

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

**Préambule**

Un accord collectif transitoire portant sur le remboursement des frais médicaux a été conclu le 21 novembre 2005 pour une période déterminée allant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2006, dans l'attente de la parution de l'intégralité des dispositions légales et réglementaires concernant la réforme de l'assurance maladie et notamment de connaître la date d'application des contrats responsables.

La quasi-totalité des textes législatifs et réglementaires concernant la réforme de l'assurance maladie étant parus, la Direction et les organisations syndicales se sont réunis afin de se mettre en conformité avec cette réforme, conformément au calendrier prévisionnel annexé à l'accord transitoire du 21 novembre 2005.

En effet, une lettre circulaire ACOSS du 29 novembre 2005 a précisé que, pour les accords d'entreprise, la date d'entrée en vigueur des contrats responsables était fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'organisme assureur ayant accepté de faire le portage et d'assumer à sa charge au travers des résultats, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, les effets liés notamment à la suppression des franchises en vigueur jusqu'à ce que les parties aient conclu un nouvel accord.

De plus, pour être en conformité avec le décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005 portant sur les contrats responsables, la société, en accord avec les organisations syndicales, a fait procéder à la suppression des franchises visées par le décret rétroactivement à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

En conséquence, dans le cadre du présent accord, les garanties accordées, tant dans le régime de base que dans le régime optionnel, dans le cadre du précédent accord sont, pour partie, modifiées en raison de l'instauration des contrats responsables. En effet, ces derniers imposent, par rapport au précédent décret, la suppression, pour le régime de base, de la franchise de 5 % des frais réels pour les actes médicaux courants ainsi que la non prise en charge du forfait de 1€. De plus, sont intégrées, tant au niveau de la base que de l'option, les lentilles refusées ou jetables correctrices prescrites dans le plafond de la garantie optique.

Parallèlement, les parties ont pu constater que le régime frais de santé était proche de l'équilibre en 2005 et ceci notamment du fait de la consolidation instituée entre le régime de base et le régime optionnel, le déficit du régime de base étant pour partie absorbée par le régime optionnel.

Elles ont également convenu de la nécessité de rester prudent par rapport aux résultats connus, la suppression des franchises pouvant avoir des conséquences tant en terme financier qu'en terme de consommation médicale.

Enfin, dans un souci de bonne compréhension, il est convenu qu'une communication à large diffusion sera mise en place pour expliquer les principales réformes de l'assurance maladie.

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**

Les dispositions prévues par le précédent accord concernant l'adhésion au régime ne sont pas modifiées.

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 Disney SCA, Euro Disney Associés SCA et ED Spectacles SARL, 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), 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.

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'absence d'adhésion à un régime de remboursement des frais de santé propre à son entreprise.

Les salariés doivent, afin d'assurer l'efficacité des mesures prises dans le cadre du présent accord, fournir à la société tous les documents permettant de justifier de leur situation de famille, des changements d'adresse, et de tous les justificatifs nécessaires cités ci-dessus.

## 2- Cotisations

### a- Régime de base

Constatant que l'augmentation progressive de la cotisation telle que prévue dans le cadre du précédent accord a permis d'évoluer positivement vers un rééquilibrage du régime par rapport aux garanties choisies, les Organisations Syndicales et la Direction ont décidé de revoir les cotisations telles que définies dans le cadre de l'accord transitoire du 21 novembre 2005 notamment au regard de la garantie supplémentaire introduite sur les lentilles acceptées, refusées ou jetables correctrices prescrites.

Afin de se prémunir d'une dérive du régime, les parties à l'accord conviennent de continuer à analyser régulièrement au travers de la commission de suivi, l'évolution du régime de base et du régime optionnel.

Les parties à l'accord conviennent ainsi de se réunir au cours d'une réunion annuelle qui aura lieu au plus tard dans le courant du mois de novembre afin d'examiner les comptes annuels frais de santé et de faire la comparaison entre le résultat de l'année N-1 et les projections de l'année N pour déterminer la nécessité ou non d'une augmentation des cotisations et d'en déterminer le montant. Les augmentations de cotisations auront lieu, en cas de nécessité, au mois de janvier de chaque année.

Le principe de cotisation pour partie proportionnelle à la rémunération instituée dans le cadre des précédents accords n'est pas remis en cause.

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 une part forfaitaire et 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).

Cette cotisation est déterminée selon un double mécanisme avec :

- une part forfaitaire, dont le 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 égale à 0.31 % du salaire brut, dans la limite du plafond des tranches A et B.

