

Brochure n° 3159

**Convention collective nationale**

IDCC : 2596. – **COIFFURE ET PROFESSIONS CONNEXES**

AVENANT N° 11 DU 16 AVRIL 2008

RELATIF AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET0850737M

IDCC : 2596

Entre :

La fédération nationale de la coiffure française ;

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 FO ;

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

La fédération du commerce et des services CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**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, par avenant n° 3 du 18 mars 2005, par avenant n° 7 du 13 décembre 2005 et par avenant n° 4 du 10 juillet 2006).

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

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui, d'une part, permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petites tailles, 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.

Le contrat entre dans le cadre d'un régime obligatoire de branche. Le régime satisfera aux contraintes liées aux « contrats responsables » (décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005).

L'assurance complémentaire « frais de santé » que nous vous proposons respecte les exigences légales d'un contrat responsable défini par :

- la réforme de l'assurance maladie, issue de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, a posé comme principe fondamental la nécessaire maîtrise des dépenses de santé en France ;
- le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et du décret n° 2007-1166 du 1<sup>er</sup> août 2007 paru au *Journal officiel* le 3 août 2007 ;
- enfin l'arrêté du 8 juin 2006 a fixé les actes de prévention qualifiants pour le contrat responsable.

Nos prestations interviennent en complément du régime de la sécurité sociale et tous autres organismes.

Afin que le contrat soit qualifié de « responsable », il devra comporter les mentions suivantes :

- en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la SS (BR) pour les garanties assises sur le tarif de convention (TC) ou sur le tarif de responsabilité (TR. pour le ticket modérateur (TM), la nouvelle expression est : BR moins MR (montant remboursé par la SS) ;
- conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et du décret n° 2007-1166 du 1<sup>er</sup> août 2007 paru au *Journal officiel* le 3 août 2007.

Le contrat 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 8 €, valeur avril 2008) ;
- la participation forfaitaire de 1 € ;

- les franchises prévues au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (au 1<sup>er</sup> janvier 2008) :
  - 0,50 € pour les médicaments mentionnés au 1<sup>o</sup> dudit III ;
  - 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical limité à 2 € par jour par assuré social et par professionnel ;
  - 2 € par transport, ce montant s'applique à chaque trajet avec un plafond de 4 € par jour.

Le montant cumulé des 3 franchises ne pourra pas excéder 50 € par assuré social en 2008.

Le contrat prend en charge :

- la participation de l'assuré au titre des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de santé publique et figurant sur la liste de prestations fixée par l'arrêté du 8 juin 2006 paru au *Journal officiel* du 18 juin 2006 ;
- la franchise à 18 € à la charge de l'assuré pour tous les actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 € (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006).

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*

Bénéficient du régime « soins santé » les salariés des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de la coiffure.

## **Article 2**

### *Bénéficiaires du régime obligatoire*

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.

Le régime bénéficie également aux bénéficiaires 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 ou ceux de son conjoint, concubin ou pacsé 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.

En outre, ce régime bénéficie de manière facultative aux personnes suivantes :

Conjoint et assimilé non à charge au sens de la sécurité sociale (hors coiffure) :

Le conjoint et assimilé en activité professionnelle (hors coiffure) cotisant à titre personnel auprès d'un régime de sécurité sociale ou assimilé, s'il le souhaite, et sous réserve du paiement d'une cotisation spécifique (cotisant à titre volontaire).

Les enfants des conjoints, concubins ou pacsés à charge dès lors que la sécurité sociale les reconnaît comme ayant droit de ces derniers (ces personnes apparaissant sur leur carte d'assuré social, visés par l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale âgées de moins de 26 ans).

Les anciens salariés et ayants droit cotisant de la CCN coiffure :

Les salariés cessant momentanément ou définitivement leur activité ont la possibilité de bénéficier de ce régime aux conditions du régime d'accueil, et ce conformément aux dispositions de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Les salariés sortis loi Evin (hors retraités) :

- les salariés licenciés et percevant des prestations ASSEDIC, s'ils sont inscrits à l'ANPE ;
- les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu ;
- les ayants droit et les conjoints des adhérents décédés.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à 1 mois dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L. 122-32-17 et suivants du code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles 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 ;
- congé individuel de formation.

Les salariés sortis loi Evin (préretraités et retraités).

Les salariés de la profession ayant obtenu la liquidation de leur pension vieillesse de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires d'une retraite anticipée.

Leur conjoint eux-mêmes retraités ou préretraités.

### **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 n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 fixant le cadre des contrats d'assurance maladie complémentaire « responsables ».

Les frais de santé 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 deux conjoints bénéficient du présent avenant, chacun peut prétendre pour lui-même, son conjoint et ses enfants à charge 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 aux articles L. 122-32-17 et suivants du code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles 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 ;
- congé individuel de formation ;
- congé sans solde.

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 se répartit comme suit :

- employeur : 60 % ;
- salarié : 40 %.

2. Pour le conjoint 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 se répartit comme suit :

- employeur : 60 % ;
- salarié : 40 %.

