

Brochure n° 3159

**Convention collective nationale**

IDCC : 2493. – **COIFFURE  
ET PROFESSIONS CONNEXES**  
(20<sup>e</sup> édition. – Décembre 2005)

---

**AVENANT N° 7 DU 13 DÉCEMBRE 2005**

RELATIF AUX SOINS DE SANTÉ

NOR : *ASET0650116M*

IDCC : *2493*

---

Entre :

La fédération nationale de la coiffure française et agissant tant en son nom propre qu'au nom de tous les syndicats patronaux nationaux, départementaux, régionaux ou locaux et organisations qui lui sont affiliés ;

Le conseil national des entreprises de coiffure (CNEC),

D'une part, et

La fédération des services CFDT ;

La fédération nationale de l'encadrement, du commerce et des services CFE-CGC ;

La fédération nationale de la coiffure Force ouvrière ;

La fédération commerces, services et Forces de vente (CSFV) CFTC ;

La fédération du commerce et des services CGT,

D'autre part,

**PRÉAMBULE**

Les parties signataires du présent avenant entendent améliorer, en tenant compte de l'expérience acquise, les garanties collectives du régime complémentaire frais de santé des salariés de la profession, en mettant en œuvre les dispositions décrites ci-après, qui se substituent intégralement à la date d'effet du présent avenant, à celles instituées par l'annexe I de l'avenant n° 47 du 27 septembre 1999 (modifié par avenant n° 48 du 26 octobre 1999, par avenant n° 50 du 29 septembre 2000, par avenant n° 62 du 24 juin 2002 et par avenant n° 3 du 18 mars 2005).

Le régime « soins de santé » répond aux 3 objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui, d'une part, permet de palier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire, et, d'autre part, garantit l'accès aux garanties collectives, sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé ;
- la solidarité entre l'ensemble des entreprises et les salariés de la profession sous la forme, notamment, du développement au sein du régime d'un fonds d'action sociale ;
- la proximité par la gestion administrative du régime proche des salariés, grâce à l'intervention de mutuelles implantées régionalement.

Par ailleurs, le présent avenant intègre les dispositions découlant de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 fixant le cadre dans lequel les contrats d'assurance maladie complémentaire seront qualifiés de « responsables ».

Conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 :

Le régime « soins de santé » institué par cet avenant ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 7 € valeur novembre 2005) ;
- la participation forfaitaire de 1 €.

Le régime « Soins de santé » institué par cet avenant prendra en charge :

- la participation de l'assuré pour au moins 2 prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de santé publique, dès parution de la liste de prestations fixée par arrêté pris après avis de la haute autorité de santé et de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Les partenaires sociaux, signataires du présent avenant, conviennent de faire un bilan au plus tard dans 12 mois d'application de celui-ci. Ce bilan portera, notamment, sur l'analyse de l'impact de la réforme de la sécurité sociale, ainsi que de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 sur le régime de soins de santé. A partir de ce bilan, une réflexion s'engagera sur les possibilités d'amélioration du régime en fonction des données d'analyse de la consommation médicale fournies par l'UNPMF.

## **Article 1<sup>er</sup>**

### *Champ d'application*

Bénéficiaire du régime « Soins de santé », les salariés des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de la coiffure du 18 mars 2005.

## Article 2

### *Bénéficiaires du régime*

L'adhésion des entreprises de la coiffure au régime professionnel et l'affiliation des salariés ont un caractère obligatoire et résulte du présent avenant.

Les entreprises sont tenues de régulariser administrativement l'adhésion des salariés auprès de la mutuelle désignée correspondant à l'implantation de son siège social, mentionnés à l'article 16, par la signature d'un bulletin d'adhésion spécifique.

Les entreprises deviennent membres honoraires de la mutuelle et les personnes physiques visées au présent article deviennent membres participants. Leur représentation à l'assemblée générale de la mutuelle s'effectue conformément à l'article L. 114-6 du code de la mutualité.

Ce régime s'applique à l'ensemble des salariés sous contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée (ainsi que les apprentis), affiliés en leur nom propre au régime général de sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle de sécurité sociale.

En outre, le régime bénéficie aux personnes définies ci-après :

- le conjoint du salarié, à condition qu'il bénéficie des prestations en nature de la sécurité sociale au titre d'ayant droit du salarié ;
- les enfants du salarié à sa charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale, en qualité d'ayants droit du salarié ;
- toute personne vivant sous le même toit que le salarié et qui bénéficie des prestations en nature de la sécurité sociale au titre d'ayant droit du salarié ;

La notion de conjoint vise les personnes civilement mariées, celles ayant contracté un pacte civil de solidarité ou encore celles vivant en concubinage au sens de l'article L. 515-8 du code civil.

## Article 3

### *Gestion des assurés*

Sauf exception visée par la loi (art. 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989), le fait, pour un salarié de sortir du champ d'application du présent chapitre, met fin au droit aux garanties pour lui-même et ses ayants droit.

S'agissant de l'adhésion du conjoint cotisant à titre volontaire, ce dernier peut mettre fin isolément au bénéfice de la garantie à l'échéance annuelle et sous réserve d'un préavis de 2 mois, et ne peut plus, dans ce cas, bénéficier du contrat.

Les dispositions afférentes aux relations entre les adhérents à titre volontaire et la mutuelle sont régies par les dispositions du code de la mutualité relatives aux opérations individuelles et par ses statuts.

Tout changement affectant la situation de famille de l'assuré (mariage, décès, naissance, etc.) doit être porté, par l'assuré, à la connaissance de la mutuelle dans les 3 mois suivant l'événement (et 30 jours pour l'adoption ou la naissance d'un enfant).

## **Article 4**

### *Garanties*

Le régime garantit le remboursement des frais, énumérés dans les tableaux I et II figurant à l'annexe I du présent avenant, exposés, notamment, pour le traitement de la maladie ou de l'accident pour lesquels la date des soins se situe postérieurement à la date d'adhésion de l'entreprise ou du salarié et ayant entraîné le remboursement de la sécurité sociale (régime général de sécurité sociale ou régime local d'Alsace-Moselle).

Ces garanties respectent la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 fixant le cadre des contrats d'assurance maladie complémentaire « Responsables ».

Les frais médico-chirurgicaux mentionnés dans les tableaux sont ceux reconnus comme tels par le régime général de la sécurité sociale. Sont exclues les dépenses de santé non prises en charge par la sécurité sociale, à moins qu'elles ne soient expressément stipulées dans les tableaux de garanties I et II.

Les conjoints assurés sociaux, qui ne sont pas à charge du salarié, au sens de l'article L. 313-3, 1° du code de la sécurité sociale, qui souhaitent bénéficier du régime, relèveront de la garantie complémentaire santé afférente à leur régime obligatoire : c'est-à-dire du régime local Alsace-Moselle (tableau II) s'ils relèvent de ce régime ou du régime général (tableau I) dans tous les autres cas.

