

Brochure n° 3159

Convention collective nationale
IDCC : 2596. – COIFFURE ET PROFESSIONS CONNEXES

AVENANT N° 27 DU 21 JUIN 2012

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1251134M

IDCC : 2596

Entre :

La FNCF ;

Le CNEC,

D'une part, et

La FS CFDT ;

La FNECS CFE-CGC ;

La CSFV CFTC ;

La FCS CGT ;

Le SG FO coiffure et esthétique,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Le présent avenant a pour objet d'intégrer de nouvelles garanties au régime général conventionnel et au régime local Alsace-Moselle.

Article 1^{er}

Modification du tableau des garanties à compter du 1^{er} octobre 2012

Les tableaux de garanties définis dans l'avenant n° 22 à la convention collective de la coiffure et des professions connexes du 1^{er} décembre 2010 intègrent, à compter du 1^{er} octobre 2012, deux nouvelles prestations qui sont mises à disposition des salariés du régime général et local de la sécurité sociale, à savoir :

- les vaccins non remboursés par la sécurité sociale ;
- la parodontologie non remboursée par la sécurité sociale.

Article 2

Tableaux de garanties

En conséquence de l'article 1^{er}, les tableaux de garanties du régime général conventionnel et du régime local Alsace-Moselle figurant en annexe I de l'avenant annulent et remplacent ceux de l'annexe IV du contrat de garantie garanties collectives de l'avenant n° 22 du 1^{er} décembre 2010.

Article 3

Taux de cotisation

3.1. Régime général

(En pourcentage.)

	TAUX CONVENTIONNEL				SUPPLÉMENT OPTION 1			
	HT	CMU	TSCA	TTC	HT	CMU	TSCA	TTC
Salarié	1,218	0,076	0,086	1,380	0,230	0,014	0,016	0,260
Apprenti	0,883	0,055	0,062	1,000	0,230	0,014	0,016	0,260
Ancien salarié indemnisé ASSEDIC	1,554	0,097	0,109	1,760	0,291	0,018	0,021	0,330
Ancien salarié préretraité et retraité	1,660	0,104	0,116	1,880	0,406	0,025	0,029	0,460
Conjoint non ayant droit actif	0,865	0,054	0,061	0,980	0,230	0,014	0,016	0,260
Conjoint préretraité et retraité	1,660	0,104	0,116	1,880	0,406	0,025	0,029	0,460
Enfant (gratuité 3 ^e)	Gratuit				0,141	0,009	0,010	0,160

(En pourcentage.)

	SUPPLÉMENT OPTION 2				SUPPLÉMENT OPTION 3			
	HT	CMU	TSCA	TTC	HT	CMU	TSCA	TTC
Salarié	0,397	0,025	0,028	0,450	0,680	0,043	0,047	0,770
Apprenti	0,397	0,025	0,028	0,450	0,680	0,043	0,047	0,770
Ancien salarié indemnisé ASSEDIC	0,512	0,032	0,036	0,580	0,848	0,053	0,059	0,960
Ancien salarié préretraité et retraité	0,715	0,045	0,050	0,810	1,112	0,070	0,078	1,260
Conjoint non ayant droit actif	0,397	0,025	0,028	0,450	0,680	0,043	0,047	0,770
Conjoint préretraité et retraité	0,715	0,045	0,050	0,810	1,112	0,070	0,078	1,260
Enfant (gratuité 3 ^e)	0,247	0,015	0,018	0,280	0,433	0,027	0,030	0,490

3.2. Régime Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

	TAUX CONVENTIONNEL				SUPPLÉMENT OPTION			
	HT	CMU	TSCA	TTC	HT	CMU	TSCA	TTC
Salarié :								
– cotisation adulte	1,218	0,076	0,086	1,380	0,177	0,011	0,012	0,200
– cotisation enfant	Gratuit				0,124	0,008	0,008	0,140
Régime d'accueil :								
– cotisation adulte	1,554	0,097	0,109	1,760	0,256	0,016	0,018	0,290
– cotisation enfant	Gratuit				0,124	0,008	0,008	0,140
Régime retraité / préretraité :								
– adulte	1,660	0,104	0,116	1,880	0,291	0,018	0,021	0,330
– enfant	Gratuit				0,124	0,008	0,008	0,140

	TAUX CONVENTIONNEL				SUPPLÉMENT OPTION			
	HT	CMU	TSCA	TTC	HT	CMU	TSCA	TTC
Régime conjoint non retraité non ayant droit sécurité sociale :								
– adulte	0,865	0,054	0,061	0,980	0,177	0,011	0,012	0,200
– enfant	Gratuit				0,124	0,008	0,008	0,140

Article 4

Date d'effet et durée de l'avenant

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le 1^{er} octobre 2012.

Il entrera en vigueur à la date de signature dans le respect des dispositions légales, il annule et remplace l'avenant n° 22 du 1^{er} décembre 2010 à la convention collective nationale de la coiffure.

Article 5

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.

