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

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

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

S'agissant du régime de base, les Parties ont décidé de maintenir les garanties telles que négociées précédemment, 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 2025 au 31 décembre 2025.

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 2025 au 31 décembre 2025.

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 entre le 1^{er} janvier 2025 et le 31 mars 2025 inclus, étant précisé que l'adhésion au régime optionnel sera rétroactive au 1^{er} janvier 2025.

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 reste équivalente à celle versée au titre de l'année 2024 et est ainsi déterminée selon un double mécanisme avec :

- une part forfaitaire, de 76,15 euros pour l'année civile 2025, étant précisé que cette part forfaitaire mensuelle est indépendante du salaire et de l'horaire pratiqué.
- une part proportionnelle égale à 0.497 % du salaire brut pour l'année civile 2025, 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

		2025
Cotisation mensuelle	forfait en €	76.15 €
	+ % salaire TAB	+ 0,497%

Part Salarié	forfait en €	26.65 €
	+ % salaire TAB	+ 0,174%

Part Employeur	forfait en €	49.50 €
	+ % salaire TAB	+ 0,323%

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

		2025
Cotisation mensuelle	forfait en €	26.20€

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

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

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

ARTICLE 5 : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT DU REGIME

Les mesures d'accompagnement antérieurement prévues 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 France travail 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. En effet, ce réseau dit « fermé » permet de bénéficier de réductions importantes sur les équipements en contrepartie de l'apport de clientèle.

- **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 l'expiration de la période de portabilité des garanties.
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 étant précisé que la cotisation est intégralement à la charge du salarié. La demande devra être faite par le salarié au maximum un (1) mois après le début de son congé.

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

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

ARTICLE 6 : PORTABILITE

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

ARTICLE 7 : INFORMATION

Information individuelle

En leur qualité de souscripteur, les Sociétés composant l'Unité Économique et Sociale « Euro Disney » s'engagent à remettre à chaque salarié via son coffre-fort électronique 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.

Il est d'ores et déjà convenu entre les parties que seront analysées lors de cette commission de suivi des accords courant de l'année 2025 les garanties notamment relatives aux implants dentaires, médecine douce et psychologues, et ceci de manière à en faire une analyse tarifaire prospective eu égard à l'évolution non seulement de la consommation « Euro Disney » et nationale en les rapprochant les besoins de la population active « Euro Disney ».

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.

Prévention et communication

Conformément aux discussions avec les Organisations Syndicales, l'entreprise s'engage à renforcer les campagnes de prévention d'une part et d'autre part à renforcer la communication auprès des salariés pour renforcer la compréhension de la couverture médicale.

ARTICLE 8 : AUTRES MESURES : ACCOMPAGNEMENT DES SALARIEES ATTEINTES D'ENDOMETRIOSE

Les salariées atteintes d'endométriose pourront bénéficier, sur présentation d'un justificatif médical, d'un congé spécifique rémunéré de 4 jours par an si leur état de santé ne leur permet pas de venir travailler. Ce congé est destiné à permettre à la salariée de mieux gérer sa maladie et de préserver sa santé.

Pour bénéficier de cette disposition, la salariée devra avoir une ancienneté d'un an à la date de prise du premier jour. Elle devra produire un justificatif médical au plus tard avant la prise du premier jour, justificatif valable pour une année et sera tenue d'avertir son responsable hiérarchique de son absence au moins deux heures avant le début de sa prise de poste.

Il est convenu de poursuivre ce dispositif pour une nouvelle durée d'une année à compter du 1er janvier 2025, un bilan étant réalisé fin 2025.

ARTICLE 9 : 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 2025 au 31 décembre 2025.

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 d'octobre 2025 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 10 : 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.

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 26 novembre 2024 en 8 exemplaires.

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

Virginie HOLVECK, Directrice Stratégie Sociale et Projets Relations Sociales

Pour les Organisations Syndicales Représentatives

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

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

Pour la CFTC, 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 Sécurité sociale	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.	501 par jour		2001 par jour	
Lit (ou frais) d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) non remboursé par la S.S.	351 par jour		351 par jour	
Transport				
Transport remboursé par la Sécurité sociale y compris urgence	100% des FR		100% des FR	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux : Généralistes	TM + 70% BR	TM + 50% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR
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	300% BR		100% FR 90% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)	
AIDES AUDITIVES				
<i>1 appareil par oreille / 4 ans</i>				
Prestations du PANIER 100% SANTE				
Aide auditive	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Piles et entretien pour prothèse auditive	min TM		min TM	
Prestations du PANIER LIBRE				
Aide auditive : plus de 20 ans (par oreille)	100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 17001		100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 17001	
Aide auditive : 20 ans ou moins (par oreille)	100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 17001		100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 17001	
Piles et entretien pour prothèse auditive	TM		TM	
OPTIQUE				
ITELIS				
<i>Une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes sauf changement de correction visuelle et pathologies définies par le législateur et sauf pour - 16 ans</i>				
Prestations du PANIER 100% SANTE				
Monture, Verre & examen visuel	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Appairage, Suppléments pour verre en cas de pathologie	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Prestations du PANIER LIBRE				
Monture et Verres de Classe B	100 I (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		100 I (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres	
Adulte et Enfant de 16 ans et +				
Monture et Verres de Classe B	80 I (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		100 I (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres	
Enfant de - 16 ans				
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B				
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 (prisme / système antiphotos / Verres iséconiques)	TM		TM	
Autres dispositifs Médicaux d'Optique				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	TM + Crédit de 105 I par année civile		TM + Crédit de 105 I par année civile	
Lentilles non remboursées par la S.S. (y compris jetables)	Crédit de 105 I par année civile		Crédit de 140 I par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 400 I par œil et par année civile		Crédit de 1050 I par œil et par année civile	