4. Pour les bénéficiaires du régime d'accueil :

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 2011 sous réserve de nouvelles modifications intervenant sur les conditions de remboursement de la sécurité sociale.

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 appelées trimestriellement à terme échu auprès de l'entreprise de coiffure ou de l'établissement par la mutuelle coassureur 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, le 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 coassurance avec l'union nationale de prévoyance de la mutualité française, ci-après dénommée UNPMF.

La coassurance 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'apérition 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) ;

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

## 2° Délégation de gestion :

Par dérogation, l'entreprise peut affilier son personnel à une autre mutuelle non désignée ne figurant pas à l'annexe II, à la seule condition que celle-ci ait signé une convention de délégation de gestion entre cette dernière et la mutuelle compétente territorialement ; 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.

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*

#### **Article 17.1**

##### *Prise d'effet, durée, entrée en vigueur et dénonciation du régime*

Le présent régime faisant l'objet de l'avenant n° 11 à la convention collective nationale de la coiffure est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le 16 avril 2008.

Le présent avenant entrera en vigueur à la date de signature dans le respect des dispositions légales, date à laquelle il annulera et remplacera l'avenant n° 4 du 10 juillet 2006 à la convention collective nationale de la coiffure.

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 effectué, 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.

#### **Article 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 générale 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.

#### **Article 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 16 avril 2008.

(Suivent les signatures.)

*Nota.* – Les annexes I à III du présent avenant ne sont pas reproduites dans la présente parution mais consultables sur le site : [journal-officiel.gouv.fr](http://journal-officiel.gouv.fr), rubrique BO conventions collectives.

**ANNEXE I A L'AVENANT N°11**  
**A LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA COIFFURE**  
**RELATIF AU REGIME COMPLEMENTAIRE**

**« FRAIS DE SANTE »**  
**DES SALARIES DE LA COIFFURE**

**TABLEAU DES GARANTIES DU REGIME CONVENTIONNEL**

**I – Couverture des Frais de santé du Régime Général de la Sécurité sociale**

- Couverture des Frais de santé 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 de santé du Régime local d'Alsace Moselle**

- Couverture des Frais de santé pour les salariés et leurs ayants-droit bénéficiant du régime local d'Alsace – Moselle

La réforme de l'Assurance Maladie issue de la Loi N° 2004-810 du 13 Août 2004, a posé comme principe fondamental la nécessaire maîtrise des dépenses de santé en France.

Dans ce cadre, différentes dispositions de cette réforme impactent les contrats de complémentaire Frais de santé. Le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 a fixé les règles dans lesquelles les contrats d'assurance maladie sont qualifiés de « responsables ».

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

## BENEFICIAIRE DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE)

ACTES	PRESTATIONS REGIME COMPLEMENTAIRE BASE CONVENTIONNELLE
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE</b>	
Honoraires	45 % BRSS
* Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI *	
* Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie.	
Frais de séjour	45 % BRSS
Forfait journalier	100 % du forfait en vigueur (limité à 30 jours par an par bénéficiaire, en Etablissements et Services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques)
Chambre particulière	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	Néant
<b>CONSULTATIONS - VISITES</b>	
Consultations – Visites	30 % BRSS
Actes en ADC (actes de chirurgie), ATM (actes techniques)	30 % BRSS
Analyses	40 % BRSS
Actes en ADE (actes d'échographie) ADI (actes d'imagerie)	30 % BRSS
Auxiliaires Médicaux	40 % BRSS
Prothèses autres que dentaires (Audioprothèse, orthopédie, petit appareillage et Accessoires)	35 % BRSS
Ostéopathe - Chiropractie - Etiopathie (diplômé d'état - inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 € p/consultation limité à 80 € par an et par bénéficiaire
<b>PHARMACIE - TRANSPORT</b>	
Pharmacie Vignette Blanche	35 % BRSS
Pharmacie Vignette Bleue	65 % BRSS
Frais de Transport	35 % BRSS
<b>DENTAIRE</b>	
Soins Dentaires	30 % BRSS
Prothèses Dentaires prises en charge par la S.S.	200 % BRSS (dans la limite de 100 % du (BRSS - MRSS) + 170 % BRSS)
Prothèses Dentaires non prises en charge par la S.S.	Néant
Orthodontie acceptée	50 % BRSS tous les 6 mois
<b>OPTIQUE (par année civile)</b>	
Verres	35 % + 2,5 % PMSS par verre, par an et par bénéficiaire
Montures	35 % + 3,5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	35 % + 3,5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale médicalement justifiées	3,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Kératotomie (chirurgie au laser de la Myopie)	6 % PMSS par œil
<b>MATERNITE</b>	
Participation aux frais de maternité	100% FR - SS dans la limite de 4% du PMSS par an par bénéficiaire (limite doublée en cas de naissance gémellaire)
Chambre particulière	100 % frais engagés dans la limite de 1,5% du PMSS/jour et dans la limite de 12 jours par an par bénéficiaire
<b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>	
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire	100 % frais engagés, dans la limite de 1% du PMSS par an par bénéficiaire
BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale	FR : Frais réels
MRSS: Montant remboursé par la Sécurité Sociale	PMSS 2008 : plafond mensuel de la Sécurité Sociale 2008 : 2773 €

Les présentes garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrats.