	Cotisation au 1er juillet 2006	
Cotisation mensuelle globale	<b>37.73 euros</b> +0.31 % TA TB	
Répartition parts employeur et salarié	Salarié <b>16.98 E</b> + 0.14 %	Employeur <b>20.75 E</b> + 0.17 %

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.

### **b- Régime facultatif**

Le régime optionnel institué par l'accord du 10 juin 2003, afin de permettre 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 juillet 2006
Cotisation intégralement à la charge du salarié	<b>24.04</b> euros

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 proroger la consolidation du régime de base et du régime optionnel, ce dernier permettant d'absorber pour partie le déficit du régime de base. En cas de déficit du régime optionnel, les parties s'engagent à se réunir dans les plus brefs délais de manière à ne pas laisser la situation perdurer et ceci au regard des tableaux de bord trimestriels.

### **3- Garanties**

Dans le cadre des derniers accords et dans la recherche du rééquilibrage du système, les parties à l'accord avaient décidé la mise en place des mesures suivantes, maintenues dans le cadre du présent accord :

- un régime de base obligatoire commun à toutes les catégories de salariés (non cadres, agents de maîtrise, agents de maîtrise assimilés cadres et cadres) 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).

### **S'agissant spécifiquement des garanties du régime de base :**

Les parties se sont entendues pour se mettre en conformité avec les contrats responsables, cette mise en conformité ayant des conséquences sur les garanties du régime. En effet, l'instauration des contrats responsables implique la suppression, pour le régime de base, de la franchise de 5 % des frais réels pour les actes médicaux courants à savoir :

- les consultations (généraliste, spécialiste),
- les auxiliaires médicaux,
- les analyses,
- la radiologie,
- les actes de spécialité.

Ne sont pas concernés et conservent donc leur franchise :

- les prothèses médicales,
- les soins et prothèses dentaires,
- les inlays-onlays,
- l'orthodontie

Le régime respectera l'intégralité des observations du cahier des charges des contrats responsables telles que définies à ce jour et intégrera les modifications légales ultérieures, sous forme d'avenant au présent accord.

Les lentilles refusées ou jetables, correctrices prescrites constituent une nouvelle garantie, en plus de la garantie optique, couverte à hauteur de 105 euros tous les 2 ans.

Le reste des garanties demeure inchangé, à l'exception de la garantie « lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans) » qui a été arrondie à 35 euros par jour et de la garantie « verres et monture » elle-même arrondie à 345 euros tous les deux ans. Les garanties du régime de base figurent 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 spécifiquement des garanties du régime optionnel :**

De même que pour le régime de base, la franchise sur les actes médicaux courants est supprimée (5% TC).

Les autres franchises du régime optionnel ne sont pas modifiées, à l'exception de la garantie « lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans) » qui a été arrondie à 35 euros par jour et de la garantie « verres et monture » elle-même arrondie à 345 euros tous les ans. Les garanties du régime optionnel figurent en annexe 2 du présent accord.

À noter toutefois, les lentilles refusées ou jetables, correctrices prescrites constituent, conformément aux dispositions énoncées dans les garanties du régime de base, une nouvelle garantie, en plus de la garantie optique, couverte à hauteur de 105 euros tous les ans.

Un tableau des garanties du régime optionnel figure en annexe 2.

S'agissant de 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 ce au plus tard au 30 septembre 2006. Dans cette hypothèse aucun délai de carence ne sera appliqué.

Conformément aux dispositions conventionnelles antérieurement prévues, les salariés ayant choisi d'adhérer au régime optionnel, dans le cadre du précédent accord, et souhaitant le quitter pourront le faire au plus tard au 30 septembre 2006, sauf départ définitif 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) 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).

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, surendettement reconnu, cette liste étant limitative).

#### **4- Mesures d'accompagnement du régime**

Les mesures d'accompagnement du régime prévues par les deux derniers accords afin de compléter l'équilibre trouvé entre l'optimisation des garanties et l'augmentation des cotisations sont maintenues sans modification.

- **la dénoémisation des conjoints** : La télétransmission par la norme « NOEMIE » 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 la société Euro Disney 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, 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 le choix d'un 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 (exception faite des 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 aux prothèses dentaires, aux prothèses médicales, à l'optique 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 « 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, personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès). 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 3, 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 5.
- **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), continuent à pouvoir

bénéficiaire 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.

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 4.