Le conjoint TNS peut bénéficier du régime dans les conditions de l'assuré salarié affilié au régime général de la sécurité sociale.

Lorsque 2 conjoints bénéficient du présent avenant, chacun peut prétendre pour lui-même, son conjoint et ses enfants à charge à un complément de remboursement dans la limite des frais réels engagés.

Il est par ailleurs précisé que les mutuelles pourront proposer des garanties facultatives supplémentaires dans les conditions prévues au contrat de garanties collectives ci-après annexé.

## **Article 5**

### *Règlement des prestations*

Les mutuelles procèdent au versement des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie, ou encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux assurés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

## **Article 6**

### *Suspension de la garantie*

La garantie est suspendue de plein droit dès lors que le contrat de travail est lui-même suspendu pour une période supérieure à 1 mois et ce, dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé à l'article L. 122-32-17 et suivants du code du travail ;

- congé pour création d'entreprise visé à l'article L. 122-32-12 et suivants du code du travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L. 122-28-1 du code du travail ;

Les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant cette période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent accord.

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, dont l'employeur informe la mutuelle, dans les 3 mois suivant la reprise. A défaut d'information dans ce délai, la garantie est due par la mutuelle dans la mesure où l'affiliation, résultant du présent avenant, est de plein droit. En revanche, une action en paiement des cotisations sera menée par la mutuelle.

Les salariés visés par le présent article peuvent bénéficier du régime d'accueil.

## **Article 7**

### *Cotisations : assiette et taux*

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS).

1. Pour les salariés des entreprises de coiffure (hors apprentis et contrats de professionnalisation) :

a) La cotisation familiale annuelle, au sens de la sécurité sociale, est fixée à 1,38 % du PASS. Elle est répartie comme suit :

b) Employeur : 60 % ;

c) Salarié : 40 %.

2. Pour les conjoints d'un salarié bénéficiaire du régime au titre d'actif ou au titre du régime d'accueil, eux-mêmes assurés sociaux et n'apparaissant pas comme ayant droit (au regard de la sécurité sociale) du salarié, la cotisation annuelle (par personne) est fixée à 0,98 % du PASS.

3. Pour les salariés sous contrat d'apprentissage ou contrats de professionnalisation :

a) La cotisation familiale annuelle, au sens de la sécurité sociale, est fixée à 1 % du PASS. Elle est répartie comme suit :

b) Employeur : 60 % ;

c) Salarié : 40 %.

4. Pour les bénéficiaires du régime d'accueil :

Pour :

a) Les anciens salariés du secteur de la coiffure licenciés et percevant des prestations ASSEDIC, les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, ayant dans les deux cas cotisé au

titre d'actif, ainsi que les ayants droit des salariés décédés et les personnes dont le contrat de travail est suspendu, la cotisation annuelle familiale est fixée à 1,76 % du PASS ;

b) Pour les anciens salariés de la profession, soit retraités ou préretraités et leur conjoint, ayant cotisé soit à titre d'actif, soit au titre du régime d'accueil, la cotisation par adulte est fixée à 1,88 % du PASS. Leurs éventuels enfants à charge seront assurés sans contrepartie de cotisation.

## **Article 8**

### *Revalorisation de la cotisation*

Les taux de cotisations visés à l'article 7 seront maintenus jusqu'au 31 décembre 2008.

Au-delà de cette date et dans l'hypothèse où l'évolution de l'indice CMT (consommation médicale totale) ne serait pas comparable à l'évolution du PASS, le taux pourra être majoré dans la limite de 30 % de la valeur initiale de la cotisation, cette augmentation automatique étant alors établie proportionnellement au ratio CMT-PASS constaté sur l'exercice précédent.

En dehors du cas visé à l'alinéa précédent, toute modification du taux de cotisation proposée par les mutuelles devra faire l'objet d'une révision du présent avenant.

En application de l'article L. 221-6 du code de la mutualité, ces modifications feront l'objet d'une notice d'information établie par la mutuelle et remise par l'employeur aux salariés. Pour les adhésions volontaires, cette notice est remise directement par la mutuelle aux membres participants, en application des articles L. 221-4 et L. 221-5 du code de la mutualité.

## **Article 9**

### *Paiement de la cotisation*

Cotisations patronales et salariales.

Les cotisations sont, par principe, appelées à terme échu auprès de l'entreprise de coiffure ou de l'établissement par la mutuelle co-assureur dont elle relève.

Cotisations du conjoint assuré social non ayant droit du salarié au sens de la sécurité sociale ou de l'adhérent au régime d'accueil.

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme d'avance sur le compte bancaire ou postal de l'assuré.

## **Article 10**

### *Non-paiement de la cotisation*

Non-paiement des cotisations patronales et salariales  
lorsque l'adhésion résulte, à titre obligatoire, du présent avenant

En application de l'article L.221-8-III du code de la mutualité, la mutuelle peut appliquer, à défaut du paiement de la cotisation dans les

10 jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuivre en justice l'exécution du contrat afin d'obtenir, éventuellement, des dommages et intérêts.

En tout état de cause, les salariés de l'entreprise ou l'établissement considéré restent affiliés au régime et continuent à bénéficier des garanties lesquelles sont financées par l'ensemble des entreprises cotisantes.

Non-paiement des cotisations du conjoint assuré social non ayant droit du salarié au sens de la sécurité sociale, ou de l'adhérent au régime d'accueil

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

## **Article 11**

### *Conditions du droit aux prestations*

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximum de 6 mois, courant à partir de la date du décompte de la sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations. Au-delà de ce délai, conformément à l'article L. 221-16 2° du code de la mutualité, la mutuelle peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

La mutuelle peut, à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'entreprise, la salarié ou l'ayant droit affilié, tant à l'occasion de l'adhésion et du versement des cotisations qu'à l'occasion de l'ouverture des droits à prestations.

En cas de fraude de l'affilié, la mutuelle peut décider de l'annulation des droits à prestations.

## **Article 12**

### *Prescription*

Toutes actions en réclamation des prestations auprès de l'organisme désigné se prescrivent par 2 ans.

## **Article 13**

### *Subrogation*

En application de l'article L. 224-9 du code de la mutualité, la mutuelle est subrogée, dans la limite des dépenses supportées, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

## Article 14

### *Couverture maladie universelle*

Les adhérents à la mutuelle au titre du présent avenant, susceptibles de bénéficier du panier de soins défini par la loi du 24 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU), pourront demander à leur mutuelle le différentiel des prestations.