## II - COUVERTURE OBLIGATOIRE DES SALAIRES ET DE LEURS AYANTS-DROIT

## BENEFICIAIRE DU REGIME LOCAL D'ALSACE MOSELLE

ACTES	PRESTATIONS REGIME LOCAL ALSACE MOSELLE BASE CONVENTIONNELLE
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE</b>	
Honoraires *	100 % BRSS
* Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI °	
° Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie.	
Frais de séjour	100 % BRSS
Forfait journalier	Néant
Chambre particulière	100 % des FR dans la limite de 60 Jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour ou psychiatrie
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	100 % FR dans la limite de 1,5 % PMSS/jour
<b>CONSULTATIONS - VISITES</b>	
Consultations – Visites	100 % BRSS moins MRSS + 100 % BRSS
Actes en ADC (actes de chirurgie), ATM (actes techniques)	100 % BRSS moins MRSS + 100 % BRSS
Analyses	100 % BRSS moins MRSS + 50 % BRSS
Actes en ADE (actes d'échographie) ADI (actes d'imagerie)	100 % BRSS moins MRSS + 50 % BRSS
Auxiliaires Médicaux	100 % BRSS moins MRSS + 50 % BRSS
Prothèses autres que dentaires (Audioprothèse, orthopédie, petit appareillage et Accessoires)	100 % BRSS moins MRSS + 50 % BRSS
Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie (diplômé d'état - inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 € p/consultation limité à 60 € par an et par bénéficiaire
<b>PHARMACIE</b>	
Pharmacie Vignette Blanche	100 % BRSS moins MRSS
Pharmacie Vignette Bleue	100 % BRSS moins MRSS
Frais de Transport	100 % BRSS moins MRSS
<b>DENTAIRE</b>	
Soins Dentaires	100 % BRSS moins MRSS + 250 % BRSS
Prothèses Dentaires prises en charges par la S.S.	100 % BRSS moins MRSS + 250 % BRSS
Prothèses Dentaires non prises en charge par la S.S.	250 % BRSS Théorique
Orthodontie acceptée	200 % BRSS
<b>OPTIQUE (par année civile)</b>	
Verres (par verres)	100 % BRSS MOINS MRSS + 3,5 % PMSS par verre, par an et par bénéficiaire
Montures	100 % BRSS MOINS MRSS + 3 % PMSS par an et par bénéficiaire
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BRSS MOINS MRSS + 8 % PMSS par an et par bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale médicalement justifiées	8 % PMSS par an et par bénéficiaire
Kératotomie (chirurgie au laser de la Myopie)	6 % PMSS par œil
<b>MATERNITE</b>	
Participation aux frais de maternité	10 % PMSS par an et par bénéficiaire (limite doublée en cas de naissance gémellaire)
Chambre particulière	100 % frais engagés dans la limite de 1,5% du PMSS/jour et dans la limite de 12 jours par an par bénéficiaire
<b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>	
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire	100 % frais engagés, dans la limite de 1% du PMSS par an par bénéficiaire
BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale MRSS: Montant remboursé par la Sécurité Sociale	FR : Frais réels PMSS 2008 : plafond mensuel de la Sécurité Sociale 2008 : 2773 €

Les présentes garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrats.

## **ANNEXE II A L'AVENANT N° 11**

### **A LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA COIFFURE RELATIF AU REGIME COMPLEMENTAIRE « FRAIS DE SANTE » DES SALAIRES DE LA COIFFURE**

#### **LISTE DES MUTUELLES GESTIONNAIRES ET COASSUREURS DESIGNES**

<b>Nom</b>	<b>N° préfectoral</b>	<b>Adresse</b>	<b>N°</b>	<b>Départements de compétence</b>
<b>GROUPE ADREA MUTUELLE DE L'AIN</b>	01M00562-7	58 rue Bourgmayer 01017 BOURG EN BRESSE	01	Ain
<b>GROUPE ADREA MUTUELLE ALPES DAUPHINE</b>	38M01179-1	226 cours de la Libération 38069 GRENOBLE CEDEX	38	Isère
<b>GROUPE ADREA MUTUELLE SAVOYARDE</b>	73M00358-9	2 rue Claude Martin 73021 CHAMBERY CEDEX	73	Savoie
			74	Haute Savoie
<b>GROUPE ADREA MUTUELLE CENTRE AUVERGNE</b>	03M00175-4	11 rue Marcellin Desboutin 03012 MOULINS CEDEX	03	Allier
<b>LES MUTUELLES DU SOLEIL</b>	04M00137-2	36 avenue Maréchal Foch BP 1296 06005 NICE CEDEX 1	04	Alpes de Hautes Provence
			05	Hautes Alpes
			06	Alpes Maritimes
<b>EOVI MUTUELLE DROME ARPICA</b>	07M00095-5	13 cours du Palais BP228 07002 PRIVAS CEDEX	07	Ardèche
	26M00487-4	5 rue Belle Image BP 1026 26028 VALENCE CEDEX	26	Drôme
<b>LES MUTUELLES VIA SANTE</b>	11M00473-6	65 rue Antoine Marty 11885 CARCASSONNE CEDEX 9	11	Aude
	66M00412-8	1 ave Carsalade Dupont BP 449 66865 PERPIGNAN CEDEX	66	Pyrénées Orientales
<b>RADIANCE UMTNS</b>	16M00439-6	1 bd Liédot 16014 ANGOULEME CEDEX	16	Charente
			17	Charente Maritime