## **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, une note d'information résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application, notice d'information qui sera établie par l'assureur et qui devra être mise à jour par cet organisme 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 la réforme de l'assurance maladie ainsi qu'une information spécifique sur les modalités de ce nouvel accord sera distribuée avec les bulletins de paie du mois de mai et de juin 2006.

La commission de suivi créée dans le cadre de l'accord du 10 juin 2003 est maintenue.

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. Elle examinera notamment si les mesures prises dans le cadre du présent accord en vue d'un maintien de l'équilibre 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 4 mois afin notamment d'examiner les comptes de résultat provisoires ou définitifs et d'envisager éventuellement les mesures complémentaires nécessaires.

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 résultat 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.

Au regard de la communication trimestrielle de ces documents, les membres de la Commission pourront demander la tenue d'une réunion extraordinaire si au moins 4 membres de la Commission le demandent en indiquant l'objet précis de cette réunion, au moins 15 jours à l'avance, la demande doit donc être motivée.

## **6- Durée et révision**

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée. Il sera applicable du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 décembre 2009.

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 3 mois au plus tard avant son échéance pour définir de nouvelles modalités.

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 oeuvre 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 et la Direction, aux autres organisations syndicales.

Les organisations syndicales représentant plus de la moitié des suffrages exprimés au premier tour des élections du comité d'entreprise pour le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> collège, cumulés avec les suffrages exprimés au second tour des dernières élections du comité d'entreprise pour le 1<sup>er</sup> collège, pourront faire opposition à ce texte dans un délai de 8 jours.

À l'issue de ce délai de 8 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.

Cinq exemplaires seront déposés à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Melun, un exemplaire au service départemental du travail et de la protection sociale agricole.

Chaque organisation syndicale recevra un exemplaire de l'accord, ainsi que le comité d'entreprise et les délégués du personnel.

Fait à Chessy, le 2 mai 2006, en 20 exemplaires.

Pour l'entreprise : Daniel DREUX-----

Pour la CFDT-----

Pour la CFE-CGC-----

Pour la CFTC-----

Pour la CGT-----

Pour la CGT-FO-----

Pour le SIPE-----

Pour l'UNSA-----

## 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

<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale (en secteur conventionné uniquement)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- séjour et honoraires conventionné</li><li>- forfait journalier hospitalier</li><li>- lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)</li><li>- chambre particulière</li></ul>	200 % TC 100% des frais réels 35 euros/ jour 50 euros/ jour
<b>Actes médicaux courants</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Consultations généralistes</li><li>- Consultations spécialistes</li><li>- Actes de spécialistes</li><li>- Analyses, radiologie</li><li>- Auxiliaires médicaux</li><li>- Transport</li></ul>	100 % TC 200 % TC 100 % TC 100 % TC 100 % TC néant
<b>Pharmacie</b>	100% du ticket modérateur
<b>Prothèses médicales (1)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Orthopédie, prothèses médicales conventionné</li><li>- Orthopédie, prothèses médicales non conventionné</li><li>- Prothèses auditives</li></ul>	Franchise de 5 % TC 100 % TC 100 % TC 500 % TC
<b>Orthodontie acceptée par SS (1)</b>	Franchise de 5% du TC 100 % TC
<b>Dentaire (1)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Soins</li><li>- Prothèses dentaires acceptées par SS</li><li>- Prothèses dentaires refusées par SS</li><li>- Inlays, Onlays</li></ul>	Franchise de 5% du TC 150 % TC 325 % TC 250 % TC 200 % TC
<b>Optique</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- verres et monture</li><li>⇒ adulte</li><li>⇒ enfant de moins de 16 ans</li><li>- lentilles acceptées, refusées et jetables</li><li>correctrices prescrites</li></ul>	Par période de 2 ans  345 euros 195 euros 105 euros
<b>Maternité- Adoption</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Forfait</li></ul>	300 euros

