

**ACCORD D'ENTREPRISE EURO DISNEY SAS/ EURO DISNEY ASSOCIÉS SCA
EURO DISNEY SCA/ ED SPECTACLES SARL
PORTANT SUR LE SYSTÈME DE GARANTIES COLLECTIVES :
REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX**

ENTRE :

D'une part,

Les Sociétés suivantes constituées en Unité Économique et Sociale :

La Société Euro Disney S.A.S. au capital de 1.676.940 euros, sise Route nationale 34, Immeubles Administratifs, 77 700 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro 341 908 945,

La Société Euro Disney S.C.A. au capital de 38.976.490 euros, sise Route nationale 34, Immeubles Administratifs, 77 700 Chessy, inscrite R.C.S. de Meaux sous le numéro 334 173 887.

La Société Euro Disney Associés S.C.A. au capital de 611.099.156,70 euros, sise Route nationale 34, Immeubles Administratifs, 77 700 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 60 979 euros, sise Route nationale 34, Immeubles Administratifs, 77 700 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 Route nationale 34, Immeubles Administratifs, 77 144 Chessy, inscrite au R.C.S. de Meaux sous le numéro B 388 457 004,

L'ensemble de ces Sociétés étant représenté par Madame Karine RAYNAUD, agissant en sa qualité de Directrice Droit Social et Relations Sociales,

ET d'autre part,

La CFDT, représentée par l'un de ses délégués syndicaux de l'Unité Economique et Sociale,

La CFE-CGC, représentée par l'un de ses délégués syndicaux de l'Unité Economique et Sociale,

La CFTC, représentée par l'un de ses délégués syndicaux de l'Unité Economique et Sociale,

La CGT, représentée par l'un de ses délégués syndicaux de l'Unité Economique et Sociale,

La CGT-FO, représentée par l'un de ses délégués syndicaux de l'Unité Economique et Sociale,

Le SIPE, représenté par l'un de ses délégués syndicaux de l'Unité Economique et Sociale,

L'UNSA, représenté par l'un de ses délégués syndicaux de l'Unité Economique et Sociale,

FB
CC
CS [Signature] [Signature] [Signature] [Signature] 1/17 LB

Préambule

Plusieurs accords collectifs portant sur le remboursement des frais médicaux ont été conclus, étant précisé que le dernier en date a été prorogé jusqu'au 30 avril 2010.

Cet accord arrivant à échéance, les parties se sont rencontrées à plusieurs reprises en date des 16 février, 16 mars et 1^{er} avril 2010 afin de négocier un nouvel accord à durée déterminée.

L'analyse des comptes prévisionnels frais de santé pour l'année 2009 a fait apparaître une dégradation du résultat et ceci alors même, que grâce au travail fourni par les partenaires sociaux, il était, de nouveau, bénéficiaire depuis 2005.

Ainsi, le rapport Sinistres sur Primes (S/P) prévisionnel global est de 104.7 % pour 2009 réparti comme suit :

- pour le régime de base, un rapport prévisionnel Sinistres sur primes (S/P) de 112.46 %,
- pour le régime optionnel, un rapport prévisionnel Sinistres sur primes (S/P) de 53.58 %.

Il est à noter que le rapport prévisionnel Sinistres sur primes (S/P) pour 2009 est de 97.31 % pour ceux qui ont souscrit au seul régime de base et de 114.58 % pour ceux qui ont souscrit au régime de base et au régime optionnel.

Il convient ainsi de noter que la consommation médicale au sein de notre régime a évolué plus vite que la consommation nationale (environ + 0.8 % par an).

Il faut également relever que la loi de financement de la Sécurité Sociale prévoit des mesures qui viendront directement impacter l'équilibre du régime, comme la hausse du forfait hospitalier qui passe de 16 à 18 euros, la baisse de remboursement d'un certain nombre de médicaments dits à service médical rendu faible (passage d'un remboursement de 35 % à 15 %), ainsi que la participation des organismes de l'assurance santé au financement du vaccin contre la grippe A H1N1.

Les parties à l'accord se sont donc réunies à plusieurs reprises afin de trouver les mesures permettant d'aboutir à l'échéance du nouvel accord à un retour à l'équilibre des comptes et ont étudié une série de mesures visant tant les garanties que les cotisations.

Elles ont toutefois tenu compte de l'importance que revêt la couverture santé pour les salariés de l'Entreprise qui s'avèrent particulièrement attachés aux garanties mises en œuvre dans le cadre du régime.

