

Brochure n° 3167

Convention collective nationale

IDCC : 2257. – CASINOS

AVENANT N° 14 DU 10 DÉCEMBRE 2009
RELATIF AUX RÉGIMES DE PRÉVOYANCE ET DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : *ASET1050381M*

IDCC : 2257

1. Objet de l'avenant

L'objet du présent avenant est de remplacer les dispositions de l'accord du 2 mars 2006, étendu par arrêté du 22 novembre 2006, instituant un régime de base obligatoire de prévoyance pour les salariés des entreprises visées par la convention collective nationale des casinos du 29 mars 2002.

Les organisations patronales et syndicales de salariés réaffirmant leur souhait de renforcer la protection sociale des salariés ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques de la branche afin de permettre à toutes les entreprises et à tous leurs salariés d'accéder à des régimes de prévoyance et de frais de santé.

En complément du régime de base obligatoire de prévoyance, le présent avenant instaure ainsi :

- une garantie frais de santé obligatoire à compter du 1^{er} avril 2010 au profit des salariés des entreprises de la branche des casinos. Ce régime est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » ou « aidés » et les décrets pris pour son application (notamment le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005) ;

- la mise en place d'un fonds d'action sociale alimenté par 1 % des cotisations des régimes de prévoyance et de frais de santé ;
- une mutualisation des régimes de prévoyance et de frais de santé auprès d'un organisme désigné : l'institution de prévoyance du groupe Mor-nay (IPGM).

2. Champ d'application

Le présent avenant a pour objet de définir un régime de base obligatoire de prévoyance et un régime de base obligatoire de frais de santé au plan national en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au bénéfice des salariés des entreprises visées par la convention collective nationale des casinos du 29 mars 2002 (IDCC n° 2257).

3. Bénéficiaires des régimes de prévoyance et de frais de santé

L'ensemble des salariés (y compris les mandataires sociaux ayant le statut de salarié) titulaires d'un contrat de travail non suspendu⁽¹⁾, à durée déterminée ou indéterminée, cadres et non cadres, présents à l'effectif des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des casinos (IDCC n° 2257) bénéficient :

- du régime de prévoyance :
 - dès le premier jour travaillé pour la garantie décès ;
 - à partir de 2 mois d'ancienneté pour les garanties incapacité de travail et invalidité ;
- du régime de frais de santé :
 - à partir de 2 mois d'ancienneté.

La notion de salariés présents à l'effectif comprend tous les salariés, au travail ou en arrêt pour cause de maladie ou accident au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant.

Le salarié bénéficiaire du présent avenant est nommé ci-après le participant.

4. Salaire de référence

A. – Pour le calcul des prestations de prévoyance

Le salaire de référence servant de base de calcul des prestations de prévoyance est égal au total des rémunérations brutes (y compris primes, gratifications, etc.), à l'exception des primes, indemnités et rappels versés lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...), perçues au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt

(1) La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de la rémunération et sans versement d'indemnités journalières complémentaires.

de travail ou le décès, servant d'assiette pour le calcul des cotisations de la sécurité sociale, limité aux tranches suivantes :

- tranche A : fraction de la rémunération limitée au montant du salaire plafond annuel de la sécurité sociale ;
- tranche B : fraction de la rémunération supérieure au montant du salaire plafond annuel de la sécurité sociale et inférieure ou égale à 4 fois ce même plafond.

Le salaire de référence est reconstitué à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence dans l'entreprise adhérente lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à 12 mois ;
- lorsque le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

B. – Pour l'assiette des cotisations

Les prestations du régime de prévoyance sont assurées en contrepartie du paiement d'une cotisation assise sur la rémunération annuelle brute, y compris les éléments variables (primes, gratifications, etc.), à l'exception des primes, indemnités et rappels versés lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...), de chaque participant, telle qu'elle est retenue pour le calcul de l'assiette des cotisations de la sécurité sociale (limitation aux tranches A et B).

La cotisation est calculée en fonction de la date d'entrée de chaque participant dans l'entreprise.

Les prestations du régime frais de santé sont pour leur part assurées en contrepartie du paiement, pour chaque participant, d'une cotisation exprimée en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale.

5. Garanties de base obligatoires du régime de prévoyance

Le régime de base obligatoire de prévoyance prévoit la couverture des risques :

- décès-invalidité absolue et définitive (IAD) ;
- décès accidentel-invalidité absolue et définitive résultant d'un accident (IADA) ;
- double effet ;
- incapacité de travail ;
- invalidité,

dans les conditions ci-après développées.

A. – Garantie décès

Nature

En cas de décès du participant et sauf événements exclus tels que prévus à la section 10 du présent avenant, un capital décès est versé aux bénéficiaires désignés ci-après.