## Article 15

### *Fonds social et comité de gestion*

Il est instauré, au sein du présent régime, un fonds social alimenté en ressources par un prélèvement sur les excédents du régime selon un mécanisme prévu dans un protocole d'accord technique signé avec les organismes assureurs. Ce fonds social sera géré par le comité de gestion. Les prestations de ce fonds seront définies par le comité de gestion visé ci-dessous.

Les prestations du fonds social viseront à attribuer des secours et aides financières, sous conditions de ressources, et à favoriser la prévention et l'éducation à la santé, et plus généralement à favoriser le bien être physique et moral des bénéficiaires du régime.

L'activité du présent régime est soumise au contrôle d'un organisme dénommé comité de gestion constitué entre les représentants des organisations de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national et signataires du présent accord.

Ce comité recevra une indemnité de 1 % des cotisations pour couvrir ses frais de fonctionnement. La répartition de cette indemnité sera effectuée par parts égales entre les signataires du présent avenant.

## Article 16

### *Gestion du régime*

#### 1° Mutualisation et gestion

Au regard des objectifs visés en préambule, les signataires du présent avenant ont décidé d'adhérer aux mutuelles visées à l'annexe II du présent avenant qui organiseront la mutualisation des risques à travers une stricte co-assurance avec l'Union nationale de prévoyance de la mutualité française, ci-après dénommée UNPMF.

La co-assurance est répartie comme suit :

- 40 % pour l'UNPMF ;
- 60 % pour les mutuelles visées à l'annexe II du présent avenant.

Les mutuelles assurent la gestion administrative du régime, et l'UNPMF assure l'apération du régime « soins de santé » et les représente auprès des partenaires sociaux.

Par conséquent, la mutualisation des risques souhaitée par les signataires du présent avenant s'effectue par le biais :

1. D'une part, de l'adhésion obligatoire des entreprises de coiffure entrant dans le champ d'application de la convention collective auprès de la mutuelle désignée correspondant à l'implantation de leur siège social. Cette



adhésion entraîne l'affiliation de la totalité de leurs salariés (régulièrement affiliés au régime général de sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle de sécurité sociale) ;

2. Et, d'autre part, par la compensation des flux financiers organisée entre les co-assureurs ; le régime faisant l'objet d'un compte de résultat global, par l'Union nationale de prévoyance de la mutualité française (UNPMF).

## 2<sup>o</sup> Délégation de gestion

Par dérogation, l'entreprise peut affilier son personnel à une autre mutuelle, adhérente à la FNMF, à seule condition que celle-ci ait signé une convention de délégation de gestion avec une mutuelle désignée sur le département concerné ; selon des conditions de contrôle et de validation des partenaires sociaux précisées dans le contrat de garanties collectives joint en annexe.

Toutefois, les entreprises qui ont adhéré, antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2000, date d'effet initiale du régime soins de santé, à un contrat auprès d'un autre organisme assureur différent que ceux définis à l'annexe II du présent avenant, peuvent conserver ce contrat sous réserve :

- d'une part, que le contrat garantisse les mêmes risques à un niveau de prestations strictement supérieur, apprécié risque par risque ;
- d'autre part, que la couverture de ces risques soit financée par des cotisations salariales d'un niveau au plus équivalent à celui des cotisations prévues pour le régime mis en place par le présent avenant.

Par ailleurs, les partenaires sociaux de la branche se réuniront au plus tard le 30 juin 2006 en vue d'examiner la possibilité :

- de rendre obligatoire l'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes du 18 mars 2005 au régime de « soins de santé » et l'affiliation des salariés de ces entreprises auprès des mutuelles visées à l'annexe II, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007 ;
- de réviser la répartition géographique.

Conformément à l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale, la périodicité du réexamen des conditions d'organisation de la mutualisation des risques interviendra au plus tard tous les 3 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

Les partenaires sociaux se réuniront dans les 6 mois précédents et, en tout état de cause, au moins 3 mois avant la date d'échéance pour apprécier les perspectives d'évolution du régime et vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions pour la profession par les mutuelles désignées.

Les relations entre la profession et les mutuelles sont précisées autant que de besoin dans un « contrat de garanties collectives » figurant en annexe III du présent avenant qui identifie un interlocuteur unique mandaté par l'ensemble des mutuelles désignées en annexe II.

## Article 17

### *Dispositions diverses*

#### 17.1. Prise d'effet, durée et dénonciation du régime

Le présent régime faisant l'objet de l'avenant n° 7 à la convention collective nationale de la coiffure est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Ce régime peut être modifié selon le dispositif prévu à l'article L. 132-7 du code du travail.

Sa dénonciation par l'une des parties est régie par l'article L. 132-8 du code du travail. La date d'effet de cette dénonciation est fixée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle de sa signification qui, en tout état de cause, doit être effectuée au plus tard, le 30 septembre de chaque année.

En cas de dénonciation, une négociation sera organisée, sans délai, afin de déterminer, le cas échéant, les nouvelles mesures de protection sociale permettant de promouvoir la santé des salariés.

Les partenaires sociaux décident que les accords conclus à un niveau inférieur ou couvrant un champ d'application territorial ou professionnel moins large ne pourront déroger aux dispositions du présent avenant, que par des dispositions plus favorables aux salariés.

#### 17.2. Dépôt

Le présent avenant sera fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties contractantes et déposé auprès de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, et du secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris, dans les conditions prévues par le code du travail, en vue de son extension.

#### 17.3. Adhésion

Toute organisation syndicale représentative, sur le plan national, non signataire du présent avenant pourra y adhérer par simple déclaration auprès de l'organisme compétent.

Elle devra également aviser, par lettre recommandée, toutes les parties signataires.

Fait à Paris, le 13 décembre 2005.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXE I

À L'AVENANT N° 7 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE  
LA COIFFURE RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE « FRAIS SOINS DE  
SANTÉ » DES SALARIÉS DE LA COIFFURE.

### **Tableau des garanties du régime conventionnel**

I. – Couverture des frais médicaux et chirurgicaux pour les salariés et leurs ayants droit bénéficiant du régime général de la sécurité sociale (ou d'un régime obligatoire différent du régime local d'Alsace-Moselle).

II. – Couverture des frais médicaux et chirurgicaux pour les salariés et leurs ayants droit bénéficiant du régime local d'Alsace-Moselle.

Ces couvertures de frais médicaux respectent la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 fixant le cadre des contrats d'assurance maladie complémentaire « Responsables ».

Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réels.