C'est la raison pour laquelle les parties à l'accord se sont accordées pour les préserver tout en y apportant des modifications mineures visant plus à un contrôle de la consommation notamment en mettant en place des moyens de contrôle. Les réflexions et négociations ont également porté sur les cotisations.

En application de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité Sociale, il a été décidé ce qui suit après information et consultation du Comité d'Entreprise :

1- Adhésion- Champ d'application

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés des Sociétés composant l'unité économique et sociale «Euro Disney», ci-après dénommée «l'Entreprise», laquelle est composée au jour de la signature du présent accord des Sociétés Euro Disney SAS, Euro

FB

GC

LB

[Handwritten signatures and initials] 2/17

Disney SCA, Euro Disney Associés SCA , ED Spectacles SARL, et SETEMO IMAGINEERING S.A.R.L.sans distinction d'ancienneté.

Il a pour objet l'adhésion de l'ensemble du personnel des salariés non-cadres et agents de maîtrise (coefficient 150 à 250 inclus) d'une part, et agents de maîtrise assimilés cadres et cadres (coefficient 260 à 520 inclus), ainsi que les cadres dirigeants, d'autre part, aux contrats de couverture collective souscrits auprès de l'organisme assureur.

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

Le Service Paie 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) de chaque bénéficiaire,
- 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 4 et plus spécifiquement le paragraphe sur la dénoémisation des conjoints).

Les salariés doivent, 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.

Les salariés devront communiquer à l'Entreprise toute modification de leur situation de famille, les changements d'adresse et fournir les documents permettant de justifier de leur situation.

2- Cotisations

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 4 fois le plafond retenu pour le calcul des cotisations de Sécurité Sociale (tranches A et B du salaire).

FB
Ge

3/17

CS
CB

Cette cotisation est ainsi déterminée selon un double mécanisme avec :

- une part forfaitaire, dont le nouveau montant figure dans le tableau suivant ; cette part forfaitaire mensuelle est indépendante du salaire et de l'horaire pratiqué. En cas d'entrée ou de sortie définitive en cours de mois, cette part forfaitaire sera réduite au prorata,
- une part proportionnelle qui était égale à 0.31 % du salaire brut, dans la limite du plafond des tranches A et B.

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

Compte tenu du rapport « sinistres sur primes » démontrant une dégradation du régime, les parties à l'accord se sont également accordées pour augmenter tant la part forfaitaire que la part proportionnelle.

La cotisation définie pour le régime de base sera augmentée comme suit :

	01/05/2010	01/01/2011	01/01/2012	Du 01/01/2013 au 30/04/2013
Cotisation mensuelle	51.72 € + 0.338 % TAB	54.31 € + 0.355 % TAB	57.02 € + 0.373 %TAB	57.02 € + 0.373 %TAB
Part salariale	23.27 € + 0.152 % TAB	24.44 € + 0.160 % TAB	25.66 € + 0.168 %TAB	25.66 € + 0.168 %TAB
Part patronale	28.45 € + 0.186 % TAB	29.87 € + 0.195 %TAB	31.36 € + 0.205% TAB	31.36 € + 0.205% TAB

Les parties à l'accord se réservent le droit de revoir les dispositions de cet accord notamment si elles étaient amenées à constater une dérive du régime ou si de nouvelles dispositions législatives et/ou réglementaires en matière de Sécurité Sociale au niveau national venaient à avoir des impacts sur l'équilibre dudit régime et ceci après constat fait par la Commission de suivi de cet accord.

Le principe de répartition des cotisations à hauteur de 55 % pour l'employeur et 45 % pour les salariés, quelle que soit leur catégorie (non cadres, agents de maîtrise non cadres, agents de maîtrise assimilés cadres et cadres) est maintenu et ceci malgré la revendication par les Organisations Syndicales d'une prise en charge par l'employeur de la cotisation à hauteur de 60 %.

b- Régime facultatif

Le régime optionnel, permettant au salarié de bénéficier de garanties supplémentaires, est maintenu. Les Organisations Syndicales ainsi que la Direction ont également décidé de maintenir à l'identique la cotisation au régime optionnel.