Situation de famille

Notion de conjoint :

Est considéré comme conjoint dans le présent avenant :

- le conjoint du participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- le concubin du participant, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire et déclaré comme tel depuis plus de 1 an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

La condition de durée de 1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge mentionnée ultérieurement.

Notion d'enfants à charge :

Sont considérés comme enfants à charge au moment du décès ou de la reconnaissance en invalidité absolue et définitive, indépendamment de la position fiscale, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus, enfants à naître conçus du vivant de l'assuré et nés après le décès de ce dernier :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire, et sous condition soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou de plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;

- d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- d'être employés par un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale ou équivalente, avant la date du 26^e anniversaire, justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil.

Montant du capital décès-IAD
(invalidité absolue et définitive) de base

En cas de décès du participant, il sera versé un capital égal à :

- 100 % du salaire de référence si le participant est sans enfant à charge ;
- 125 % du salaire de référence si le participant a un enfant à charge ;
- majoration de 25 % du salaire de référence par enfant supplémentaire à charge.

IAD : en cas d'invalidité de 3^e catégorie du participant reconnue par la sécurité sociale telle que définie par l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, le capital décès prévu par le présent article lui est versé, à sa demande, de façon anticipée. Le versement met fin à l'ensemble des garanties décès, à l'exception du double effet.

Montant du capital décès-IADA
(invalidité absolue et définitive accidentelle) résultant d'un accident

En cas de décès accidentel du participant, il sera versé un capital supplémentaire égal à :

- 100 % du salaire de référence si le participant est sans enfant à charge ;
- 125 % du salaire de référence si le participant a un enfant à charge ;
- majoration de 25 % du salaire de référence par enfant supplémentaire à charge.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant provenant exclusivement de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure, à l'exclusion d'un état pathologique ou d'une maladie aiguë, chronique ou d'un choc émotionnel. Le capital est dû si le décès intervient dans les 6 mois suivant l'accident et provient exclusivement de celui-ci.

IADA : en cas d'invalidité de 3^e catégorie du participant d'origine accidentelle reconnue par la sécurité sociale telle que définie par l'article

L. 341-4 du code de la sécurité sociale, le capital décès prévu par le présent article lui est versé, à sa demande, de façon anticipée. Le versement du capital met fin à l'ensemble des garanties décès, à l'exception du double effet.

Bénéficiaires du capital décès

Sauf désignation particulière, le capital décès est versé selon l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint, tel que visé au paragraphe « Situation de famille » ;
- à défaut, aux enfants du participant par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants du participant par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux bénéficiaires déterminés par l'ordre de dévolution successorale par parts égales entre eux.

Le participant peut, à tout moment, modifier la désignation du (ou des) bénéficiaire(s). Pour cela, il doit en faire la déclaration par pli recommandé avec avis de réception à l'organisme d'assurance désigné à l'article 12-B1 du présent avenant et stipuler le (ou les) bénéficiaire(s) de son choix.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant le participant, le capital sera, sauf stipulation contraire, attribué dans l'ordre défini ci-dessus en l'absence de nouvelle désignation.

Concernant les majorations pour enfants à charge, si le bénéficiaire du capital n'assume pas effectivement la charge des enfants pris en considération pour le calcul des majorations, elles sont versées directement aux enfants à charge par parts égales entre eux ou à leur tuteur.

Garantie double effet

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès, simultané ou postérieur à celui du participant, du conjoint visé au paragraphe « Situation de famille » avec enfant(s) à charge et né(s) de l'union, à condition qu'il(s) soi(en)t resté(s) à charge du dernier décédé.

Le montant du capital est fixé à 100 % du capital décès de base (hors majoration décès accidentel). Il est versé exclusivement aux enfants du participant encore à charge lors du décès du conjoint, tels que visés au paragraphe « Situation de famille ». Il est réglé par parts égales entre eux.

La garantie cesse en cas de mariage, de Pacs ou de concubinage du conjoint, et pour chaque enfant à la date à laquelle il n'est plus à charge.

B. – Garantie incapacité de travail

Le régime de prévoyance assure le paiement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale, en cas d'arrêt total temporaire de travail du participant par suite de maladie ou d'accident et bénéficiant des prestations en espèces prévues soit à l'article L. 321-1 du code

de la sécurité sociale (maladie et accident de droit commun), soit à l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale (maladie professionnelle et accident du travail).

Le congé légal de maternité ou d'adoption ainsi que le congé légal de paternité ne donnent pas lieu au versement d'indemnités journalières par le présent régime.