<b>MUTUELLE ACTION - CPSAC</b>	22M00105-1	3 bd Waldeck Rousseau BP 2051 22021 SAINT BRIEUC CEDEX 1	22	Côtes d'Armor
<b>PERIGORD MUTUALITE</b>	24M00227-9	29 place Francheville 24000 PERIGUEUX	24	Dordogne
<b>CPSF- MUTUELLE ACTION</b>	29M00212-0	1 rue de Belle Ile en Mer 29193 QUIMPER CEDEX	29	Finistère
<b>GROUPE ADREA UNILIA - MUTUELLE</b>	30M00515-4	393, rue de l'Hostellerie 30018 NIMES CEDEX 9	30	Gard
<b>MUTUELLE SANTE VIE</b>	81M00232-9	202 avenue de Pélissier 81018 ALBI CEDEX	09	Ariège
			12	Aveyron
			31	Haute Garonne
			32	Gers
			46	Lot
			48	Lozère
			81	Tarn
			82	Tarn et Garonne
<b>MUTUELLE OCIANE</b>	33M01428-3	8 terrasse du Front du Médoc 33054 BORDEAUX CEDEX	33	Gironde
			64	Pyrénées Atlantique
<b>EOVIE LANGUEDOC MUTUALITE</b>	34M00944	35 Grand Rue Jean Moulin 34000 MONTPELLIER	34	Hérault
<b>SMP RADIANCE</b>	35M00308-3	12, Boulevard de la Résistance 56000 VANNES	35	Ille et Vilaine
			56	Morbihan
<b>OREADE - MUTUELLE DES LANDES</b>	40M00461-0	15 quai Docteur Calabet 47910 AGEN CEDEX 19	40	Landes
			47	Lot et Garonne
<b>MUTUELLE EXISTENCE</b>	42M00967-2	8, Place de l'Hôtel de Ville 42029 ST ETIENNE CEDEX	42	Loire
<b>EOVI - MUTUELLE PRESENCE</b>	42M00998-7	72 rue du 11 Novembre 42100 ST ETIENNE	43	Haute Loire
			69	Rhône
<b>HARMONIE MUTUALITE MUTUELLE ATLANTIQUE</b>	44M00698-9	29 quai François Mitterrand 44273 NANTES CEDEX 02	44	Loire Atlantique
<b>SPHERIA - Val de France</b>	45M00431	16 rue des Grands Champs 45025 ORLEANS CEDEX 1	45	Loiret
			28	Eure et Loir
			58	Nièvre



<b>HARMONIE MUTUALITE</b>	En cours d'attribution	67, rue des Ponts de Cé 49010 ANGERS CEDEX 01	18	Cher
			37	Indre et Loire
			41	Loir et Cher
			49	Maine et Loire
			85	Vendée
			86	Vienne
<b>APREVA</b>	59M01781_0	Rue des Canonniers BP 299 59306 VALENCIENNES CEDEX	59	Nord
	62M01458_9	2 rue de l'Origan 62036 ARRAS CEDEX	62	Pas de Calais
<b>RADIANCE PICARDIE</b>	60M00575_5	106 rue Faidherbe 60184 NOGENT SUR OISE	60	Oise
			02	Aisne
			80	Somme
<b>MUT'EST</b>	67M00123_9	11 bd Wilson 67082 STRASBOURG CEDEX	67	Bas Rhin
			57	Moselle
<b>MCA</b>	68M00128_6	6 route de Rouffach 68027 COLMAR	68	Haut Rhin
			57	Moselle
<b>MNM</b>	75M04724_3	170-174, Boulevard de la Villette 75918 PARIS CEDEX 19	2A	Corse du Sud
			2B	Haute Corse
			08	Ardennes
			10	Aube
			13	Bouches du Rhône
			15	Cantal
			19	Corrèze
			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
<b>MNM (suite)</b>			55	Meuse
			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
<b>SMI</b>	75M03219	2 rue de Laborde 750374 PARIS CEDEX 08	75	Ville de Paris
			77	Seine et Marne
			78	Yvelines
			91	Essonne
			92	Hauts de Seine
			93	Seine ST Denis
			94	Val de Marne
			95	Val d'Oise
			97	Guyane
<b>PREVIADES</b>	76M00835-9	174 bd de Strasbourg 76098 LE HAVRE CEDEX	14	Calvados
			50	Manche
			61	Orne
			76	Seine Maritime
<b>RELEYA</b>	89M00294_2	3 avenue de la Fontaine Ste Marguerite - BP 359 89006 AUXERRE	89	Yonne
<b>MUTUELLE DE MARIE GAILLARD</b>	97M101-457	Section Bernard 97190 LE GOSIER GUADELOUPE	97	Guadeloupe
<b>MUTUELLE UNITE FRATERNELLE DES REGIONS</b>	97M20126_5	Cité Lacroix 97231 ROBERT MARTINIQUE	97	Martinique
<b>MUTUALITE DE LA REUNION</b>	En cours d'attribution	14 Bd Doret - BP 340 97647 SAINT DENIS CEDEX - REUNION	97	Réunion