La cotisation au régime optionnel est une cotisation supplémentaire, forfaitaire et mensuelle déterminée comme suit :

	Cotisation au 1er mai 2010
Cotisation intégralement à la charge du salarié	24.41 euros

Handwritten notes and signatures:

- ASB
- FB
- GC
- CS
- 4/17
- LB

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, ce dernier permettant d'absorber pour partie le déficit du régime de base.

3- Garanties

Conformément aux accords précédents et dans la recherche du rééquilibrage du système, les parties à l'accord ont conservé la mise en place des mesures suivantes :

- 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 permettant à tous les salariés de se soigner correctement, en préservant la couverture des risques lourds et en limitant les postes sur lesquels des dérives ont pu être constatées. Ce régime est financé pour partie par l'employeur et pour partie par les salariés dans les conditions précitées (Cf. 2- Cotisations).
- 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 (NCA, AMN, AMA, Cadre).

Un tableau des garanties du régime de base et du régime optionnel figure en annexes 1 et 2 du présent accord.

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

S'agissant du régime de base, les parties ont décidé de revoir les garanties par adjonction de nouvelles garanties et par optimisation de certaines d'entre elles. Ces modifications prendront effet à compter du 1^{er} mai 2010.

Ainsi, il a été ajouté la prise en charge des frais de transport en cas d'hospitalisation avec nuitée à 100 % du ticket modérateur, ainsi que la prise en charge des frais de transport en cas d'urgence sans hospitalisation sur présentation d'une facture.

Il a été, par ailleurs, octroyé la prise en charge des séances d'acupuncture, chiropractie, diététiciens, ostéopathes à raison de 40 € la séance, et de 3 séances par bénéficiaire et par an sur présentation d'un justificatif étant précisé que cela représente une augmentation de un euro de la cotisation au régime de base, d'ores et déjà incluse dans le tableau des cotisations figurant en page 4.

De plus, afin de mieux contrôler la consommation sur la garantie optique, les parties à l'accord ont fait le choix de mettre en place deux grilles verres différenciées selon la complexité (une pour les adultes et une pour les enfants). Celles-ci sont jointes en annexe 3 du présent accord. Ces grilles sont complétées par une garantie monture (une pour les adultes et une pour les enfants).

S'agissant du régime optionnel, les garanties précédemment applicables n'ont pas été modifiées, hormis les grilles verres adulte/enfant, les montures adulte/enfant.

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

FB

GC

A.S. ML GS

CS

régime optionnel antérieurement pourront y adhérer et ce au plus tard au 31 août 2010 inclus. Dans cette hypothèse, aucun délai de carence ne sera appliqué.

Par ailleurs, les salariés ayant choisi d'adhérer au régime optionnel dans le cadre du précédent accord pourront le quitter et ceci au plus tard au 31 août 2010 inclus, sauf départ définitif de la Société ou changement dans la situation de famille (mariage, divorce, concubinage PACS, veuvage, plus d'ayant droit à charge, enfant entrant dans la vie active, cette liste étant limitative) avant cette date.

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. Le délai de carence de 6 mois prévu pour le régime de base est également applicable. Ce délai de carence sera appliqué de la même manière à leurs ayants droits (délai de carence de 6 mois pour les frais liés au dentaire, exception faite des soins, à l'optique, aux prothèses médicales, et à la chambre particulière).

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

4- Mesures d'accompagnement du régime

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

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

La mesure de dénoémisation a pour objectif de faire intervenir, pour les conjoints des salariés de l'Entreprise qui travaillent, leur propre mutuelle dès lors que les intéressés cotisent à ce titre dans une autre entreprise. Le processus de dénoémisation consiste en la suppression de la noémisation de tous les conjoints et enfants ayant un numéro de Sécurité Sociale «actif» (c'est-à-dire démontrant qu'ils ont travaillé) et ce après information. 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 l'ANPE doit être fournie, 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,

FB
GC
6/17
CS

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.

- **L'institution de délais de carence** : dès l'embauche dans la Société, le salarié et ses ayants droits sont pris en charge en termes de remboursement pour toutes les garanties à l'exception des frais liés au dentaire hors soins, à l'optique, aux prothèses médicales et à la chambre particulière. Pour ces postes, il est institué un délai de carence de 6 mois à compter de la date d'embauche dans la Société, et ce pour chaque embauche ou réembauche.

Après l'embauche, est appliquée une carence de 6 mois pour les nouveaux conjoints (mariage, concubinage et Pacs) et les enfants de ces conjoints pour la prise en charge des frais liés au dentaire hors soins, à l'optique, aux prothèses médicales et à la chambre particulière et ceci à compter de la date de remise du certificat de mariage, de Pacs ou de concubinage.