Montant et franchise :

Pour les participants ayant une ancienneté dans l'entreprise inférieure à 1 an, les prestations sont versées après un délai de franchise d'arrêt continu et total de travail de 90 jours.

Le montant de l'indemnité journalière est de :

- 85 % de la tranche A du salaire de référence ;
- 40 % de la tranche B du salaire de référence,

sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

Pour les participants ayant une ancienneté dans l'entreprise supérieure ou égale à 1 an, les prestations sont versées en relais des obligations conventionnelles décrites à l'article 25.5 de la convention collective nationale du 29 mars 2002.

Le montant de l'indemnité journalière est de :

- 85 % de la tranche A du salaire de référence ;
- 40 % de la tranche B du salaire de référence,

sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des rémunérations ne peut pas dépasser 100 % du salaire net que le participant aurait perçu s'il était en activité.

Le service des prestations cesse au plus tard :

- dès la fin du versement des prestations « espèces » par la sécurité sociale ;
- au 1 095^e jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale ;
- à la date d'effet de liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse de la sécurité sociale ;
- à la date de reprise du travail ;
- en cas de décès, au jour du décès ;
- en cas de contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié.

C. – Garantie invalidité

Le régime de prévoyance prévoit le versement d'une rente annuelle versée trimestriellement, à terme échu, au participant qui a été classé dans la 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité prévue par l'article L. 341-4 du code

de la sécurité sociale, ou dont l'invalidité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle indemnisé au titre du livre IV du code de la sécurité sociale lorsque le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 33 %.

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la sécurité sociale pendant toute la durée de l'invalidité du participant.

Invalidité de 1^{re} catégorie :

L'invalidité classée par la sécurité sociale en 1^{re} catégorie donne droit au versement d'une rente égale à :

- 51 % de la tranche A du salaire de référence ;
- 24 % de la tranche B du salaire de référence,

sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des rémunérations ne peut pas dépasser 100 % du salaire net que le participant aurait perçu s'il était en activité.

Invalidité de 2^e catégorie et 3^e catégorie :

L'invalidité classée par la sécurité sociale en 2^e ou 3^e catégorie donne droit au versement d'une rente égale à :

- 85 % de la tranche A du salaire de référence ;
- 40 % de la tranche B du salaire de référence,

sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des rémunérations (hors majoration pour tierce personne) ne peut pas dépasser 100 % du salaire net que le participant aurait perçu s'il était en activité.

Le versement de la rente cesse au plus tard :

- lorsque le participant n'est plus reconnu invalide par la sécurité sociale ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail de la sécurité sociale ;
- à la date de transformation de la pension invalidité ou de la rente incapacité permanente en pension vieillesse par la sécurité sociale ;
- en cas de décès, au jour du décès.

6. Garanties de base obligatoires du régime de frais de santé

Respect des critères de responsabilité

Les présentes garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » ou « aidés » et les décrets pris pour son application (notamment le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005). En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes

d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;

- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale n'est prise en charge. Il en sera de même lorsque le patient n'autorisera pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur I.

Les obligations de prise en charge prévues en cas de respect du parcours de soins coordonnés sont respectées. De même, la participation de l'assuré (ticket modérateur) pour au moins deux des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, figurant sur la liste définie par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006, est intégralement prise en charge.

Etendue des garanties

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc. entrant dans la nomenclature et ayant donné lieu à remboursement de la sécurité sociale entrent en considération pour la détermination des prestations versées par l'organisme assureur désigné dans les conditions et limites prévues au tableau ci-après.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la sécurité sociale peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues au tableau ci-après.

En aucun cas, l'organisme assureur ne prendra en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la sécurité sociale.

Personnes garanties

Le participant est le seul bénéficiaire obligatoire de la garantie frais de santé « isolé ».

Cependant, il a également droit, dans le cadre de cotisations supplémentaires facultatives décrites à la section « 11. Financement », au remboursement des frais engagés par :

- le conjoint, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou le concubin. Le concubin doit vivre sous le même toit que le participant, tous deux étant libres de tout lien conjugal et de tout lien de Pacs ;

- les enfants célibataires ou ceux du conjoint, de la personne liée au participant par un Pacs ou du concubin :
 - considérés par la sécurité sociale comme à la charge du participant, de son conjoint, de son partenaire de Pacs ou de son concubin, en application de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ;
 - âgés de moins de 24 ans et finissant leur cycle secondaire ;
 - âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union européenne, et sont affiliés à un régime obligatoire de protection sociale au titre du régime des étudiants ou des assurés volontaires ;
 - âgés de moins de 26 ans, sous contrat d'apprentissage et sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de leur activité salariée ;
 - âgés de moins de 26 ans, titulaires d'un contrat d'adaptation, d'orientation, de qualification jeune, emploi-solidarité, contrat d'insertion dans la vie civile (CIVIS), ou d'un contrat similaire, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de cette activité ;
 - âgés de moins de 26 ans à condition qu'ils soient à la recherche d'un premier emploi, inscrits à Pôle emploi, et qu'ils soient fiscalement et socialement à charge ;
 - handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21^e anniversaire de la carte d'invalidité civile ;
- les ascendants du participant, de son conjoint, de son partenaire de Pacs ou de son concubin à charge au sens de la sécurité sociale.