I. – Couverture des frais médicaux et chirurgicaux pour les salariés et leurs ayants droit bénéficiant du régime général de la sécurité sociale (ou d'un régime obligatoire différent du régime local d'Alsace-Moselle)

*Tableau I*  
*Régime général de la sécurité sociale*

NATURE DES ACTES	BASE CONVENTIONNELLE améliorée	DANS LA LIMITE DE
Hospitalisation chirurgicale, médicale, services de moyen séjour ou psychiatrie	Base obligatoire	
ADC, ADA, ADE, ABR moins MR, ADI, ACO – honoraires ..... – frais de séjour ..... – forfait journalier .....	20 % BR 20 % BR 100 % du tarif dans la limite fixée par décret ministériel	100 % BR moins MR 100 % BR moins MR dans la limite de 100 jours par année civile dont 30 maxi- mum en service psychiatrie
Consultations, visites .....	30 % BR	100 % BR moins MR
Actes de spécialité des médecins en K, KC, KE ..... ADC, ABR moins MR, ADE, ADA	30 % BR	100 % BR moins MR
Analyses .....	40 % BR	100 % BR moins MR

NATURE DES ACTES	BASE CONVENTIONNELLE améliorée	DANS LA LIMITE DE
Radiologie – ADI .....	30 % BR	100 % BR moins MR
Auxiliaires médicaux .....	40 % BR	100 % BR moins MR
Prothèses non dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage...) et accessoires .....	35 % BR	100 % BR moins MR
Pharmacie remboursable		
Pharmacie à 15 % : – vignette blanche .....	85 % BR 35 % BR 65 % BR	100 % BR moins MR 100 % BR moins MR 100 % BR moins MR
Frais de transport .....	35 % BR	100 % BR moins MR
Soins dentaires .....	30 % BR	100 % BR moins MR
Prothèses dentaires acceptées SS .....	160 % BR	100 % BR moins MR + 130 % BR

NATURE DES ACTES	BASE CONVENTIONNELLE améliorée	DANS LA LIMITE DE
Orthodontie acceptée.....	91,47 € tous les 6 mois	
Optique, par année civile : - verres (la paire).....	35 % BR + 91,47 €	100 % BR moins MR + 91,47 € par année civile pour 2 verres
- monture.....	35 % BR + 91,47 €	100 % BR moins MR et d'une prestation forfaitaire de 91,47 € par année civile
- lentilles acceptées SS.....	35 % BR + 91,47 €	100 % BR moins MR et d'une prestation forfaitaire de 91,47 € par année civile
- lentilles refusées SS.....	91,47 €	
Prime de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans	91,47 € par enfant et par parent cotisant	
Maternité : chambre particulière.....	100 % frais réels engagés	22,87 € par jour et dans la limite de 12 jours
Pluies et patches contraceptifs..... non remboursés par le régime obligatoire	25 €	forfait par année civile et par bénéficiaire

BR : base de remboursement sécurité sociale

MR : montant remboursé par la sécurité sociale

FR : frais réels

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

II. – Couverture des frais médicaux et chirurgicaux pour les salariés et leurs ayants droit  
bénéficiant du régime Alsace-Moselle

Tableau II

Régime local de la sécurité sociale Alsace-Moselle

NATURE DES ACTES	BASE CONVENTIONNELLE AMÉLIORÉE et dans la limite de
Hospitalisation chirurgicale, médicale, services de moyen séjour ou psychiatrie et maternité	Base obligatoire
ADC, ADA, ADE, ABR moins MR, ADI, ACO – honoraires ..... – frais de séjour ..... – chambre particulière ..... – forfait journalier ..... – frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans .....	+ 100 % BR + 100 % BR 100 % des frais réels dans la limite de 60 jours par année civile en service de moyen séjour ou psychiatrie – 100 % des frais réels dans la limite de 1,5 % du PMSS/jour
Consultations, visites.....	100 % BR moins MR + 100 % BR
Actes de spécialité des médecins en K, KC, KE ..... ADC, ABR moins MR, ADE, ADA	100 % BR moins MR + 100 % BR
Analyses .....	100 % BR moins MR + 50 % BR

NATURE DES ACTES	BASE CONVENTIONNELLE AMÉLIORÉE et dans la limite de
Radiologie ADI	100 % BR moins MR + 50 % BR
Auxiliaires médicaux.....	100 % BR moins MR + 50 % BR
Prothèses non dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage...) et accessoires .....	100 % BR moins MR + 100 % BR
Pharmacie remboursable : .....	100 % BR moins MR
– vignettes à 15 % comprises.....	100 % BR moins MR
Frais de transport.....	100 % BR moins MR
Soins dentaires .....	100 % BR moins MR + 250 % BR
Prothèses dentaires acceptées SS.....	100 % BR moins MR + 250 % BR
Prothèses dentaires refusées SS .....	250 % BR théorique



NATURE DES ACTES	BASE CONVENTIONNELLE AMÉLIORÉE et dans la limite de
Orthodontie acceptée .....	200 % BR
Optique, par an : - montures et verres..... - lentilles acceptées SS ..... - lentilles refusées SS .....	100 % BR moins MR + 10 % PMSS dans la limite d'une prestation forfaitaire (hors BR moins MR) de 10 % PMSS par année civile 100 % du BR moins MR + 8 % PMSS dans la limite d'une prestation forfaitaire de 8 % PMSS par année civile 8 % PMSS dans la limite d'une prestation forfaitaire de 8 % PMSS par année civile
Prime de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans.....	10 % du PMSS par enfant et par cotisant
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire .....	25 € forfait par année civile et par bénéficiaire

BR : base de remboursement sécurité sociale

MR : montant remboursé par la sécurité sociale

FR : frais réels

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

## ANNEXE II

À L'AVENANT N° 7 DU 13 DÉCEMBRE 2005 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA COIFFURE  
RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE « FRAIS SOINS DE SANTÉ » DES SALARIÉS DE LA COIFFURE

### Liste des mutuelles gestionnaires et co-assureurs désignés

NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
Groupe ADREA Mutuelle de l'Ain	01M00562-7	58, rue Bourmayer, 01017 Bourg-en-Bresse	01	Ain
Groupe ADREA Mutuelle CCM	38M01179-1	226, cours de la Libération, 38069 Grenoble Cedex	38	Isère
Groupe ADREA Mutuelle Savoyarde	73M000358-9	2, rue Claude-Martin, 73021 Chambéry Cedex	73	Savoie
			74	Haute-Savoie
LMB	03M00175-4	11, rue Marcellin-Desboutin, 03012 Moulins Cedex	03	Allier
Les Mutuelles du soleil	04M00137-2	36, avenue du Maréchal-Foch, 06005 Nice Cedex 1	04	Alpes-de-Haute-Provence
			05	Hautes-Alpes
			06	Alpes-Maritimes

NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
Mutuelle ARPICA	07M00095-5	13, cours du Palais, BP 228, 07002 Privas Cedex	07	Ardeche
Via Santé – Mutuelles de l'Aude	11M00473-6	65, rue Antoine-Marty, 11885 Carcassonne Cedex 9	11	Aude
Via Santé – La Roussillonnaise	66M00412-8	1, avenue Carsalade-Dupont, BP 449, 66865 Perpignan Cedex	66	Pyrénées-Orientales
Radiance UMTNS	16M00439-6	1, boulevard Liédot, 16014 Angoulême Cedex	16	Charente
			17	Charente-Maritime
Mutuelle Action – CPSAC	22M00105-1	3, boulevard Waldeck-Rousseau, BP 2051 22021 Saint-Brieuc Cedex 1	22	Côtes-d'Armor
Périgord Mutualité	24M00227-9	29, place Francheville, 24000 Périgueux	24	Dordogne
Mutuelle de la Drôme	26M00487-4	5, rue Belle-Image, BP 1026, 26028 Valence Cedex	26	Drôme
CPSF – Mutuelle action	29M00212-0	1, rue de Belle-Ile-en-Mer, 29193 Quimper Cedex	29	Finistère
UNILIA – Mutualité gardoise	30M00515-4	393, rue de l'Hostellerie, 30018 Nîmes Cedex 09	30	Gard

NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
Mutuelle Santé Vie	81M00232-9	202, avenue de Pelissier, 81018 Albi Cedex	09	Ariège
			12	Aveyron
			31	Haute-Garonne
			32	Gers
			46	Lot
			48	Lozère
Mutuelle OCANE	33M01428-3	8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex	81	Tarn
			82	Tarn-et-Garonne
			33	Gironde
Languedoc Mutualité	34M00944	35, grand-rue Jean-Moulin, 34000 Montpellier	64	Pyrénées-Atlantiques
			34	Hérault

NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
SMP Radiance	35M00308-3	12, boulevard de la Résistance, 56000 Vannes	35	Ille-et-Vilaine
			56	Morbihan
OREADE – Mutuelle des Landes	40M00461-0	15, quai Docteur-Calabet, 47910 Agen Cedex 19	40	Landes
			47	Lot-et-Garonne
Mutuelle MGTI	42M00967-2	8, place de l'Hôtel-de-Ville, 42029 Saint-Etienne Cedex	42	Loire
EOVI – Mutuelles Présence	42M00998-7	72, rue du 11-Novembre, 42100 Saint-Etienne	43	Haute-Loire
			69	Rhône
SPHERIA Val-de-France Mutuelle Atlantique	44M00698-9	29, quai François-Mitterrand, 44273 Nantes Cedex 02	44	Loire-Atlantique
SPHERIA – Val-de-France	45M00431	16, rue des Grands-Champs, 45025 Orléans Cedex 1	45	Loiret
			28	Eure-et-Loir
			58	Nièvre

NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
Harmonie Mutualité	En cours d'attribution	67, rue des Ports-de-Cé, 49010 Angers Cedex 01	18	Cher
			37	Indre-et-Loire
			41	Loir-et-Cher
			49	Maine-et-Loire
			85	Vendée
			86	Vienne
PREVANOR	59M01781-0	rue des Canonniers, BP 299, 59306 Valenciennes Cedex	59	Nord
SIMSA – Mutuelle Action	60M00575-5	106, rue Faidherbe, 60184 Nogent-sur-Oise	60	Oise
			02	Aisne
			80	Somme
Mutuelle PREVEA	62M01458-9	2, rue de l'Origan, 62036 Arras Cedex	62	Pas-de-Calais

NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
Mutuelle de l'Est	67M00123-9	11, boulevard Wilson, 67082 Strasbourg Cedex	67	Bas-Rhin
			57	Moselle
MCA	68M00128-6	6, route de Rouffach, 68027 Colmar	68	Haut-Rhin
			57	Moselle
MNM	75M04724-3	170-174, boulevard de la Villette, 75918 Paris Cedex	2A 2B	Corse-du-Sud Haute-Corse
			08	Ardennes
			10	Aube
			13	Bouches-du-Rhône
			15	Cantal
			19	Corrèze

NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
			21	Côte-d'Or
			23	Creuse
			25	Doubs
			27	Eure
			36	Indre
			39	Jura
			51	Marne
			52	Haute-Marne
			53	Mayenne
			54	Meurthe-et-Moselle
			55	Meuse



NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
			63	Puy-de-Dôme
			65	Hautes-Pyrénées
			70	Haute-Saône
			71	Saône-et-Loire
			72	Sarthe
			79	Deux-Sèvres
			83	Var
			84	Vaucluse
			87	Haute-Vienne
			88	Vosges
			90	Territoire de Belfort

NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
SMI	75M03219	2, rue de Laborde, 75374 Paris Cedex 08	75	Ville de Paris
			77	Seine-et-Marne
			78	Yvelines
			91	Essonne
			92	Hauts-de-Seine
			93	Seine-Saint-Denis
			94	Val-de-Marne
			95	Val-d'Oise
IMADIES	76M00835-9	174, boulevard de Strasbourg, 76098 Le Havre Cedex	97	Guyane
			14	Calvados
			50	Manche

NOM	NUMÉRO préfectoral	ADRESSE	N°	DÉPARTEMENT de compétence
			61	Orne
			76	Seine-Maritime
CCMY	89M00294-2	3, avenue de la Fontaine-Sainte-Marguerite, BP 359, 89006 Auxerre	89	Yonne
Mutuelle de Mare-Gaillard	97M101-457	section Bernard, 97190 Le Gosier	97	Guadeloupe
Mutuelle Unité fraternelle du Robert	97M20126-5	cité Lacroix, 97231 Robert	97	Martinique
Mutualité de la Réunion	en cours d'attribution	14, boulevard Doret, BP 340, 97647 Saint-Denis Cedex	97	Réunion

### ANNEXE III

À L'AVENANT N° 7 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA COIFFURE RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE « FRAIS SOINS DE SANTÉ » DES SALARIÉS DE LA COIFFURE

#### **Contrat de garanties collectives**

Les partenaires sociaux de la convention collective nationale des entreprises de la coiffure ont signé le 13 décembre 2005 un avenant n° 7 aménageant les niveaux de garanties du régime frais de santé complémentaire obligatoire au profit des salariés de la branche. Cet avenant précise les organismes désignés chargés de l'assurance et de la gestion dudit régime.

Le présent contrat de garanties collectives a pour objet de formaliser l'acceptation de l'union nationale de prévoyance de la mutualité française et des mutuelles désignées en annexe II à l'avenant précité, et de préciser les modalités de leurs obligations vis-à-vis de la branche professionnelle et des partenaires sociaux.