## **ANNEXE III A L'AVENANT N° 11 du 16 Avril 2008**

### **A LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA COIFFURE RELATIF AU REGIME COMPLEMENTAIRE « FRAIS DE SANTE » DES SALARIES DE LA COIFFURE**

## **CONTRAT DE GARANTIES COLLECTIVES**

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Entreprises de la Coiffure, ont signé le **16 avril 2008**, l'**avenant N° 11 « Frais de Santé »** à votre Convention Collective Nationale de la Coiffure instituant une amélioration des garanties du régime complémentaire Frais de Santé, avenant **qui fait l'objet d'une procédure d'extension**. 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° **11** 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 **l'Avenant N° 11 du 16 avril 2008** 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**

#### **Etendue des garanties**

Le régime dont le détail des garanties est expressément indiqué dans **l'Avenant N° 11 du 16 avril 2008** prévoit, un régime obligatoire adapté d'une part au régime général et d'autre part au régime local 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 pour les salariés et les ayants droits**

#### **2 – 1 Régime Général Sécurité sociale**

#### **OPTION 1**

ACTES	PRESTATIONS OPTION 1
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE</b>	
Honoraires	+ 25 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
* Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI *	
° Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie.	
Frais de séjour	+ 25 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Chambre particulière	100 FR limité à la BRSS et à défaut 1,5 % PMSS/Jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour ou Psychiatrie
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	1 % DU PMSS/Jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour
<b>CONSULTATIONS - VISITES</b>	
Consultations – Visites	+ 25 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Actes en ADC (actes de chirurgie), ATM (actes techniques)	+ 25 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Analyses	+ 25 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Actes en ADE (actes d'échographie) ADI (actes d'imagerie)	+ 25 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Auxiliaires Médicaux	+ 25 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Prothèses autres que dentaires (Audioprothèse, orthopédie, petit appareillage et Accessoires)	+ 25 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie (diplômé d'état - inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	+ 5€ p/consultation limité à 20 € par an et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>	
Soins Dentaires	+ 25 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Prothèses Dentaires prises en charge par la S.S.	+ 100 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Prothèses Dentaires non prises en charge par la S.S.	+ 150 % BRSS Théorique
Orthodontie acceptée (tous les 6 mois)	+ 40 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
<b>OPTIQUE (par année civile)</b>	
Verres (la paire)	+ 0,6 % PMSS
Montures	+ 0,6 % PMSS
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	+ 0,6 % PMSS
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale médicalement justifiées	+ 0,6 % PMSS
Kératotomie (chirurgie au laser de la Myopie)	+ 2 % PMSS par œil
<b>MATERNITE</b>	
Participation aux frais de maternité **	+ 3 % PMSS
(**) Le versement de la prestation complémentaire de la Maternité s'entend par enfant et par parent cotisant y compris dans le cas de naissance gemellaire	
BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale	FR : Frais réels
MRSS: Montant remboursé par la Sécurité Sociale	PMSS 2008 : plafond mensuel de la Sécurité Sociale 2008 : 2773 €
Les présentes garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrats.	

## OPTION 2

ACTES	PRESTATIONS OPTION 2
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE, MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE</b>	
Honoraires	+ 75 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
* Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI *	
* Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie.	
Frais de séjour	+ 75 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Chambre particulière	100 FR limité à la BRSS et à défaut 2 % PMSS/Jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour ou Psychiatrie
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	1 % DU PMSS/Jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour
<b>CONSULTATIONS – VISITES</b>	
Consultations – Visites	+ 75 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Actes en ADC (actes de chirurgie), ATM (actes techniques)	+ 75 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Analyses	+ 75 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Actes en ADE (actes d'échographie) ADI (actes d'imagerie)	+ 75 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Auxiliaires Médicaux	+ 75 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Prothèses autres que dentaires (Audioprothèse, orthopédie, petit appareillage et Accessoires)	+ 75 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie (diplômé d'état - inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	+ 10 € p/consultation limité à 40 € par an et par bénéficiaire
<b>Dentaire</b>	
Soins Dentaires	+ 75 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Prothèses Dentaires prises en charge par la S.S.	+ 200 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
Prothèses Dentaires non prises en charge par la S.S.	200 % BRSS Théorique
Orthodontie acceptée (tous les 6 mois)	+ 80 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)
<b>Optique (par année civile)</b>	
Verres (la paire)	+ 1,2 % PMSS
Monture	+ 1,2 % PMSS
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	+ 1,2 % PMSS
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale médicalement justifiées	+ 1,2 % PMSS
Kératotomie (chirurgie au laser de la Myopie)	+ 4 % PMSS par œil
<b>Maternité</b>	
Participation aux frais de maternité **	+ 6 % PMSS
(**) Le versement de la prestation complémentaire de la Maternité s'entend par enfant et par parent cotisant y compris dans le cas de naissance gemellaire	
BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale	FR : Frais réels
MRSS : Montant remboursé par la Sécurité Sociale	PMSS 2008 : plafond mensuel de la Sécurité Sociale 2008 : 2773 €
Les présentes garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrats.	