Cas des départs en retraite

Les participants ayant plus de 10 ans d'ancienneté dans un établissement appliquant la convention collective nationale des casinos (IDCC n° 2257) et toujours en activité dans un casino de la branche au moment de leur départ en retraite peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de santé définies ci-après, sous réserve du paiement intégral de la cotisation (part employeur et part salarié) visée à la section « 11. Financement ».

Ce maintien des garanties frais de santé intervient en complément des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin.

Montant des prestations

Les prestations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant ou des bénéficiaires ci-dessus visés, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Pour la maternité ou l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, la garantie a pour objet le versement d'une indemnité forfaitaire.

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Honoraires médicaux	
Consultations, visites de généralistes et spécialistes	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Actes de spécialistes	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais pharmaceutiques	Ticket modérateur
Frais d'analyses médicales	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais d'auxiliaires médicaux	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Radiologie, échographie	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Hospitalisation (y compris maternité)	
Frais de séjour ⁽¹⁾	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrie)	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Chambre particulière	25 € par jour
Frais de lit d'accompagnement (hospitalisation d'un enfant à charge de moins de 12 ans)	15 € par jour
Transport en ambulance	Ticket modérateur
Dentaire	
Soins dentaires	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Prothèses dentaires (y compris les inlays et les onlays) remboursées par la sécurité sociale ou non remboursées	250 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Implants (maximum 2 implants par an et par bénéficiaire)	250 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (sur une base de SPR 90)

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Soins orthodontiques remboursés ou, pour les enfants de moins de 18 ans, non remboursés par la sécurité sociale	160 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
<p>Optique Verres de lunettes (une paire par an et par bénéficiaire)</p> <p>Montures de lunettes (une monture par an et par bénéficiaire) Lentilles correctrices, jetables ou non jetables (remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale) Chirurgie réfractive (opération de la myopie)</p>	<p>3,5 % du PMSS (2) par verre + par verre en fonction de la correction du verre :</p> <p>Unifocaux (selon la dioptrie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de 0 à 4 : + 1,75 % du PMSS (2) - de 4,25 à 6 : + 2,65 % du PMSS (2) - de 6,25 à 8 : + 3,50 % du PMSS (2) - au-delà de 8 : + 5,25 % du PMSS (2) <p>Multifocaux (selon la dioptrie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de 0 à 4 : + 4,40 % du PMSS (2) - de 4,25 à 6 : + 5,60 % du PMSS (2) - de 6,25 à 8 : + 5,95 % du PMSS (2) - au-delà de 8 : + 6,30 % du PMSS (2) <p>80 € 100 € par an et par bénéficiaire 350 € par œil et par bénéficiaire</p>
Orthopédie, appareillage, prothèses autres que dentaires	65 % de la base de remboursement de la sécurité sociale

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
<p>Cures thermales y compris les frais de transport et d'hébergement (remboursés par la sécurité sociale)</p>	<p>6 % du PMSS ⁽²⁾ par jour avec limitation à 21 jours sur présentation des factures acquittées</p>
<p>Maternité et adoption d'un enfant de moins de 12 ans</p>	<p>Forfait 15 % du PMSS ⁽²⁾, doublé en cas de naissance multiple</p>
<p>Actes de prévention (définis par arrêté ministériel du 8 juin 2006) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Détartrage annuel complet ; Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans (dentaire) ; Bilan initial des troubles du langage oral ou écrit avant 14 ans ; Dépistage de l'hépatite B ; Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans ; Acte d'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; Les vaccinations (diphtérie, tétanos et poliomyélite ; coqueluche avant 14 ans ; hépatite B avant 14 ans ; BCG avant 6 ans ; rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; <i>haemophilus influenzae B</i> ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois). 	<p>Ticket modérateur</p>
<p>(1) Dans le cas d'une hospitalisation dans un établissement non conventionné, c'est le prix unitaire indiqué sur la facture qui sert de base de remboursement.</p> <p>(2) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. Le plafond retenu est celui en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement.</p>	

7. Rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

Dispositions générales

Conformément aux dispositions de l'avenant n° 3 à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, en cas de rupture du contrat de travail à durée indéterminée ou de rupture ou de fin de contrat à durée déterminée (sauf hypothèse de la faute lourde) ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, l'ex-salarié conserve le bénéfice de l'ensemble des garanties appliquées dans son ancienne entreprise, pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers et dans la limite de 9 mois de couverture. En conséquence, un participant ayant travaillé moins de 1 mois dans l'entreprise ne bénéficie pas de ce maintien des garanties.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Ouverture des droits au maintien des garanties prévoyance et de frais de santé

Pour bénéficier de ce dispositif qui entre en application à la date de cessation du contrat de travail, l'ex-salarié doit fournir à l'ancien employeur la justification de sa prise en charge par l'assurance chômage, et l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue ci-dessus.