Par la signature de ce contrat, les mutuelles représentées par l'union nationale de prévoyance de la mutualité française acceptent leur désignation en qualité d'organismes assureurs, et en qualité d'organismes gestionnaires. Elles acceptent de garantir les prestations prévues par l'avenant n° 7 à la convention collective, aux taux de cotisations fixés par ce même accord et selon les modalités de coassurance fixées à l'article 16 de ce même accord.

Le présent contrat de garanties collectives est ainsi conclu entre :

- d'une part, les partenaires sociaux signataires de l'avenant n° 7 à la convention collective nationale des entreprises de la coiffure ;
- d'autre part, les mutuelles représentées par l'union nationale de prévoyance de la mutualité française, agissant pour leur compte et en représentation.

#### **Article 1<sup>er</sup>**

##### *Etendue des garanties*

Le régime dont le détail des garanties est expressément indiqué dans l'avenant n° 7 prévoit, un régime obligatoire adapté, d'une part, au régime général et, d'autre part, au régime Alsace-Moselle de la sécurité sociale. Il est entendu par ailleurs que les mutuelles assureurs offriront aux salariés et aux entreprises des garanties sur complémentaires spécifiques, sous forme d'options. Les garanties de ces options, ainsi que les cotisations correspondantes font l'objet de l'article 2 du présent contrat.

## Article 2

*Garanties et cotisations du régime optionnel, complémentaires au régime conventionnel*

2.1. Tous régimes sécurité sociale, sauf régime local Alsace-Moselle

### *Des garanties frais de santé optionnelles 1, 2 et 3. – Régime général de la sécurité sociale*

NATURE DES ACTES	CCAM	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	POUR LES 3 OPTIONS dans la limite de
Hospitalisation chirurgicale ou médicale, ou moyen de séjour hors psychiatrie :  Honoraires  Frais de séjour	ADC, ADA, ADE, ATM ADI, ACO	+ 25 % BR   + 25 % BR	+ 75 % BR   + 75 % BR	Ets convent. : 100 % FR 100 % FR Ets non convent. : 90 % 90 %	100 % FR moins 100 % BR 100 % FR moins 100 % BR
Forfait journalier  Chambre particulière		Néant   100 % FR limités à la BR locale lorsqu'elle existe, et à défaut à 1,5 % du PMSS/jour	100 % FR à partir du 101 <sup>e</sup> jour  100 % FR limités à la BR locale lorsqu'elle existe, et à défaut à 2 % PMSS/jour	100 % FR à partir du 101 <sup>e</sup> jour  100 % FR limités à la BR locale lorsqu'elle existe, et à défaut à 2,5 % PMSS/jour	-   30 jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour

NATURE DES ACTES	CCAM	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	POUR LES 3 OPTIONS dans la limite de
Lit d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 13 ans		Néant	1 % PMSS	1 % PMSS	30 jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour
Consultation. – Visites	ADC, ATM, ADE, ADA	+ 25 %	+ 75 %	+ 150 % BR	100 % FR moins 100 % BR
Actes de spécialité des médecins en K, KC, KE		+ 25 % BR	+ 75 % BR	+ 150 % BR	100 % FR moins 100 % BR
Analyses	ADI	+ 25 % BR	+ 75 % BR	+ 150 % BR	100 % FR moins 100 % BR
Radiologie		+ 25 % BR	+ 75 % BR	+ 150 % BR	100 % FR moins 100 % BR
Auxiliaires médicaux		+ 25 % BR	+ 75 % BR	+ 150 % BR	100 % FR moins 100 % BR

NATURE DES ACTES	CCAM	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	POUR LES 3 OPTIONS dans la limite de
Prothèses non dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage...) et accessoires		+ 25 % BR	+ 75 % BR	+ 150 % BR	100 % FR moins 100 % BR
Pharmacie remboursable		-	-	-	-
Frais de transport		-	-	100 % BR	
Soins dentaires		+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	100 % FR moins 100 % BR
Prothèses dentaires acceptées SS		+ 100 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR	100 % FR moins 100 % BR
Prothèses dentaires refusées SS		100 % BR théorique	200 % BR théorique	300 % BR théorique	-
Orthodontie acceptée (tous les 6 mois)		+ 40 % BR	+ 80 % BR	+ 120 % BR	100 % FR moins 100 % BR

NATURE DES ACTES	CCAM	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	POUR LES 3 OPTIONS dans la limite de
Optique, par année civile : - verres (la paire)  - monture  - lentilles acceptées SS		15,25 € maximum par année civile  15,25 € maximum par année civile  15,25 € maximum par année civile	30,50 € maximum par année civile  30,50 € maximum par année civile  30,50 € maximum par année civile	76,50 € maximum par année civile  76,50 € maximum par année civile  76,50 € maxi- mum par année civile	
Prime de naissance ou d'adoption par parent cotisant et par enfant		+ 76,50 €	+ 153 €	+ 229,50 €	

BR : base de remboursement sécurité sociale.

MR : montant remboursé par la sécurité sociale.

FR : frais réels.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

Ces remboursements s'entendent en complément du remboursement de la sécurité sociale et du régime conventionnel dans la limite des dépenses restant à charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature. Ils sont calculés sur la base de la réglementation, notamment concernant les taux de remboursement de la sécurité sociale, en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.



## 2.2. Régime local d'Alsace-Moselle

### *Des garanties obligatoires frais de santé pour les salariés et les ayants droit* *Régime local de la sécurité sociale*

#### *Option Alsace-Moselle*

NATURE DES ACTES	BASE CONVENTIONNELLE AMÉLIORÉE et dans la limite de
Hospitalisation chirurgicale, médicale, services de moyen séjour ou psychiatrie et maternité	
ADC, ADA, ADE, ABR moins MR, ADI, ACO - honoraires - frais de séjour - chambre particulière - forfait journalier - frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	+ 125 % BR + 125 % BR 100 % frais réels limités au BR local lorsqu'il existe ou à défaut à 1,5 % PMSS/jour  100 % des frais engagés dans la limite de 1,5 % du PMSS/jour
Consultations, visites	100 % BR moins MR + 125 % BR
Actes de spécialité des médecins en K, KC, KE ADC, ABR moins MR, ADE, ADA	100 % BR moins MR + 125 % BR
Analyses	100 % BR moins MR + 75 % BR

NATURE DES ACTES	BASE CONVENTIONNELLE AMÉLIORÉE et dans la limite de
Radiologie ADI	100 % BR moins MR + 75 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR moins MR + 75 % BR
Prothèses non dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage...) et accessoires	100 % BR moins MR + 125 % BR
Pharmacie remboursable Vignettes à 15 % comprises	100 % BR moins MR
Frais de transport	100 % BR moins MR
Soins dentaires	100 % BR moins MR + 275 % BR
Prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale	100 % BR moins Mr + 350 % BR
Prothèses dentaires refusées par la sécurité sociale	350 % BR théorique

NATURE DES ACTES	BASE CONVENTIONNELLE AMÉLIORÉE et dans la limite de
Orthodontie acceptée	240 % BR
Optique (par an) : - montures et verres - lentilles acceptées par la sécurité sociale - lentilles refusées par la sécurité sociale	100 % BR moins MR + 10,50 % PMSS dans la limite d'une prestation forfaitaire (hors BR moins MR) de 10,50 % PMSS par année civile 100 % BR moins MR + 8,50 % PMSS dans la limite d'une prestation forfaitaire (hors BR moins MR) de 8,50 % PMSS par année civile 8,50 % PMSS dans la limite d'une prestation forfaitaire (hors BR moins MR) de 8,50 % PMSS par année civile
Prime de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans	10,50 % du PMSS par enfant et par cotisant

BR : base de remboursement sécurité sociale.