(1) sous déduction de la participation de l'assuré fixée à 5 % du TC

**NB: TC: Tarif de convention**

## Annexe 2

<b>Régime optionnel : Tableau récapitulatif des garanties</b>	
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- séjour et honoraires conventionné</li> <li>- séjour et honoraires non conventionné</li> <li>- forfait journalier hospitalier</li> <li>- lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)</li> <li>- chambre particulière</li> </ul>	100 % des frais réels (1) 90 % frais réels (1) limité à 400 % TC 100 % des frais réels 35 euros/jour 100 % des frais réels
<b>Actes médicaux courants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations généralistes</li> <li>- Consultations spécialistes</li> <li>- Actes de spécialistes</li> <li>- Analyses, radiologie</li> <li>- Auxiliaires médicaux</li> <li>- Transport</li> </ul> En secteur non conventionné	100 % frais réels en conventionné (1) 100 % frais réels en conventionné (1) Néant 90 % frais réels (1) limité à 400% TC
<b>Pharmacie</b>	100 % du ticket modérateur
<b>Prothèses médicales (2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthopédie, prothèses médicales conventionné</li> <li>- Orthopédie, prothèses médicales non conventionné</li> <li>- Prothèses auditives</li> </ul>	Franchise de 5 % TC 100 % des frais réels (1) 90 % frais réels (1) limité à 200% TC  100 % des frais réels (1)
<b>Orthodontie acceptée par SS (2)</b>	Franchise de 5 % du TC 100 % frais réels en conventionné (1)
<b>Dentaire (2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins</li> <li>- Prothèses dentaires acceptées par SS</li> <li>- Prothèses dentaires refusées par SS</li> <li>- Inlays, Onlays</li> </ul>	Franchise de 5 % du TC 200 % TC 350 % TC 350 % TC 350 % TC
<b>Optique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verres et monture</li> <li>- lentilles acceptées, refusées et jetables prescrites</li> </ul>	Par an/bénéficiaire 345 euros 105 euros
<b>Maternité- Adoption</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forfait</li> </ul>	20 % Pmss

(1) sous déduction des remboursements de la sécurité sociale

(2) sous déduction de la participation de l'assuré fixée à 5 % du TC

**NB:** *TC: Tarif de convention*

*Pmss : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale (2.589 € en 2006)*

## Annexe 3

### Inactifs : Tarification indicative des régimes dits "Sortie de Groupe"

	CLEA 5	CLEA 6	CLEA 7
- 66 ans	72.51€	82.11€	91.72€
67-70 ans	94.89€	107.50€	120.11€
71-75 ans	112.80€	127.82€	142.84€
76-80 ans	126.24€	143.05€	159.87€
81 ans et +	135.19€	153.21€	171.23€
Enfant	24.71€	28.03€	31.33€

## Annexe 4

### Congés non rémunérés de plus d'un mois : tarification du régime

À compter de la date d'application de l'accord, une nouvelle grille tarifaire sera applicable :

	BASE	OPTION
<b>Taux adulte</b>	29.99 euros	19.49 euros
<b>Taux Enfant*</b>	16.74 euros	10.88 euros

\* gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

## Annexe 5: Formules et Tarifs Sortie de Groupe AG2R

NATURE DES FRAIS	CLEA 5		CLEA 6	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE</b>				
Frais de Séjour	Ticket Modérateur Conventionnel	TM recalculé base PU	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Actes chirurgie, d'anesthésie, autres honoraires	TMC+100% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 100% PU	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Frais de chambre particulière (1)	50 euros / jour	Néant	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)	25 euros / jour, pour un enfant de -16 ans hospitalisé		100% des Frais Réels, pour enfant de -16 ans hospitalisé	
<b>TRANSPORT (ACCEPTÉ PAR LA S.S.)</b>	Ticket Modérateur Conventionnel		100% des Frais Réels	
<b>ACTES MÉDICAUX</b>				
Consultations, Visites	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention
Actes de chirurgie	TMC+100% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 100% PU	TMC+150% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 150% PU
Actes techniques médicaux	TMC+100% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 100% PU	TMC+150% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 150% PU
Auxiliaires Médicaux	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention
Actes d'imagerie médicale	TMC+100% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 100% PU	TMC+150% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 150% PU
Actes d'échographie	TMC+100% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 100% PU	TMC+150% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 150% PU
Frais d'Analyse	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention
Soins Dentaires	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention
<b>FRAIS PHARMACEUTIQUES</b>	Ticket modérateur		Ticket modérateur	
<b>PROTHÈSES DENTAIRES ET ORTHODONTIE</b>				
Prothèses Dentaires remboursées par la S.S.	200% du tarif de convention		250% du Tarif de Convention	
Orthodontie acceptée par le S.S.	200% du tarif de convention		250% du Tarif de Convention	
Prothèses Dentaires non remboursées par la S.S.	200% du tarif de convention		250% du Tarif de Convention	
Orthodontie refusée par la S.S.	200% du tarif de convention		250% du Tarif de Convention	
<b>PROTHÈSES AUDITIVES</b>	400 euros par an et bénéficiaire		400 euros par an et bénéficiaire	
<b>ORTHOPÉDIE ET AUTRES PROTHÈSES</b>	200% du tarif de convention		250% du Tarif de Convention	
<b>OPTIQUE</b>				
Lentilles acceptées par la S.S.	Forfait de 200 euros par paire		Forfait de 250 euros par paire	
Lentilles refusées par la S.S. (3)	Crédit annuel de 200 euros par bénéficiaire		Crédit annuel de 250 euros par bénéficiaire	
Verres et Monture de lunettes	Forfait global de 200 euros		Forfait global de 250 euros	
<b>CURE THERMALE (ACCEPTÉE PAR LA S.S.)</b>				
Traitement et Honoraires	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+100% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention	TMC+150% Tarif de Convention
Voyage et Hébergement	Forfait de 300 euros		Forfait de 300 euros	
<b>MATERNITÉ</b>				
Chambre particulière	50 euros par jour (6 jours max)	Néant	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Forfait (par enfant déclaré)	Forfait de 300 euros		Forfait de 300 euros	