La suspension des allocations chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prolongée d'autant.

Salaires de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations des sinistres survenus pendant la période de portabilité des garanties prévoyance est égal au total des rémunérations brutes (y compris primes et gratifications) perçues au cours des 12 mois civils d'activité ou reconstituées précédant la date de cessation d'activité, à l'exclusion des sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités de fin de contrat...).

En tout état de cause, les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire ne pourront conduire l'intéressé à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Financement

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation concernant la cotisation couvrant l'ex-salarié au titre des régimes de prévoyance et de frais de santé (cotisation « isolé »). Il est inclus dans les cotisations obligatoires appelées au titre des participants en activité et fixées à la section « 11. Financement ».

Le maintien des garanties supérieures au régime conventionnel (régimes surcomplémentaires) est organisé au sein de chaque entreprise par l'employeur.

8. Evolution des dispositions légales et réglementaires

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions légales et réglementaires en vigueur, les changements apportés à ces conditions postérieurement à cet avenant ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur désigné qui sera, en pareil cas, fondé à proposer à la commission paritaire de surveillance les aménagements nécessaires aux garanties et/ou aux cotisations du régime de prévoyance et/ou du régime frais de santé.

9. Modalité de revalorisation des prestations

La revalorisation des prestations est appliquée, d'une part, sur les prestations incapacité de travail-invalidité après la première année d'indemnisation du sinistre et, d'autre part, sur le traitement de base servant au calcul de l'ensemble des garanties décès pour la période comprise entre les dates d'arrêt de travail et du décès.

Le montant de revalorisation est indexé sur l'évolution de la valeur du point de retraite tel que défini par l'ARRCO.

10. Evénements exclus

A. – Garanties décès de base et double effet

Le risque décès est couvert quelle que soit la cause, maladie ou accident, et le lieu où il se produit, sous réserve des dispositions suivantes :

Suicide :

Le suicide volontaire et conscient est exclu de la garantie s'il survient au cours de la première année d'affiliation à un régime d'assurance collective garantissant le risque « décès ».

Risque atomique :

Les garanties ne sont pas accordées pour les sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

Les présentes dispositions s'appliquent également à la garantie double effet.

B. – Garanties invalidité absolue et définitive. – Invalidité absolue et définitive résultant d'un accident. – Décès accidentel. – Incapacité de travail. – Invalidité

Les risques ci-dessus sont garantis, à l'exclusion de ceux résultant :

- du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du participant ;
- des risques aériens :
 - vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé ;
 - pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou du parapente, pilotage d'un appareil « ultra-léger motorisé » (ULM) et de tout appareil non homologué ;
- de la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive et donc ne sont pas reconnus par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ;
- de la participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiquées avec des engins à moteur ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le participant a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;
- de la consommation d'alcool constatée par un taux d'alcool égal ou supérieur au taux légal précisé par le code de la route ;
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

Par ailleurs, il est précisé que les incapacités de travail ou invalidités survenues pendant le congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption ne donnent lieu à aucun versement de prestations pendant la durée du congé. La durée du congé n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

C. – Garanties frais de santé

Les dépenses suivantes ne sont pas couvertes par les garanties frais de santé (sous réserve de la prise en charge minimale du ticket modérateur prévue par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale) :

- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- l'allocation maternité aux enfants du participant, à ceux de son conjoint, de la personne liée au participant par un Pacs ou de son concubin, même s'ils sont à charge ;
- en cas d'hospitalisation, les frais relatifs aux établissements de long séjour ;

- les séjours en sanatorium, préventorium ou aérium, effectués dans un établissement non agréé par la sécurité sociale ;
- les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d’entretien ;
- les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;
- les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.

Les actes hors nomenclature dans le cadre de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), ou non remboursables dans le cadre de la CCAM (classification commune des actes médicaux) ne sont pas pris en charge, sauf exceptions prévues au présent régime.

11. Financement

Le financement des régimes est assuré conjointement par le participant et l’employeur.