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

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

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

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

- **Portabilité des garanties Santé en cas de chômage** : l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, révisé par l'avenant n° 3 du 18 mai 2009, instaure un dispositif dit de « portabilité des droits » de couverture complémentaire au bénéfice du salarié en cas de rupture du contrat de travail et à la condition qu'il soit pris en charge par l'assurance chômage.

La durée de ce maintien est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, sans pouvoir excéder 9 mois et tant que les allocations chômage sont versées. Les garanties sont celles des actifs. Pour le régime de base, les droits sont acquis sans cotisation additionnelle et financés par mutualisation. Les salariés sortant ayant bénéficié jusqu'à la rupture de leur contrat de travail du régime optionnel devront s'acquitter de la cotisation directement auprès de l'assureur pour en bénéficier. Le salarié peut renoncer au bénéfice de la portabilité des garanties, de façon expresse, dans un délai maximum de 10 jours après la cessation de son contrat de travail. Le salarié devra fournir à l'assureur, la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. De même, en cas de reprise d'activité ou de radiation des listes du pôle emploi, le maintien de la garantie cessera.

AB
Ge
CS 7117
CS

A la fin du dispositif de "portabilité, l'ex-salarié peut éventuellement bénéficier des régimes d'accueil de l'assureur (voir paragraphe suivant). L'ensemble des éléments relatifs à la portabilité des droits santé et prévoyance est précisé dans l'accord portant sur ce sujet signé en date du 8 juillet 2009.

- **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 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 (garanties et cotisations) pour une durée maximale de 6 mois étant précisé que la cotisation reste à la charge de l'ayant droit. L'Entreprise communiquera cette information aux personnes concernées. 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. Tous les inactifs se voient proposer de souscrire un contrat d'adhésion à un régime d'accueil de l'assureur, régime dit de sortie de groupe, distinct de notre régime et en dehors de ses comptes, et ceci dans des conditions conformes à la loi Evin. Les inactifs peuvent opter pour l'un des régimes d'accueil proposés par l'organisme assureur en s'adressant au Centre de Gestion de Chartres et dans les conditions tarifaires données à titre indicatif en annexe 4, ces tarifs pouvant être modifiés ultérieurement par l'assureur ou le législateur dans le cadre de l'application de la loi Evin. Sont également données à titre indicatif les formules «Sortie de Groupe» en Annexe 4 bis.

- **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), peuvent continuer à bénéficier directement auprès de l'organisme assureur des garanties prévues dans le cadre du régime de base ou du régime optionnel s'ils le souhaitent. Sont seuls visés les congés sans solde non rémunérés de plus d'un mois définis dans la liste ci-dessus. Aucun délai de carence ne sera appliqué et ceci quelle que soit l'hypothèse. Ainsi, au moment du choix individuel de continuer à bénéficier des garanties du régime, il ne sera pas fait application des dispositions relatives à la mise en place d'un délai de carence. De même, à l'issue du congé non rémunéré, aucun délai de carence ne sera appliqué au moment de la réintégration dans l'Entreprise.

La demande devra être faite par le salarié au maximum 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 par rapport à une adhésion ou non au régime optionnel.

La tarification spécifique de ce régime pour les congés sans solde est présentée en Annexe 5.

5- Obligation d'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

FB
GC
CS
8/17
CS

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.

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

Conformément à la loi, le Comité d'Entreprise a été informé et consulté préalablement à cet accord. Il le sera également avant toute modification des dispositions contenues au présent accord.

En outre, le Comité d'Entreprise recevra communication du rapport annuel de l'assureur sur les comptes de la convention d'assurance.

Une information sur les modalités de cet accord sera distribuée dans les bulletins de paie des salariés.

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 RH.

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 à consommer de manière responsable.

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 un mois auparavant, si les mesures contenues dans le présent accord sont adaptées ou nécessitent des adaptations complémentaires.

La composition de la commission reste fixée à deux représentants de chaque Organisation Syndicale 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 6 mois afin notamment d'examiner les comptes de résultats provisoires ou définitifs et d'envisager éventuellement les mesures complémentaires nécessaires. 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 et les comptes de résultats seront quant à eux communiqués par la Direction tous les trimestres aux Organisations Syndicales du présent accord par le biais du courrier interne. Ces comptes de résultats feront apparaître de manière distincte les comptes du régime optionnel, les frais de gestion et de courtage.