NATURE DES FRAIS	CLEA 7	
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE</b>	<b>Conventionné</b>	<b>Non conventionné</b>
Frais de Séjour	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Actes chirurgie, d'anesthésie, autres honoraires	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Frais de chambre particulière (1)	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Forfait Hospitalier engagé (1)	maximum 15 euros / jour	maximum 15 euros / jour
Frais d'accompagnant (2)	100% des Frais Réels, pour enfant de -16 ans hospitalisé	
<b>TRANSPORT (ACCEPTÉ PAR LA S.S.)</b>	100% des Frais Réels	
<b>ACTES MÉDICAUX</b>	<b>Conventionné</b>	<b>Non conventionné</b>
Consultations, Visites	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Actes de chirurgie	TMC+200% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 200% PU
Actes techniques médicaux	TMC+200% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 200% PU
Auxiliaires Médicaux	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Actes d'imagerie médicale	TMC+200% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 200% PU
Actes d'échographie	TMC+200% Base de Remboursement	TM recalculé base PU + 200% PU
Frais d'Analyse	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Soins Dentaires	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
<b>FRAIS PHARMACEUTIQUES</b>	Ticket modérateur	
<b>PROTHÈSES DENTAIRES ET ORTHODONTIE</b>		
Prothèses Dentaires remboursées par la S.S.	300% du Tarif de Convention	
Orthodontie acceptée par le S.S.	300% du Tarif de Convention	
Prothèses Dentaires non remboursées par la S.S.	300% du Tarif de Convention	
Orthodontie refusée par la S.S.	300% du Tarif de Convention	
<b>PROTHÈSES AUDITIVES</b>	400 euros par an et bénéficiaire	
<b>ORTHOPÉDIE ET AUTRES PROTHÈSES</b>	300% du Tarif de Convention	
<b>OPTIQUE</b>		
Lentilles acceptées par la S.S.	Forfait de 300 euros par paire	
Lentilles refusées par la S.S. (3)	Crédit annuel de 300 euros par bénéficiaire	
Verres et Monture de Lunettes	Forfait global de 300 euros	
<b>CURE THERMALE (ACCEPTÉE PAR LA S.S.)</b>	<b>Conventionné</b>	<b>Non conventionné</b>
Traitement et Honoraires	TMC+200% Tarif de Convention	TMC+200% Tarif de Convention
Voyage et Hébergement	Forfait de 400 euros	
<b>MATERNITÉ</b>	<b>Conventionné</b>	<b>Non conventionné</b>
Chambre particulière	100% des Frais Réels	90% des Frais Réels
Forfait (par enfant déclaré)	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.

#### Légende

TM : Ticket Modérateur

TMC : Ticket Modérateur de Convention

PU : Prix Unitaire défini par la Sécurité Sociale

#### Tarifs au 01/01/06 du Régime Général

##### Assistance comprise

	CLEA 5	CLEA 6	CLEA 7
- 66 ans	72,51 €	82,11 €	91,72 €
67 - 70 ans	94,89 €	107,50 €	120,11 €
71 - 75 ans	112,80 €	127,82 €	142,84 €
76 - 80 ans	126,24 €	143,05 €	159,87 €
81 ans et +	135,19 €	153,21 €	171,23 €
Enfant	24,71 €	28,03 €	31,33 €