### OPTION 3

ACTES		PRESTATIONS OPTION 3	
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE</b>		ETS Conventionnés	ETS. Non Conventionnés
Honoraires* (Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI) Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie.		100 FR	90 FR
		Dans la limite de (100 FR-100 % BRSS)	
Frais de séjour		100 FR	90 FR
		Dans la limite de (100 FR-100 % BRSS)	
Chambre particulière		100 % FR limité à la BRSS et à défaut 2,5% PMSS/Jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour ou Psychiatrie	
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans		1 % DU PMSS/Jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour	
<b>CONSULTATIONS-VISITES</b>			
Consultations – Visites		+ 150 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)	
Actes en ADC (actes de chirurgie), ATM (actes techniques)		+ 150 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)	
Analyses		+ 150 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)	
Actes en ADE (actes d'échographie) ADI (actes d'imagerie)		+ 150 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)	
Auxiliaires Médicaux		+ 150 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)	
Prothèses autres que dentaires (Audioprothèse, orthopédie, petit appareillage et Accessoires)		+ 150 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)	
Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie (diplômé d'état - inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)		+ 15 € p/consultation limité à 60 € par an et par bénéficiaire	
<b>TRANSPORT</b>			
Frais de Transport		100 % BRSS	
<b>DENTAIRE</b>			
Soins Dentaires		+ 150 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)	
Prothèses Dentaires prises en charge par la S.S.		+ 300 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)	
Prothèses Dentaires non prises en charge par la S.S.		300 % BRSS Théorique	
Orthodontie acceptée (tous les 6 mois)		+ 120 % BRSS dans la limite de (100 % FR - 100 % BRSS)	
<b>OPTIQUE (par année civile)</b>			
Verres (la paire)		+ 3 % PMSS	
Montures		+ 3 % PMSS	
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale		+ 3 % PMSS	
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale médicalement justifiées		+ 3 % PMSS	
Kératotomie (chirurgie au laser de la Myopie)		+ 9 % PMSS par œil	
<b>MATERNITE</b>			
Participation aux frais de maternité**		+ 9 % PMSS	

(\*\*) Le versement de la prestation complémentaire de la Maternité s'entend par enfant et par parent cotisant y compris dans le cas de naissance gemellaire

BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale

FR : Frais réels

MRSS: Montant remboursé par la Sécurité Sociale

PMSS 2008 : plafond mensuel de la Sécurité Sociale 2008 : 2773 €

Les présentes garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrats.

## 2 – 2 Régime local d'Alsace-Moselle

### OPTION ALSACE MOSELLE

ACTES	PRESTATIONS REGIME LOCAL OPTION ALSACE MOSELLE
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE</b>	
Honoraires* (Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI) Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie.	100 % FR
Frais de séjour	100 % FR
Forfait journalier	Néant
Chambre particulière	/
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	/
<b>CONSULTATIONS - VISITES</b>	
Consultations – Visites	+ 50 % BRSS
Actes en ADC (actes de chirurgie), ATM (actes techniques)	+ 50 % BRSS
Analyses	+ 100 % BRSS
Actes en ADE (actes d'échographie) ADI (actes d'imagerie)	+ 100 % BRSS
Auxiliaires Médicaux	+ 100 % BRSS
Prothèses autres que dentaires (Audioprothèse, orthopédie, petit appareillage et Accessoires)	+ 100 % BRSS
Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie (diplômé d'état - inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	10 € p/consultation limité à 30 € par an et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT</b>	
Frais de Transport	+ 100 % BRSS
<b>DENTAIRE</b>	
Soins Dentaires	/
Prothèses Dentaires prises en charge par la S.S.	+ 50 % BRSS
Prothèses Dentaires non prises en charge par la S.S.	+ 50 % BRSS théorique
Orthodontie acceptée	/
<b>OPTIQUE (par année civile)</b>	
Verres (par verres)	3% DU PMSS
Montures	3% DU PMSS
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	3% DU PMSS
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale médicalement justifiées	/
Kératotomie (chirurgie au laser de la Myopie)	+ 9 % PMSS par œil
<b>MATERNITE</b>	
Participation aux frais de maternité**	+ 100 FR-SS dans la limite de 4 % PMSS par an par bénéficiaire (limite doublée en cas de naissance gémellaire)
(**) Le versement de la prestation complémentaire de la Maternité s'entend par enfant et par parent cotisant y compris dans le cas de naissance gémellaire	
BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale	FR : Frais réels
MRSS: Montant remboursé par la Sécurité Sociale	PMSS 2008 : plafond mensuel de la Sécurité Sociale 2008 : 277
Les présentes garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrats.	