Les tableaux de bord de suivi seront remis aux Organisations Syndicales au plus tard à la fin du troisième mois qui suit le trimestre civil.

Handwritten signatures and initials: AS, ML, BB, CS, FB, GC, LB, and the date 9/17.

Enfin, en contrepartie de l'absence de modification de la prise en charge de la part patronale de la cotisation au régime de base, la Direction accepte le principe d'étudier avec la commission de suivi de cet accord la faisabilité quant à la mise en place d'un fonds social.

6- Durée et révision

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée. Il sera applicable du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2013.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat emportera de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

Les parties conviennent de se réunir au plus tard au mois de février 2013 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 signataires conviennent de se réunir sans délai afin de réviser les garanties et cotisations, en tout ou partie. Dans l'attente d'un tel accord, les garanties seront mises en œuvre sur la base du niveau de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur avant le changement de réglementation.

7- Dépôt- Publicité

Le présent accord sera notifié par la Direction, dès sa signature par une ou plusieurs Organisations Syndicales représentant plus de 30 % des suffrages exprimés au premier tour des dernières élections du Comité d'Entreprise, aux autres Organisations Syndicales, étant précisé que les signataires pour les Organisations Syndicales disposent bien d'un mandat de délégué syndical. Les Organisations Syndicales représentant plus de la moitié des suffrages exprimés au premier tour des dernières élections du Comité d'Entreprise pourront faire opposition à ce texte dans un délai de 8 (huit) jours.

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

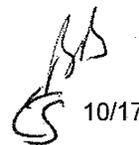
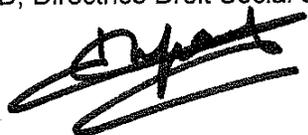
Deux exemplaires (une version sur support papier signée des parties, l'autre sur support électronique) seront déposés à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Melun ;

Chaque Organisation Syndicale recevra un exemplaire de l'accord, ainsi que le Comité d'Entreprise et les délégués du personnel.

Fait à Chessy, le 20.4.2010, en 13 exemplaires.

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

Karine RAYNAUD, Directrice Droit Social et Relations Sociales



10/17

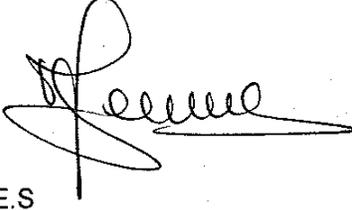
FB

GC

CB

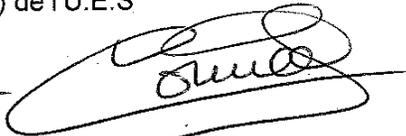
▪ Pour les Organisations Syndicales

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

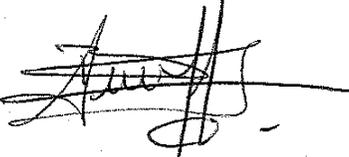
Germain Cissé  le 20/04/2010

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

CORNEE Sandrine  le 05/05/2010

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

BEIERSDORFF FABRIEN  de 20/04/2010 -

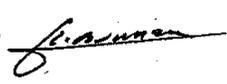
Pour la CGT-FO, Délégué(e) Syndical(e) de l'U.E.S

SAUNAGE NGUYEN  le 22/06/2010

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

Lo JUIL LOLO BERNARD BARTHARES 

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

Laurent BURAZER, 23/04/2010 



 FB
Ge
CS 11/17 LB

Annexe 1

Régime de BASE : Tableau récapitulatif des garanties

Ces garanties représentent le maximum de remboursement du régime de base ; elles sont exprimées en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et dans la limite des frais réellement engagés.