MR : montant remboursé par la sécurité sociale.

FR : frais réels.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

### 2.3. Cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

A. – Pour les salariés actifs relevant de la CCN et les membres de leur famille susceptibles de bénéficier du régime optionnel

Le taux de cotisation est déterminé en fonction du nombre de personnes couvertes de la famille, en pourcentage du PASS au 1<sup>er</sup> janvier de chaque exercice. Il s'établit à :

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTIONS Alsace-Moselle
Adulte	0,26 %	0,45 %	0,77 %	0,20 %
Enfant	0,16 %	0,28 %	0,49 %	0,14 %

La gratuité de la cotisation enfant est acquise à compter du 3<sup>e</sup> enfant pour un même foyer.

B. – Pour les bénéficiaires du régime d'accueil et les membres de leur famille susceptibles de bénéficier du régime optionnel

1. Pour les anciens salariés du régime de la coiffure, dont la situation de licencié est intervenue après avoir cotisé en qualité d'actif (cf. 1 ci-dessus) et percevant des prestations ASSÉDIC (ou ayant cessé d'en percevoir étant inscrit à l'ANPE) :
  - ainsi que les ayants droit des salariés décédés ;
  - les personnes dont le contrat de travail est suspendu ;

- les conjoints assurés sociaux en activité ou licenciés indemnisés par les ASSEDIC (ou ayant cessé d'être indemnisé mais inscrit à l'ANPE) ou en suspension de contrat de travail ;
- les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu.

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTIONS Alsace-Moselle
Adulte	0,33 %	0,58 %	0,96 %	0,29 %
Enfant	0,16 %	0,28 %	0,49 %	0,14 %
Pourcentage du PASS par an et par personne.				

La gratuité de la cotisation enfant est acquise à compter du 3<sup>e</sup> enfant pour un même foyer.

2. Pour les anciens salariés du régime de la coiffure, dont la situation de retraité ou préretraité est intervenue après avoir cotisé en qualité d'actif (cf. 1 ci-dessus), et les conjoints assurés sociaux non ayants droit de l'adhérent, retraités ou préretraités, sous réserve qu'ils aient été bénéficiaires du régime avant leur mise en retraite ou préretraite :

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTIONS Alsace-Moselle
Adulte	0,46 %	0,81 %	1,26 %	0,33 %
Enfant	0,16 %	0,28 %	0,49 %	0,14 %
Pourcentage du PASS par an et par personne.				

La gratuité de la cotisation enfant est acquise pour les éventuels enfants à charge.

## Généralités

Les articles des dispositions contractuelles « Régime conventionnel » portant sur le paiement de la cotisation, la prestation, la forclusion, la déchéance, et la subrogation sont maintenus à l'identique pour l'application du présent régime.

Concernant le défaut de paiement des options supplémentaires facultatives, celui-ci entraîne la suspension des garanties, ainsi qu'indiqué à l'article 3 ci-dessous.

**Récapitulatif des cotisations**  
*(en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale)*

CATÉGORIE de bénéficiaires	RÉGIME obligatoire	RÉGIME optionnel 1	RÉGIME optionnel 2	RÉGIME optionnel 3	OPTION Alsace-Moselle
1. Salariés de la coiffure	Cotisation familiale : 1,38 % Apprentis : 1 %	Cotisation adulte : 0,26 % Cotisation enfant : 0,16 %	Cotisation adulte : 0,45 % Cotisation enfant : 0,28 %	Cotisation adulte : 0,77 % Cotisation enfant : 0,49 %	Cotisation adulte : 0,20 % Cotisation enfant : 0,14 %
2. Régime d'accueil : - anciens salariés licenciés après avoir cotisé à titre d'actifs et percevant des prestations ASSÉDIC ou inscrits à l'ANPE - avants droit de salariés décédés - salariés dont le contrat de travail est suspendu - bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu	Cotisation familiale : 1,76 %	Cotisation adulte : 0,33 % Cotisation enfant : 0,16 %	Cotisation adulte : 0,58 % Cotisation enfant : 0,28 %	Cotisation adulte : 0,96 % Cotisation enfant : 0,49 %	Cotisation adulte : 0,29 % Cotisation enfant : 0,14 %

CATÉGORIE de bénéficiaires	RÉGIME obligatoire	RÉGIME optionnel 1	RÉGIME optionnel 2	RÉGIME optionnel 3	OPTION Alsace-Moselle
Anciens salariés préretraités ou retraités ayant cotisé à titre d'actifs, et leurs conjoints eux-mêmes retrai- tés ou préretraités	Cotisation adulte : 1,88 % Enfants : gratuit	Cotisation adulte : 0,46 % Cotisation enfant : 0,16 %	Cotisation adulte : 0,81 % Cotisation enfant : 0,28 %	Cotisation adulte : 1,26 % Cotisation enfant : 0,49 %	Cotisation adulte : 0,33 % Cotisation enfant : 0,14 %
2. Régime des conjoints non retraités non ayants droit sécurité sociale	Cotisation adulte : 0,98 %	Cotisation adulte : 0,26 % Cotisation enfant : 0,16 %	Cotisation adulte : 0,45 % Cotisation enfant : 0,28 %	Cotisation adulte : 0,77 % Cotisation enfant : 0,49 %	Cotisation adulte : 0,20 % Cotisation enfant : 0,14 %



### Article 3

#### *Assiette des cotisations. – Défaut de paiement*

Le régime complémentaire frais de santé visé par l'avenant n° 7 est financé par une cotisation de l'employeur et de l'ensemble des salariés pour le régime conventionnel obligatoire, de l'employeur et/ou du salarié pour les options complémentaires, selon les taux de l'avenant, assis chaque mois sur le plafond mensuel de la sécurité sociale.

#### Concernant le régime conventionnel obligatoire

En cas de non-paiement des cotisations dans un délai de 10 jours qui suivent l'échéance de l'appel de cotisation, l'entreprise ou l'établissement défaillant est mis en demeure par lettre recommandée d'effectuer son règlement.