## 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 bénéficiaires 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	Option 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>ème</sup> enfant pour un même foyer

### B – Pour les bénéficiaires du régime d'accueil et les membres de leur famille bénéficiaires 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 ASSEDIC (ou ayant cessé d'en percevoir étant inscrit à l'ANPE),
- ainsi que les ayants-droits des salariés décédés ;
  - les salariés dont le contrat de travail est suspendu ;
  - les conjoints assurés sociaux en activité ou licenciés indemnisés par les Assedic (ou ayant cessé d'être indemnisés mais inscrits 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	Option Alsace / Moselle
Adulte	0,33 %	0,58 %	0,96 %	0,29 %
Enfant	0,16 %	0,28 %	0,49 %	0,14 %

(\*) du PASS par an et par personne

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

- 2) Pour les anciens salariés du régime de la coiffure, ayant cotisé en qualité d'actif, et les conjoints eux mêmes retraités ou préretraités non ayants droit de l'adhérent, sous réserve qu'ils aient été bénéficiaires du régime avant leur mise en retraite ou préretraite :

	Option 1	Option 2	Option 3	Option Alsace/Moselle
Adulte	0,46 %	0,81 %	1,26 %	0,33 %
Enfant	0,16 %	0,28 %	0,49 %	0,14 %

(\*) du PASS par an et par personne



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

3) **Pour les conjoints non retraités non ayants droits** au sens de la Sécurité sociale – c'est à dire ayant leur propre numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, donc ne figurant pas sur la carte d'immatriculation de leur conjoint :

	Option 1	Option 2	Option 3	Option Alsace/Moselle
Adulte	0,26 %	0,45 %	0,77 %	0,20 %
Enfant	0,16 %	0,28 %	0,49 %	0,14 %

### GENERALITES

*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 de la présente annexe.*

*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.*

**RECAPITULATIF DES COTISATIONS**  
(en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale)  
**Taux de cotisations – Régime CONVENTIONNEL**

**1 - SALARIES DE LA COIFFURE**

	Salariés de la coiffure *	Apprentis
Cotisation Familiale	1,38 %	1 %

\* Salariés de la coiffure + ayants droits à charge au sens de la Sécurité Sociale – soit figurant sur la carte d'immatriculation du salarié

**REPARTITION DE LA COTISATION**

Employeur	Salarié
60 %	40 %

**2 - REGIME D'ACCUEIL – MAINTIEN DE GARANTIE**

Catégorie de Bénéficiaires	Taux de cotisations
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anciens Salariés licenciés après avoir cotisé à titre d'actifs et percevant des prestations Assedic ou inscrits à l'ANPE</li> <li>■ Ayants droits de salariés décédés</li> <li>■ Salariés dont le contrat de travail est suspendu</li> </ul> Bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu	Familiale : 1,76%
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anciens salariés préretraités ou retraités ayant cotisé à titre d'actifs, et leurs conjoints eux-mêmes retraités ou pré-retraités</li> </ul>	Adulte : 1,88 % Enfant* : Gratuit

\* Enfants ayants droits à charge au sens de la Sécurité Sociale

**3 - REGIME DES CONJOINTS NON RETRAITES Non ayants droits Sécurité sociale**

Catégorie de bénéficiaires	Taux de cotisations
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conjoint non retraité non ayants droits au sens de la Sécurité sociale – ayant leur propre numéro d'immatriculation à la SS, donc ne figurant pas sur la carte d'immatriculation du salarié de la Coiffure.</li> </ul>	Adulte : 0,98 %*** Enfant* : Gratuit

\* Enfants ayants droits si à charge au sens de la Sécurité Sociale

## Taux de cotisations – Régime OPTIONNEL

Catégorie de Bénéficiaires	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3		OPTION ALSACE MOSELLE	
	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT
<b>1- Salariés de Coiffure</b>	0,26 %	0,16 %	0,45 %	0,28 %	0,77 %	0,49 %	0,20 %	0,14 %
■ Apprentis	0,26 %	0,16 %	0,45 %	0,28 %	0,77 %	0,49 %	0,20 %	0,14 %
■ 2 – Régime d'Accueil Anciens Salariés licenciés après avoir cotisé à titre d'actifs et percevant des prestations Assedic ou inscrits à l'ANPE	0,33 %	0,16 %	0,58 %	0,28 %	0,96 %	0,49 %	0,29 %	0,14 %
■ Ayants droits 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								
■ Anciens salariés préretraités ou retraités ayant cotisé à titre d'actifs, et leurs conjoints eux-mêmes retraités ou pré-retraités	0,46 %	0,16 %	0,81 %	0,28 %	1,26 %	0,49 %	0,33 %	0,14 %
<b>3 - Conjoints non retraités non ayants droits au sens de la Sécurité sociale – c'est à dire ayant leur propre numéro d'immatriculation à la SS, donc ne figurant pas sur la carte d'immatriculation de leur conjoint.</b>	0,26 %	0,16 %	0,45 %	0,28 %	0,77 %	0,49 %	0,20 %	0,14 %

## Assiette des cotisations – Défaut de paiement

Le régime complémentaire Frais de Santé visé par l'**Avenant N° 11 du 16 avril 2008** 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 droits)

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>ème</sup> jour une inscription de privilège est effectuée par la mutuelle gestionnaire des frais de Santé.
- Au 90<sup>ème</sup> jour une procédure d'injonction de payer est intentée devant le tribunal d'instance. (point de départ à compter de la 1<sup>ère</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**

### **Forclusion et Prescription**

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de six mois, courant à partir de la date du décompte de la Sécurité Sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations.