ACTES MEDICAUX COURANTS	
▪ Consultations généralistes	100% BR ⁽¹⁾ ⁽⁵⁾
▪ Consultations spécialistes	200% BR ⁽¹⁾ ⁽⁵⁾
▪ Actes de spécialistes	100% BR ⁽¹⁾ ⁽⁵⁾
▪ Analyses - Radiologie	100% BR ⁽¹⁾ ⁽⁵⁾
▪ Auxiliaires médicaux	100% BR ⁽¹⁾ ⁽⁵⁾
▪ Pharmacie de 15 % à 65 %	Ticket modérateur ⁽¹⁾
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (en secteur conventionné uniquement)	
▪ Frais de séjour, honoraires	200% BR ⁽¹⁾
▪ Chambre particulière ⁽³⁾	50 €uros / jour
▪ Lit accompagnant (enfant moins de 12 ans)	35 €uros / jour
▪ Forfait journalier hospitalier	Frais réels
▪ Frais de transport si nuitée à l'hôpital	Ticket modérateur ⁽¹⁾
▪ Frais de transport d'urgence ⁽⁶⁾	Frais réels
OPTIQUE ⁽³⁾ (par bénéficiaire pour 2 années civiles)	
▪ Verres	voir grilles ci-jointes
▪ Montures	Adulte : 100 € / Enfant - 16 ans : 80 €
▪ Lentilles acceptées, refusées et jetables prescrites	105 €
ART DENTAIRE ⁽⁴⁾	
▪ Soins dentaires	150% BR ⁽¹⁾
▪ Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	325% BR ⁽¹⁾
▪ Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	250% BR ⁽¹⁾
▪ Inlays-Onlays ⁽³⁾	200% BR ⁽¹⁾
▪ Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100% BR ⁽¹⁾
PROTHESES MEDICALES ⁽³⁾ ⁽⁴⁾	
▪ Orthopédie, prothèses médicales	100% BR ⁽¹⁾
▪ Prothèses auditives	500% BR ⁽¹⁾
DIVERS	
▪ Forfait Maternité Adoption	300 €
▪ Acupuncteurs, Chiropracteurs, Ostéopathes ou Diététiciens ⁽⁶⁾	40 € / séance / bénéficiaire (maxi 3 par an)

⁽¹⁾ BR : base de remboursement Sécurité Sociale

Ticket Modérateur = Base de remboursement Sec. Soc. sous déduction du remboursement Séc. Soc.

⁽²⁾ Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Au 1er janvier 2010 : 2 885 €

⁽³⁾ Application d'une carence de 6 mois après embauche et/ou affiliation

⁽⁴⁾ Sous déduction d'une franchise de 5 % de la BR

⁽⁵⁾ Base de remboursement reconstitué en secteur non conventionné

⁽⁶⁾ Sur présentation d'une facture

FB

Gc

CS

12/17

Annexe 2

Régime OPTION : Tableau récapitulatif des garanties

Ces garanties sont exprimées sous déduction du régime de BASE et dans la limite des frais réellement engagés.

ACTES MEDICAUX COURANTS	
▪ Consultations généralistes et généralistes	Secteur conventionné : 100% FR - RSS ⁽¹⁾ Secteur non conventionné : 90% FR - RSS ⁽¹⁾ limité à 400% BR Ticket modérateur ⁽¹⁾
▪ Actes de spécialistes	
▪ Analyses - Radiologie	
▪ Auxiliaires médicaux	
▪ Pharmacie de 15% à 65 %	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	
▪ Frais de séjour, honoraires en secteur conventionné	100% FR - RSS ⁽¹⁾
▪ Frais de séjour, honoraires en secteur non conventionné	90% FR - RSS ⁽¹⁾ limité à 400% BR
▪ Chambre particulière ⁽³⁾	Frais réels
▪ Lit accompagnant (enfant moins de 12 ans)	35 euros / jour
▪ Forfait journalier hospitalier	Frais réels
▪ Frais de transport si nuitée à l'hôpital	Ticket modérateur ⁽¹⁾
▪ Frais de transport d'urgence ⁽⁶⁾	Frais réels
OPTIQUE (3) (par bénéficiaire et par année civile)	
▪ Verres	voir grilles ci-jointes
▪ Montures	Adulte : 100 € / Enfant - 16 ans : 80 €
▪ Lentilles acceptées, refusées et jetables prescrites	105 €
ART DENTAIRE (4)	
▪ Soins dentaires	200% BR ^{(1) (5)}
▪ Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale ⁽³⁾	350% BR ⁽¹⁾
▪ Inlays-Onlays ⁽³⁾	350% BR ⁽¹⁾
▪ Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100% FR - RSS ⁽¹⁾ (néant en secteur non conv.)
PROTHESES MEDICALES (3) (4)	
▪ Orthopédie, prothèses médicales en secteur conventionné	100% FR - RSS ⁽¹⁾
▪ Orthopédie, prothèses médicales en secteur non conventionné	90% FR - RSS ⁽¹⁾ limité à 200% BR
▪ Prothèses auditives	100% FR - RSS ⁽¹⁾
DIVERS	
▪ Forfait Maternité Adoption	20% pmss ⁽²⁾
▪ Implants dentaires	Crédit annuel de 345 € par bénéficiaire
▪ Sevrage tabagique	Crédit annuel de 50 € par bénéficiaire
▪ Acupuncteurs, Chiropracteurs, Ostéopathes ou Diététiciens ⁽⁶⁾	40 € / séance / bénéficiaire (maxi 3 par an)