A. – Cotisations prévoyance

Le taux de cotisation relatif à la couverture prévoyance prévu au présent avenant est réparti à raison de 50 % à la charge de l’employeur et 50 % à la charge du salarié.

Cependant, le personnel cadre est soumis aux dispositions de l’article 7 de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 qui prévoit le versement d’une cotisation en matière de prévoyance de 1,50 % sur la tranche A, à la charge de l’employeur.

Chaque entreprise est tenue de se mettre en conformité avec ces dispositions.

La commission paritaire de surveillance pourra aider l’entreprise dans cette démarche.

Cotisations prévoyance en pourcentage du salaire (TA + TB)

GARANTIE	TAUX DE COTISATION
Décès	0,26 %
Incapacité de travail	0,21 %
Invalidité	0,18 %
Reprise de passif	0,03 %
Total cotisations prévoyance	0,68 %

Les taux de cotisation sont maintenus sur les exercices 2010, 2011 et 2012.

B. – Cotisations frais de santé

Le taux de cotisation relatif à la couverture frais de santé obligatoire « isolé » prévue au présent avenant est réparti à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié. Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de sa conclusion.

Cotisations frais de santé en pourcentage du plafond de la sécurité sociale

RÉGIME GÉNÉRAL			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire « isolé »	1,25 %	0,625 %	0,625 %
Supplément facultatif pour la famille, à l'exception du conjoint ⁽¹⁾ non à charge au sens de la sécurité sociale	1,40 %	Néant	1,40 %
Supplément facultatif pour le conjoint ⁽¹⁾ non à charge au sens de la sécurité sociale	1,44 %	Néant	1,44 %

(1) Le partenaire de Pacs et le concubin vivant sous le même toit que le participant, tous deux étant libres de tout lien conjugal et de tout lien de Pacs, sont assimilés au conjoint.

RÉGIME ALSACE – MOSELLE			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire « isolé »	0,96 %	0,48 %	0,48 %
Supplément facultatif pour la famille, à l'exception du conjoint ⁽¹⁾ non à charge au sens de la sécurité sociale	1,08 %	Néant	1,08 %
Supplément facultatif pour le conjoint ⁽¹⁾ non à charge au sens de la sécurité sociale	1,11 %	Néant	1,11 %

(1) Le partenaire de Pacs et le concubin vivant sous le même toit que le participant, tous deux étant libres de tout lien conjugal et de tout lien de Pacs, sont assimilés au conjoint.

Les taux de cotisation sont maintenus sur les exercices 2010, 2011 et 2012, sauf en cas de désengagement de la sécurité sociale.

12. Mutualisation des régimes. – Désignation et rôle de l'organisme assureur et de l'organisme gestionnaire

A. – Principe de la mutualisation des risques

Les organisations patronales et syndicales de salariés réaffirment leur volonté de renforcer l'attractivité de la branche et de favoriser l'accès des salariés à des garanties de protection sociale complémentaire, sans considération d'âge, ni d'état de santé.

Afin d'aboutir à cet objectif, elles ont estimé indispensable d'organiser la mutualisation des risques conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Cette mutualisation permettra à toutes les entreprises, et donc à leurs salariés, d'accéder dans les meilleures conditions à des garanties décès, incapacité de travail, invalidité et frais de santé.

A compter de l'entrée en vigueur du présent avenant, l'obligation d'adhérer aux régimes de prévoyance et de frais de santé s'applique aux entreprises relevant de la convention collective nationale des casinos, ainsi que celles qui y ont adhéré :

- soit nouvellement créées, quelle que soit leur forme juridique ;
- soit préexistante, qu'elles soient ou non pourvues d'une couverture de prévoyance et/ou de frais de santé.

B. – Désignation de l'organisme assureur et de l'organisme gestionnaire

1. Désignation de l'organisme assureur

Afin d'assurer la mutualisation, le portage et le pilotage des régimes de prévoyance et de frais de santé de la convention collective nationale des casinos, les parties au présent avenant ont désigné, en qualité d'organisme assureur de l'ensemble des garanties des régimes de prévoyance et de frais de santé, l'institution de prévoyance de groupe Mornay (IPGM), institution de prévoyance agréée régie par le code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé au 5 à 9, rue Van-Gogh, 75012 Paris.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus. Pour ce faire, la commission paritaire de surveillance des régimes de prévoyance et de frais de santé, visée à la section 13, se réunira 6 mois avant l'échéance qui précédera l'expiration de ce délai de 5 ans.

2. Nomination de l'organisme gestionnaire

La gestion des régimes de prévoyance et de frais de santé est déléguée à un organisme gestionnaire tel que désigné ci-après.

