

Brochure n° 3159 | Convention collective nationale

IDCC : 2596 | **COIFFURE ET PROFESSIONS CONNEXES**

Avenant n° 7 du 6 juillet 2023

à l'avenant n° 11 du 16 avril 2008
relatif au régime frais de santé

NOR : ASET2350972M

IDCC : 2596

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CNEC ;

UNEC,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

UNSA ;

FGTA FO ;

CGT FCS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les salariés des entreprises relevant de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes bénéficient d'un régime frais de santé formalisé par l'avenant n° 11 du 16 avril 2008.

Les partenaires sociaux se sont réunis afin de rénover, dans son ensemble, le dispositif actuel.

Le présent avenant a ainsi pour objet de modifier, à effet du 1^{er} janvier 2024, la structure du régime frais de santé, désormais composé d'une base et de deux niveaux de garanties optionnels, le contenu des tableaux de garanties, ainsi que les taux de cotisations du régime.

Les dispositions conventionnelles sont ainsi modifiées dans les conditions qui suivent.

Article 1 | Champ d'application

Le champ d'application du présent avenant est identique à celui de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 relatif au régime frais de santé, conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes du 10 juillet 2006.

Article 2 | Modification des dispositions de l'article 3 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 relatives aux garanties du régime

L'article 3 « Garanties » de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 modifié par avenants ultérieurs est supprimé et remplacé par les stipulations suivantes :

« Les tableaux de garanties sont conformes aux dispositions des contrats responsables, prévues par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale ainsi qu'au panier de soin minimum ANI prévu par les articles L. 911-7 du code de la sécurité sociale, D. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS Y COMPRIS AMO		
	BASE	CONFORT	CONFORT PLUS
HOSPITALISATION			
Honoraires, actes et soins (Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.)			
- Médecins signataires D.P.T.M.	135% B.R.	170% B.R.	500% BR
- Médecins non signataires D.P.T.M.	115% B.R.	150% B.R.	200% BR
Participation du patient ⁽¹⁾	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Séjours			
- Frais de séjour ⁽²⁾	145% B.R.	170% B.R.	500% BR
- Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
- Forfait patient urgences	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
- Chambre particulière avec ou sans nuitée (= ambulatoire) en Médecine, Chirurgie, Psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) ⁽³⁾	15 € / jour	45 € / jour	70 € / jour
- Frais d'accompagnement ⁽⁴⁾	15 € / jour	25 € / jour	35 € / jour
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes			
- Médecins signataires D.P.T.M.	120% B.R.	170% B.R.	250% B.R.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	130% B.R.	200% B.R.
Sages-femmes	120% B.R.	170% B.R.	250% B.R.
Honoraires paramédicaux			
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100% B.R.	170% B.R.	250% B.R.
- Psychologues adhérents au dispositif MonPsy	100% B.R. (dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire)	100% B.R. (dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire)	100% B.R. (dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire)
Analyses et examens de laboratoire			
- Remboursés par l'A.M.O.	100% B.R.	170% B.R.	250% B.R.
- Non remboursés par l'A.M.O.	50% des Frais Réels dans la limite de 115€ par année civile et par bénéficiaire	50% des Frais Réels dans la limite de 115€ par année civile et par bénéficiaire	50% des Frais Réels dans la limite de 115€ par année civile et par bénéficiaire
Actes d'imagerie			
- Médecins signataires D.P.T.M.	100% B.R.	170% B.R.	250% B.R.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	150% B.R.	200% B.R.
Actes techniques médicaux et de chirurgie			
- Médecins signataires D.P.T.M.	100% B.R.	170% B.R.	250% B.R.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	150% B.R.	200% B.R.
Actes de télésurveillance médicale (Dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité Sociale)	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Participation du patient ⁽¹⁾	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Médicaments			
- Médicaments à Service Médical Rendu important	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Matériel médical			
- Accessoires, appareillages, orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO	125% B.R.	170% B.R.	250% B.R.
- Prothèses capillaires et implants mammaires remboursés par l'AMO	100% B.R. + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100% B.R. + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100% B.R. + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)

Transports			
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
DENTAIRE			
- Soins, actes et consultations	125% B.R.	200% B.R.	275% B.R.
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	150% B.R.	225% B.R.	325% B.R.
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement)			
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé			
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.			
- Prothèses	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prothèses hors 100% santé			
Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé			
Panier à honoraires maîtrisés – Actes soumis à des honoraires limites de facturation			
- Inlays onlays	230% B.R.	300% B.R.	380% B.R.
- Prothèses	250% B.R.	380% B.R.	550% B.R.
Panier à honoraires libres			
- Inlays onlays	230% B.R.	300% B.R.	380% B.R.
- Prothèses	250% B.R.	380% B.R.	550% B.R.
Actes non remboursés par l'A.M.O.			
- Implantologie	300 € par année civile et par bénéficiaire	425 € par année civile et par bénéficiaire	500 € par année civile et par bénéficiaire
- Parodontologie	300 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire
- Prothèses	Néant	160 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire
- Orthodontie non remboursée par l'A.M.O.	Néant	Néant	400 € par année civile et par bénéficiaire
OPTIQUE			
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale).			
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.			
Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)			
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) Classe A			
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.			
- Monture	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
- Verres : tous types de correction	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
- Prestations d'appairage	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres			
- Monture	70 €	85 €	100 €
- Verre simple (forfait par verre)	50 €	60 €	100 €
- Verre complexe (forfait par verre)	80 €	100 €	150 €
- Verre très complexe (forfait par verre)	110 €	140 €	210 €
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Lentilles			
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	100% B.R. + 120 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100% B.R. + 150 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100% B.R. + 220 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	120 € par année civile et par bénéficiaire	150 € par année civile et par bénéficiaire	220 € par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.	205 € par œil, par année civile et par bénéficiaire	295 € par œil, par année civile et par bénéficiaire	510 € par œil, par année civile et par bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date			
Equipement 100% santé (tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente			
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.			
- Aides auditives	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Equipement hors 100% santé			
Classe II - Tarifs libres			
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	1 400 €	1 680 €	1 680 €
- Aides auditives plus de 20 ans	400 €	700 €	1 500 €
Accessoires, entretien, piles, réparations	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R. + 50€