⁽¹⁾ BR : base de remboursement Sécurité Sociale

Ticket Modérateur = Base de remboursement Sec. Soc. sous déduction du remboursement Sec. Soc.

⁽²⁾ Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Au 1er janvier 2010 : 2 885 €

⁽³⁾ Application d'une carence de 6 mois après embauche et/ou affiliation

⁽⁴⁾ Sous déduction d'une franchise de 5 % de la BR

⁽⁵⁾ Base de remboursement reconstitué en secteur non conventionné

⁽⁶⁾ Sur présentation d'une facture

Handwritten signatures and initials:
S, ML, CS, 13/17, Ge, LB

Annexe 3

GRILLES VERRES

Adulte (16 - 60 ans)

Code TIPS	Nouveau code LPP Adulte	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant Euro par verre
202A00.11	2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	100.00 €
202A00.12	2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	130.00 €
202A00.13	2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	150.00 €
202A00.21	2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	100.00 €
202A00.22	2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	130.00 €
202A00.23	2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	150.00 €
202A00.24	2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	170.00 €
202A00.31	2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	150.00 €
202A00.32	2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	250.00 €
202A00.41	2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	150.00 €
202A00.42	2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	250.00 €

Enfant (- 16 ans)

Code TIPS	Nouveau code LPP Enfant	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant Euro par verre
202A00.11	2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	55.00 €
202A00.12	2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70.00 €
202A00.13	2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	90.00 €
202A00.21	2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	55.00 €
202A00.22	2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	70.00 €
202A00.23	2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	90.00 €
202A00.24	2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	90.00 €
202A00.31	2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	140.00 €
202A00.32	2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	140.00 €
202A00.41	2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	140.00 €
202A00.42	2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	140.00 €

Annexe 4

**Inactifs : Tarification indicative des régimes dits "Sortie de Groupe"
Tarification AG2R pour 2010 :**

	CLEA 5	CLEA 6	CLEA 7
- 66 ans	81.81 €	94.42 €	108.57 €
67-70 ans	107.08 €	123.67 €	142.22 €
71-75 ans	127.32 €	147.06 €	169.17 €
76-80 ans	142.50€	164.61€	189.37 €
81 ans et +	152.62 €	176.30 €	202.83 €
Enfant	27.92 €	32.27 €	37.13 €

h.s. m
15/17
CS FB Gc LB

Annexe 4 bis

FORMULES STANDARD "SORTIES DE GROUPE"

NATURE DES FRAIS
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE
Frais de Séjour
Honoraires
Frais de chambre particulière (1)
Forfait Hospitalier engagé (1)
Frais d'accompagnant (2)
TRANSPORT (ACCEPTÉ PAR LA S.S.)
ACTES MEDICAUX
Visites
Consultations
Actes de Spécialité
Auxiliaires Médicaux
Frais de Radiologie
Frais d'Analyse
Soins Dentaires
FRAIS PHARMACEUTIQUES
PROTHÈSES DENTAIRES ET ORTHODONTIE
Prothèses Dentaires remboursées par la S.S.
Orthodontie acceptée par le S.S.
Prothèses Dentaires non remboursées par la S.S.
Orthodontie refusée par la S.S.
PROTHÈSES AUDITIVES
ORTHOPÉDIE ET AUTRES PROTHÈSES
OPTIQUE
Lentilles acceptées par la S.S.
Lentilles refusées par la S.S. (3)
Verres et Monture de lunettes
CURE THERMALE (ACCEPTÉE PAR LA S.S.)
Traitement et Honoraires
Voyage et Hébergement
MATERNITÉ
Chambre particulière
Forfait (par enfant déclaré)