A défaut de règlement dans les 40 jours qui suivent cette mise en demeure, l'absence de règlement entraîne les conséquences suivantes :

- l'entreprise à l'égard de laquelle le défaut de paiement est constaté continue à être redevable de la cotisation dont la mutuelle poursuit le recouvrement par tout moyen. En outre, elle est redevable d'une pénalité de retard égale, par mois ou par fraction de mois de retard, à 2 % de la cotisation sociale. Les frais de recouvrement sont, en outre, mis à la charge de l'entreprise ou de l'établissement ;
- les salariés de l'entreprise considérée restent affiliés au régime et continuent à bénéficier des garanties, lesquelles sont financées par l'ensemble des entreprises cotisantes.

Concernant les adhérents volontaires (cas de l'option choisie à titre individuel par le salarié ou collectivement par l'entreprise, ou des adhésions volontaires des ex-salariés et/ou de leurs ayants droit)

En cas de non-paiement de leur cotisation par les adhérents, la mutuelle gestionnaire suspend le paiement des prestations pour les soins postérieurs au défaut de règlement. En cas de non-paiement des cotisations dans un délai de 10 jours qui suivent l'échéance de l'appel de cotisation, l'adhérent (ou l'entreprise selon le cas) défaillant est mis en demeure, par lettre recommandée, d'effectuer son règlement.

A défaut de règlement suite à cette mise en demeure dans les délais impartis par les articles L. 221-7 et L. 221-8, II du code de la mutualité, son adhésion est suspendue ; cette suspension entraîne les conséquences suivantes :

- l'adhérent (ou l'entreprise) à l'égard duquel la suspension est constatée continue à être redevable de la cotisation dont la mutuelle poursuit le recouvrement par tout moyen. L'adhérent (ou l'entreprise) n'est pas pour autant libéré du paiement de la cotisation annuelle due ;
- l'organisme a en outre la possibilité de résilier les garanties dans les 10 jours de la suspension des garanties ;
- l'organisme assureur pourra alors si nécessaire poursuivre le recouvrement de la cotisation par tous les moyens de droit.

Procédure judiciaire concernant le régime conventionnel ou les adhésions volontaires en cas de non-paiement des cotisations

Au 50<sup>e</sup> jour une inscription de privilège est effectuée par la mutuelle gestionnaire des frais de santé ;

Au 90<sup>e</sup> jour une procédure d'injonction de payer est intentée devant le tribunal d'instance (point de départ à compter de la 1<sup>re</sup> date d'échéance).

#### **Article 4**

##### *Clause de sauvegarde relative aux options*

Lorsque le risque se trouve aggravé du fait d'un nouvel environnement législatif social ou fiscal, l'organisme assureur a la faculté de proposer des nouveaux taux de cotisation en cours d'exercice (année civile) pour tenir compte des modifications intervenues.

A défaut d'entente avec les signataires de l'accord réunis en commission paritaire, de nouvelles prestations seront définies en fonction de l'impact de la nouvelle législation.

#### **Article 5**

##### *Délais de prescription*

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximal de 6 mois, courant à partir de la date du décompte de la sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations. Au-delà de ce délai, conformément à l'article L. 221-16 (2<sup>o</sup>) du code de la mutualité, la mutuelle peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

A partir du jour où il a été notifié à l'intéressé que ses droits étaient ouverts, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la mutuelle dont il relève dans le délai de 2 ans à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

#### **Article 6**

##### *Principes de fonctionnement des adhésions*

L'adhésion de chaque entreprise ou établissement ou salarié est régie dans son fonctionnement administratif par les statuts et conditions générales des mutuelles assureurs, pour tous les points qui ne seraient pas stipulés dans l'avenant n° 7 à la convention collective nationale du 18 mars 2005 ou dans le présent contrat de garanties collectives.

#### **Article 7**

##### *Conditions de la mutualisation : gestion et co-assurance*

##### **7.1. Modalités de gestion**

La gestion du régime frais de santé est effectuée par les mutuelles désignées à l'annexe II de l'avenant n° 7 ;

- ainsi qu'indiqué à l'article 16 (2<sup>o</sup>) de l'avenant n° 7, la gestion pourra éventuellement être assurée par une mutuelle FNMF non désignée, sous réserve qu'il existe une délégation de gestion entre cette dernière et la mutuelle territorialement compétente. La mutuelle désignée reste le seul organisme assureur. Par ailleurs, et sous réserve que la mise en place de

cette délégation assure une diffusion plus large et un meilleur service auprès d'un nombre suffisant d'entreprises et de salariés, le projet de délégation sera soumis au comité de gestion du régime, qui sera seul habilité à décider de sa mise en place effective.

## 7.2. Modalités de la coassurance

Afin de garantir la bonne mutualisation du régime, la stricte coassurance du régime frais de santé est assurée par l'ensemble des mutuelles désignées en annexe II de l'avenant et par l'union nationale de prévoyance de la mutualité française (UNPMF).

## Article 8

### *Fonds social*

#### 8.1. Objet

Un fonds social est institué, ayant pour objet, dans la limite de ses ressources annuelles, de :

- prendre en charge des prestations de soins ou de dépenses de santé non prises en charge par le régime frais de santé défini dans l'avenant n° 7 précité ;
- venir en aide aux adhérents du régime en très grande difficulté par des secours ;
- favoriser des actions de prévention, d'éducation à la santé, en direction des bénéficiaires du régime frais de santé.

Etant précisé que ces actions sont menées exclusivement au profit des bénéficiaires du régime frais de santé.

Les modalités d'attribution des secours sont précisées dans le règlement inséré dans le protocole d'accord technique signé entre les partenaires sociaux et les organismes assureurs.

#### 8.2. Gestion du fonds

La gestion administrative et financière du fonds est confiée à l'union nationale de prévoyance de la mutualité française.

## Article 9

### *Effet. – Durée*

Le présent contrat de garanties collectives aura un effet et une durée identique à l'avenant n° 7 à la convention collective du 18 mars 2005.

Il pourra toutefois être résilié par l'une des parties signataires :

- par les partenaires sociaux à la suite d'un avenant à la convention modifiant les organismes assureurs désignés ;
- par l'ensemble des organismes assureurs désignés ;
- par l'une quelconque des parties signataires de l'avenant n° 10, notamment, du fait de la dénonciation ou de la remise en cause dudit accord.

Un préavis de 6 mois devra être respecté dans les 3 cas, et l'auteur de la résiliation devra faire part de celle-ci par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à toutes les autres parties prenantes du présent contrat de garanties collectives.

Fait à Paris, le 13 décembre 2005.

(Suivent les signatures.)