Les prestations non réclamées ou non perçues se prescrivent par deux ans **Article 12 de l'Avenant N°11 du 16 avril 2008**

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 au régime obligatoire Frais de Santé est obligatoire pour l'ensemble des salariés. Elle est acquise dès la date d'adhésion de l'entreprise au régime obligatoire Frais de Santé ou dès l'embauche du salarié. Cette disposition ne dispense cependant pas le salarié d'accomplir les formalités suivantes :

- L'adhésion du salarié s'effectue à partir d'un bulletin d'adhésion complété par ses soins et son employeur, auquel est joint un relevé d'identité bancaire (RIB) ou assimilé, ainsi qu'une copie de la carte d'assuré social du salarié (carte sécurité sociale ou attestation de carte vitale).
- Ce bulletin est à retourner par le salarié à l'employeur qui le retournera à la mutuelle désignée, accompagné des pièces justificatives nécessaires à cette adhésion.

## **Article 7**

### **Conditions d'admission dans le régime conventionnel Frais de Santé**

- Les salariés sont immédiatement admis dans le régime optionnel Frais de Santé dès lors qu'ils sont salariés de la Coiffure et leur entreprise a souscrit au dit régime
- L'affiliation au régime conventionnel Frais de Santé sera matérialisée par la remise d'une carte tiers-payant valant adhésion pour le salarié et ses ayants droits à charge au sens de la Sécurité sociale.
- Si un salarié a plusieurs employeurs, il sera affilié au régime par l'entreprise dans laquelle il effectue la durée de temps de travail la plus longue. Si la durée de temps de travail est identique au sein de chaque entreprise, le salarié sera affilié auprès de l'entreprise dans laquelle le contrat de travail est le plus ancien.

■

## **Article 8**

### **Gestion du régime**

## 8 – 1 Mutualisation et Gestion

Ainsi indiqué en Préambule de l'Avenant N° 11 du 16 avril 2008, les signataires de ce dit avenant ont pris la décision d'adhérer aux mutuelles visées à l'annexe II de cet 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 coassurance est répartie comme suit :

- 40 % pour l'UNPMF
- 60 % pour les Mutuelles visées à l'annexe II de l'Avenant N°11

Les mutuelles assurent la gestion administrative du régime, et l'UNPMF assure l'apérition du régime Frais de Santé et les représente auprès des partenaires sociaux.

Par conséquent, la mutualisation des risques souhaitée par les signataires de l'Avenant N°11 du 16 avril 2008 s'effectue par le biais :

- D'une part, de l'adhésion obligatoire des entreprises de la Coiffure entrant dans le champ d'application de la Convention collective auprès de la mutuelle désignée, correspondant à l'implantation de leur siège social (sauf dérogation exceptionnelle accordée par le comité de gestion après une étude approfondie de la demande par la dite commission). Cette adhésion entraîne l'affiliation de la totalité de leurs salariés (régulièrement affiliés au régime général de la Sécurité Sociale ou au régime local d'Alsace Moselle de Sécurité Sociale.
- 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).

## 8 – 2 Délégation de Gestion

- Ainsi qu'indiqué à l'article 16, 2° de l'avenant n° 11, la gestion pourra éventuellement être assurée par une mutuelle non désignée ne figurant pas à l'Annexe II, 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.

## **Article 9**

### **Fonds Social**

#### **9 -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 » définies dans l'**avenant n° 11** 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.

#### **9 -2 Gestion du fonds**

La gestion administrative et financière du fonds est confiée à l'Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française.

## **Article 10**

### **Effet - Durée**

Le présent « Contrat de garanties collectives » aura un effet et une durée identique à l'**avenant n° 11** à la Convention Collective du **16 avril 2008**.

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 11**, notamment, du fait de la dénonciation ou de la remise en cause dudit accord.

Un préavis de six mois devra être respecté dans les trois 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 16 Avril 2008

Faits en 10 exemplaires originaux

Pour les organisations patronales :

la Fédération Nationale de la Coiffure Française,

le Conseil National des Entreprises de Coiffure (CNEC),



Pour les organisations salariales

La Fédération FO de la coiffure,

La Fédération des services CFDT,

La Fédération CSFV CFTC

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

La Fédération du Commerce et des Services CGT  
La Secrétaire Fédérale – Elisabeth CHARTIER

Pour l'Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française