FORMULE 5	
Conventionné	Non conventionné
Ticket Modérateur Conventionnel	Ticket Modérateur Conventionnel
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
50 euros / jour	Néant
maximum 15 euros / jour	maximum 15 euros / jour
25 euros / jour, pour un enfant de -16 ans hospitalisé	
Ticket Modérateur Conventionnel	
Conventionné	Non conventionné
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
Ticket modérateur	
200% du tarif de convention	
400 euros par an et bénéficiaire	
200% du tarif de convention	
Forfait de 200 euros par paire	
Crédit annuel de 200 euros par bénéficiaire	
Forfait global de 200 euros	
Conventionné	Non conventionné
TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention
Forfait de 300 euros	
Conventionné	Non conventionné
50 euros par jour (6 jours max)	Néant
Forfait de 300 euros	

(1) limités à 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale et à 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique
 (2) sur présentation d'un justificatif
 (3) y compris les lentilles jetables
 Les frais réels s'entendent dans la limite des frais engagés après intervention du régime de base.

NATURE DES FRAIS	FORMULE 6		FORMULE 7	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Frais de Séjour	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Honoraires	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Frais de chambre particulière (1)	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Forfait Hospitalier engagé (1)	maximum 15 euros / jour	maximum 15 euros / jour	maximum 15 euros / jour	maximum 15 euros / jour
Frais d'accompagnant (2)	100% des Frais Réels, pour enfant de -16 ans hospitalisé		100% des Frais Réels, pour enfant de -16 ans hospitalisé	
TRANSPORT (ACCEPTÉ PAR LA S.S.)	100% des Frais Réels		100% des Frais Réels	
ACTES MEDICAUX	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Visites	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Consultations	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Actes de Spécialité	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Auxiliaires Médicaux	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Frais de Radiologie	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Frais d'Analyse	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Soins Dentaires	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
FRAIS PHARMACEUTIQUES	Ticket modérateur		Ticket modérateur	
PROTHÈSES DENTAIRES ET ORTHODONTIE	250% du Tarif de Convention		300% du Tarif de Convention	
Prothèses Dentaires remboursées par la S.S.	250% du Tarif de Convention		300% du Tarif de Convention	
Orthodontie acceptée par le S.S.	250% du Tarif de Convention		300% du Tarif de Convention	
Prothèses Dentaires non remboursées par la S.S.	250% du Tarif de Convention		300% du Tarif de Convention	
Orthodontie refusée par la S.S.	250% du Tarif de Convention		300% du Tarif de Convention	
PROTHÈSES AUDITIVES	400 euros par an et bénéficiaire		400 euros par an et bénéficiaire	
ORTHOPÉDIE ET AUTRES PROTHÈSES	250% du Tarif de Convention		300% du Tarif de Convention	
OPTIQUE	Forfait de 250 euros par paire		Forfait de 300 euros par paire	
Lentilles acceptées par la S.S.	Crédit annuel de 250 euros par bénéficiaire		Crédit annuel de 300 euros par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la S.S. (3)	Forfait global de 250 euros		Forfait global de 300 euros	
Verres et Monture de lunettes				
CURE THERMALE (ACCEPTÉE PAR LA S.S.)	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Traitement et Honoraires	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Voyage et Hébergement	Forfait de 300 euros		Forfait de 400 euros	
MATERNITÉ	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Chambre particulière	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Forfait (par enfant déclaré)	Forfait de 300 euros		Forfait de 400 euros	

(1) limités à 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale et à 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique
 (2) sur présentation d'un justificatif
 (3) y compris les lentilles jetables
 Les frais réels s'entendent dans la limite des frais engagés après intervention du régime de base.

Handwritten signatures and initials:
 AB
 CS
 GS
 LB

Annexe 5

Congés non rémunérés de plus d'un mois :

Tarification du régime au 01.05.2010

	BASE	OPTION
Taux adulte	35.14 euros	21.96 euros
Taux Enfant*	19.62 euros	12.26 euros

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Tarification du régime au 01.01.2011

	BASE	OPTION
Taux adulte	36.90 euros	23.06 euros
Taux Enfant*	20.60 euros	12.87 euros

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Tarification du régime au 01.01.2012

	BASE	OPTION
Taux adulte	38.75 euros	24.21 euros
Taux Enfant*	21.63 euros	13.51 euros

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Tarification du régime au 01.01.2013

	BASE	OPTION
Taux adulte	38.75	24.21
Taux Enfant*	21.63	13.51

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Handwritten notes and signatures:
CS 17/17
FB
GC
LB