DENTAIRE			
Prestations du PANIER 100% SANTE			
Soins et prothèses dentaires	100% HLF – RSS		100% HLF – RSS
Prestations du PANIER MAÎTRISÉ			
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 PANIER 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
Prestations			
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		345% BR
Parodontologie non remboursée par la S.S.	Crédit de 100 l par année civile		Crédit de 200 l par année civile
Orthodontie (analyse, semestre, contention)	100% BR		350% BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.	-		200% BR
Implants dentaires (la garantie implatologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	-		Crédit de 500 l par année civile
MEDICINE NON CONVENTIONNELLE par un praticien ayant un n° ADELI ou FITNESS, non remboursée par la S.S.			
Ostéopathes, diététiciens, chiropracteurs, acupuncteurs, sophrologues, pédicures, Hypno-Thérapie, Naturopathie, Kinésiothérapie, Ergothérapeutes, psychomotriciens (y compris bilan)	40 l par séance limité à 3 séances par année civile		50 l par séance limité à 3 séances par année civile
AUTRES SOINS			
Soins prescrits et remboursés par la S.S.	TM		TM
Cure Thermale : Transport et Hébergement remboursés par la S.S.	5% PMSS		10 % PMSS
Naissance ou Adoption d'un enfant déclaré	10% PMSS		20% PMSS
PREVENTION			
Sevrage tabagique	-		50 l 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
"Automédication" avec facture et sans prescription (fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx, homéopathie)	50 l par an et par bénéficiaire		50 l par an et par bénéficiaire
Medicaments prescrits mais non remboursés	50 l par an et par bénéficiaire		50 l par an et par bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la S.S.	35 l par an et par bénéficiaire		35 l 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
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
Ostéodensitométrie non pris en charge par la Sécurité sociale	150 l par an et par bénéficiaire		150 l par an et par bénéficiaire
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	100 l par an et par bénéficiaire		100 l par an et par 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 l		600 l
SERVICES COMPLEMENTAIRES			
Réseau de soins : ITELIS	Oui		
Téléconsultation médicale	Oui		
Prestations d'assistance	Oui		

Ces tableaux sont communiqués à titre d'information et ne sauraient être assimilés aux notions 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 <http://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 est fixée réglementairement au 1er janvier de chaque année.

PLV : Prix limite de vente imposé par la législation - pas de reste à charge

HLF : Honoraires limites de facturation imposés par la législation - équivalent du PLV pour les dentistes - pas de reste à charge

Grille optique

Garantie exprimée y compris la Sécurité sociale		Régime de base			Base + option	
Avec / Sans Cylindre		SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Adulte et Enfant 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Adulte et Enfant 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de -6 à + 6 (*)	100 €	55 €	100 €	55 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	150 €	90 €	150 €	90 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL < +4	115 €	55 €	115 €	55 €
	Sphéro cylindriques	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 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 6 à 0 et CYL > +4	150 €	90 €	150 €	90 €
		SPH de -4 à + 4	150 €	140 €	200 €	140 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	250 €	140 €	250 €	140 €
	Sphéro cylindriques	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

Verre simple (a) : verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et +6,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verre complexe (c) : verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à +6,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme est supérieure à 6,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verre très complexe (f) : verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme est supérieure à 8,00 dioptries.

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

REGIME DE BASE			
S30	Ensemble du personnel dont le contrat de travail est suspendu supérieur à 1 mois	Adulte	51,74 €
		Enfant	28,87 €
090	Anciens membres du personnel percevant une pension de retraite, une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou un revenu de remplacement post-dispositif de portabilité	Uniforme	112,58 €
080	Ayants droit d'un participant actif décédé	Uniforme	76,15 €

REGIME OPTION			
S31	Ensemble du personnel dont le contrat de travail est suspendu	Adulte	21,52 €
		Enfant	14,51 €
091	Anciens membres du personnel percevant une pension de retraite, une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou un revenu de remplacement post-dispositif de portabilité	Uniforme	34,06 €
081	Ayants droit d'un participant actif décédé	Uniforme	26,21 €

REGIME OPTION (y compris régime de base)			
S31	Ensemble du personnel dont le contrat de travail est suspendu	Adulte	73,26 €
		Enfant	43,38 €
091	Anciens membres du personnel percevant une pension de retraite, une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou un revenu de remplacement post-dispositif de portabilité	Uniforme	146,64 €
081	Ayants droit d'un participant actif décédé	Uniforme	102,36 €