NAISSANCE			
- Allocation naissance ⁽⁵⁾	230 €	380 €	530 €
BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION			
- Actes de prévention	Oui	Oui	Oui
- Acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étioopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues ⁽⁶⁾	80 € par année civile et par bénéficiaire	120 € par année civile et par bénéficiaire	140 € par année civile et par bénéficiaire
- Psychomotriciens, ergothérapeutes ⁽⁶⁾	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile
- Diététiciens, psychologues ⁽⁶⁾	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile
- Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O.	60 € par année civile et par bénéficiaire	60 € par année civile et par bénéficiaire	60 € par année civile et par bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	110 € par année civile et par bénéficiaire	110 € par année civile et par bénéficiaire	110 € par année civile et par bénéficiaire
- Ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O.	50% des Frais Réels dans la limite de 115€ par année civile et par bénéficiaire	50% des Frais Réels dans la limite de 115€ par année civile et par bénéficiaire	50% des Frais Réels dans la limite de 115€ par année civile et par bénéficiaire

A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) A.M.C. : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)
Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé. D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

⁽¹⁾ Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.

⁽²⁾ Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité du Code de la Sécurité Sociale.

⁽³⁾ Prise en charge de la chambre particulière avec ou sans nuitée (= ambulatoire). Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Médecine et Chirurgie. Durée limitée à : 60 jours par année civile en Psychiatrie, 90 jours par année civile en Soins de suite et réadaptation, maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire, 240 jours par année civile en centre agréé de rééducation

⁽⁴⁾ Nuitée, repas pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Limité à 30 jours par année civile.

⁽⁵⁾ Versée une fois par enfant sur le dossier de la mère ou à défaut du père, sur présentation de l'acte de naissance sans obligation d'inscription de l'enfant.

⁽⁶⁾ Praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser certaines prestations.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

Article 3 | Modification de l'article 5 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008

L'article 5 « Cotisations » est remplacé par les stipulations suivantes :

« Les entreprises relevant de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes devront prendre en charge au minimum 59 % de la cotisation globale correspondant à la couverture familiale (salarié + enfants).

Les taux de cotisation du régime sont les suivants :

Régime des actifs

(Taux de cotisations mensuels exprimés en % du PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale)

	Salarié + enfant(s)	Conjoint facultatif
Base conventionnelle	Régime général	
	1,402 %	1,019 %
	Régime local	
	1,142 %	0,829 %

	Adulte	Enfant	
Régime optionnel :	Régime général et régime local		
	Option CONFORT	0,803 %	0,499 %
	Option CONFORT PLUS	1,150 %	0,733 %

Régime d'accueil loi EVIN

(Taux de cotisations mensuels exprimés en % du PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale)

Les anciens salariés et, les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, qui bénéficient d'un maintien de couverture en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », doivent acquitter l'intégralité des cotisations finançant leur maintien, dans les conditions suivantes :

	Salarié + enfant(s)	Conjoint facultatif
	Base conventionnelle	
	Régime général	
Année 1	1,402 %	1,529 %
Année 2	1,753 %	
Année 3	2,031 %	
	Régime local	
Année 1	1,142 %	1,244 %
Année 2	1,428 %	
Année 3	1,655 %	

	Adulte	Enfant
	Régime général et régime local	
	Régime optionnel	
	Option CONFORT	
Année 1	0,803 %	0,499 %
Année 2	1,004 %	
Année 3	1,205 %	
	Option CONFORT +	
Année 1	1,150 %	0,733 %
Année 2	1,438 %	
Année 3	1,725 %	

Article 4 | Stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés

Les partenaires sociaux considèrent que le régime conventionnel frais de santé de la branche de la coiffure et des professions connexes doit s'appliquer dans les mêmes conditions quelle que soit la taille de l'entreprise.

Article 5 | Dispositions générales

Article 5.1 | Durée et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il s'incorpore à l'avenant du 16 avril 2008, tel qu'il résulte de ses différents avenants, qu'il modifie.

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

Il entre en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

Article 5.2 | *Dépôt et extension*

Il est établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations syndicales représentatives conformément aux dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail et déposé par la partie la plus diligente auprès du service compétent, dans les conditions prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail, précisées par les articles D. 2231-2 et suivants. Il fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale prévue à l'article L. 2231-5-1 du code du travail.

Les partenaires sociaux conviennent de demander l'extension du présent avenant dans les conditions fixées aux articles L. 2261-24 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 6 juillet 2023.

(Suivent les signatures.)