Afin que la profession puisse assurer la pérennité et le pilotage des régimes de prévoyance et de frais de santé de la convention collective nationale des casinos, elle nomme la société GPS, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 031 094, dont le siège social est situé au 51, avenue Hoche, 75008 Paris, comme organisme gestionnaire de l'ensemble des garanties de prévoyance et de frais de santé.

Cette nomination fera l'objet d'un réexamen dans les mêmes conditions que celles exposées au paragraphe B1.

GPS a pour mission :

- le règlement des prestations prévoyance (incapacité, invalidité et décès) et frais de santé ;
- par dérogation et sur demande expresse de l'entreprise, la collecte des cotisations des régimes de prévoyance et frais de santé ;
- le renseignement auprès des entreprises et des salariés ;
- la mise à disposition auprès des entreprises et des salariés d'un site internet dédié.

C. – Clause de migration

Les régimes de prévoyance et de frais de santé définis par le présent avenant sont obligatoires pour toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des casinos.

Les entreprises qui, à la date d'effet du présent avenant, ne disposent pas de régimes de prévoyance et de frais de santé proposant des garanties au moins équivalentes, poste par poste, à celles des régimes de la branche, devront rejoindre les organismes désignés à l'article B ci-dessus au plus tard à la date d'effet du présent avenant.

Les entreprises qui, à la date d'effet du présent avenant, disposent de régimes de prévoyance et de frais de santé proposant des garanties au moins équivalentes, poste par poste, à celles des régimes de la branche, pourront rejoindre les organismes désignés à l'article B ci-dessus à la date d'effet du présent avenant. L'ensemble des entreprises de la branche devra avoir rejoint les organismes désignés à l'article B ci-dessus au plus tard le 1^{er} janvier 2012.

Dans l'attente de leur adhésion au présent régime et au plus tard à compter de la date d'effet du présent avenant, ces entreprises doivent mettre en place un fonds d'action sociale de nature similaire à celui de la branche tel que défini à l'article 14 ci-après. Ce fonds est alimenté par un prélèvement de 1 % sur les cotisations des régimes de prévoyance et de frais de santé.

Les entreprises doivent être en mesure d'assurer le suivi de ce fonds, notamment des sommes qui y sont allouées et de leur utilisation.

Lors de l'adhésion de l'entreprise au présent régime, le solde créditeur de ce fonds devra être transféré au fonds d'action sociale de la branche.

D. – Sinistres en cours à la date d'effet de l'avenant

Concernant les salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties, s'ils bénéficient des prestations « espèces » de la sécurité sociale sans être indemnisés au titre d'un précédent régime de prévoyance, l'organisme d'assurance désigné prendra en charge le versement des prestations complémentaires dans les conditions prévues au titre du présent avenant.

Dans le cas contraire, selon les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », complétées par la loi du 17 juillet 2001, les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint à la date de résiliation du précédent contrat d'assurance. Le changement d'assureur est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien décès lorsque le salarié perçoit des prestations liées à une incapacité de travail ou une invalidité indemnisée par le précédent organisme d'assurance. Cependant, afin de permettre aux entreprises de se conformer aux dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale et de la loi n° 94-678 du 8 août 1994, l'organisme d'assurance désigné prendra en charge la revalorisation des prestations en cours de service, dans la mesure où la revalorisation n'est pas garantie par le précédent organisme assureur.

Ces prestations prennent effet au jour de l'adhésion de l'entreprise au régime sous réserve de présenter à l'organisme assureur désigné à l'article B1 ci-dessus la liste détaillée des assurés concernés.

Toutefois, il est précisé que l'organisme assureur désigné prend en charge l'intégralité des prestations en cours de service, à condition :

- que l'entreprise adhérente au présent régime lui communique un état détaillé des bénéficiaires ;
- que le précédent organisme assureur lui transfère le montant des provisions correspondantes effectivement constituées à la date de résiliation du contrat de l'entreprise, en application de l'article 30-III de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et que ledit montant soit accepté par l'organisme assureur désigné à l'article B1 ci-dessus.

A défaut, l'organisme assureur désigné mettra en œuvre les engagements prévus après que l'entreprise ait réglé une surcotisation calculée par ses soins, ayant pour objet de garantir la pérennité de la mutualisation des risques.

E. – Changement d'organisme assureur désigné

En cas de changement d'organisme assureur désigné décidé par les partenaires sociaux, l'ancien organisme assureur s'engage à transférer auprès de l'organisme assureur qui lui succédera les provisions des régimes de prévoyance et de frais de santé constituées pour faire face aux garanties résultant des sinistres survenus au cours de l'exécution des régimes.

Le nouvel assureur assurera alors, d'une part, le paiement de la prestation de base et leurs futures revalorisations conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, le maintien de la garantie décès en cours.

F. – Communication et information

Conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur désigné remettra à chaque entreprise adhérente une notice d'information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les cas de nullité, de déchéances, d'exclusions ou de limitations de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Les partenaires sociaux rappellent que les entreprises adhérentes seront tenues de remettre un exemplaire de cette notice à chaque salarié.

G. – Mode de gestion et d'établissement des comptes de résultats

Les comptes de résultats des régimes seront établis par l'organisme assureur désigné, en application des dispositions prévues par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990. Ces comptes seront transmis à la commission paritaire de surveillance, visée à la section 13, au plus tard le 31 août suivant l'exercice clos.

Afin de permettre un meilleur suivi technique et une meilleure appréhension de l'équilibre des régimes, les résultats correspondant au maintien des garanties tel que visé à la section « 7. Rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage » seront isolés. Le compte de résultats correspondant à ce maintien des garanties sera présenté à la fin d'une période de 3 ans afin de définir son impact sur les régimes de prévoyance et de frais de santé de la branche.

13. Commission paritaire de surveillance

A. – Composition

Il est créé une commission paritaire de surveillance des régimes de prévoyance et de frais de santé composée d'un représentant de chacune des organisations syndicales de salariés représentatives et d'un nombre égal de représentants des organisations patronales représentatives.

La commission paritaire de surveillance définira ses modalités de fonctionnement par un règlement intérieur qui fixe notamment sa composition et ses attributions.

B. – Réunions

La commission paritaire de surveillance se réunit autant que de besoin, et au moins 2 fois par an sur convocation de son président ou à la demande de l'une des organisations signataires de l'avenant.

Une de ces réunions sera dédiée à l'approbation des comptes de résultats et aura lieu au plus tard le 31 août de l'exercice suivant la clôture fixée au 31 décembre.

C. – Missions

La commission paritaire de surveillance a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement des régimes de prévoyance et de frais de santé institués par le présent avenant :

- application et interprétation du texte de l'avenant ;
- examen des litiges survenant dans l'application des régimes de prévoyance et de frais de santé, et conciliation ;
- examen des comptes détaillés des régimes fournis par l'organisme assureur désigné ;
- contrôle des opérations administratives et financières ;
- propositions d'ajustements et d'améliorations des dispositions des régimes ;
- promotion des régimes ;
- définition des modalités de déploiement du régime conventionnel et, le cas échéant, d'un régime complémentaire ;
- suivi de la mise en conformité des contrats existants ;
- définition des orientations de l'action sociale ;
- gestion du fonds d'action sociale des régimes.

14. Fonds d'action sociale

A. – Objet

Les signataires du présent avenant décident la création d'un fonds d'action sociale permettant de remédier à des situations difficiles (secours, prêts, assistance, prévention...).

B. – Fonctionnement

Le fonds d'action sociale de la branche des casinos est alimenté par un prélèvement de 1 % sur les cotisations des régimes de prévoyance et de frais de santé versées à compter du premier jour du mois suivant l'entrée en vigueur du présent avenant.

Il est administré par la commission paritaire de surveillance, visée à la section 13.

15. Entrée en vigueur. – Durée. – Révision. – Dénonciation
Formalités de dépôt

A. – Date d'effet. – Durée

Le présent avenant prend effet le 1^{er} avril 2010 pour l'ensemble des entreprises adhérentes à l'une des organisations patronales signataires et le premier jour du mois civil qui suit la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* pour les autres entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des casinos.

B. – Modalités de révision et de dénonciation

Les dispositions prévues par le présent avenant pourront faire l'objet de modifications, révisions ou dénonciation à la demande de l'ensemble ou de l'un des signataires, employeurs ou salariés, ou de l'une des parties signataires seulement, dans les conditions fixées par les articles L. 2261-7 et L. 2261-9 du code du travail.

C. – Dépôt et extension

Les parties signataires s'engagent, en application des dispositions des articles L. 2231-6, L. 2261-1, L. 2262-8 et D. 2231-2 du code du travail, à déposer le présent avenant auprès de la direction départementale du travail et de l'emploi ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant au ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville en application des articles L. 2261-15, L. 2661-24 et L. 2261-25 du code du travail.

Fait à Paris, le 10 décembre 2009.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

Casinos de France ;
Syndicat des casinos modernes de France.

Syndicats de salariés :

Fédération nationale de l'hôtellerie-restauration, sports, loisirs et casinos CFE-CGC ;
Fédération nationale des syndicats de l'alimentaire, du spectacle et des prestations de services CFTC ;
Fédération des services CFDT ;
Fédération des employés et cadres FO ;
Fédération commerce distribution services CGT.