Fait à Paris, le 21 juin 2012.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABLEAU DES GARANTIES DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Régime général de la sécurité sociale

ACTE	PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE base conventionnelle
Hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	
Honoraires :	
– actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI	45 % BRSS
– actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	45 % BRSS
Frais de séjour	45 % BRSS
Forfait journalier	100 % du forfait en vigueur (limité à 30 jours par an et par bénéficiaire en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques)
Chambre particulière	15 € par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	Néant
Lit accompagnant	15 € par jour
Consultations, visites	
Consultations, visites	30 % BRSS
Actes de spécialité des médecins	30 % BRSS
Analyses	40 % BRSS
Radiologie	30 % BRSS
Auxiliaires médicaux	40 % BRSS
Prothèses autres que dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)	40 % BRSS
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie (diplômé d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 € par consultation limité à 80 € par an et par bénéficiaire
Pharmacie, transport	
Pharmacie vignette blanche	35 % BRSS
Pharmacie vignette bleue	70 % BRSS
Pharmacie vignette orange	85 % BRSS
Frais de transport	35 % BRSS

ACTE	PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE base conventionnelle
Dentaire Soins dentaires Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale Inlays (**) Onlays (**) Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale Implants Orthodontie acceptée Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale : – curetage/surfaçage – greffe gingivale – allongement coronaire – lambeau	30 % BRSS 200 % BRSS (dans la limite de 100 % du [BRSS – MRSS]) + 170 % BRSS) 200 % BRSS 200 % BRSS Néant 400 € par an et par bénéficiaire 75 % BRSS tous les 6 mois 50 % des frais réels limité à 1 % du PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an (30,31 €) (*) 50 % des frais réels limité à 3 % du PMSS par séance dans la limite de 1 greffe par an (90,93 €) (*) 50 % des frais réels limité à 0,50 % PMSS par intervention limité à 2 interventions par an (15,16 €) (*) 50 % des frais réels limité à 1,50 % du PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an (45,47 €) (*)
Optique (par année civile) Verres (par verre) Montures Lentilles prises en charge par la sécurité sociale Lentilles refusées par la sécurité sociale médicalement justifiées Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie)	35 % BRSS + 2,5 % PMSS par verre, par an et par bénéficiaire (75,78 €) (*) 35 % BRSS + 3,5 % PMSS par an et par bénéficiaire (106,09 €) (*) 35 % BRSS + 3,5 % PMSS par an et par bénéficiaire (106,09 €) (*) 3,5 % PMSS par an et par bénéficiaire (106,09 €) (*) 6 % PMSS par œil (181,86 €) (*)
Maternité Participation aux frais de maternité (versement d'une prime) (***) Chambre particulière	7 % du PMSS (212,17 €) (*) 100 % des frais engagés dans la limite de 1,5 % PMSS par jour et dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire (45,47 €) (*)
Autres remboursements Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire	100 % des frais engagés dans la limite de 1 % PMSS par an et par bénéficiaire (30,31 €) (*)

ACTE	PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE base conventionnelle
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale	80 % des frais réels limité à 4 % du PMSS par personne et par an (121,24 €) (*)
<p>Le taux de remboursement pour la sécurité sociale s'entend seulement en cas de respect du parcours de soins coordonné. BRSS : base de remboursement sécurité sociale. FR : frais réels. MRSS : montant remboursé par la sécurité sociale. (*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 031 € au 1^{er} janvier 2012). (**) Actes en SC : SC7 / SC12 / SC17 (pas de remboursement pour les inlays, onlays non remboursés par la sécurité sociale). (***) 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.</p>	

Régime Alsace-Moselle

ACTE	PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE base conventionnelle
Hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie Honoraires : – actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI – actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie Frais de séjour Forfait journalier Chambre particulière Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans lit accompagnant	 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS Néant 100 % des frais réels dans la limite de 60 jours par année civile en hospitalisation médicale et moyen séjour ou psychiatrie 100 % des frais réels dans la limite de 1,5 % PMSS par jour (45,47 €) (*) 15 € par jour
Consultations, visites Consultations, visites Actes de spécialité des médecins Analyses Radiologie Auxiliaires médicaux Prothèses autres que dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires) Ostéopathie, chiropractie, étiopathie (diplômé d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	 100 % BRSS moins MRSS + 100 % BRSS 100 % BRSS moins MRSS + 100 % BRSS 100 % BRSS moins MRSS + 50 % BRSS 100 % BRSS moins MRSS + 50 % BRSS 100 % BRSS moins MRSS + 50 % BRSS 100 % BRSS moins MRSS + 50 % BRSS 20 € par consultation limité à 80 € par an et par bénéficiaire
Pharmacie, transport Pharmacie vignette blanche Pharmacie vignette bleue Pharmacie vignette orange Frais de transport	 100 % BRSS moins MRSS 100 % BRSS moins MRSS 100 % BRSS moins MRSS 100 % BRSS moins MRSS

ACTE	PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE base conventionnelle
Dentaire Soins dentaires Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale Inlays (**) Onlays (**) Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale : Implants Orthodontie acceptée Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale : – curetage/surfaçage – greffe gingivale – allongement coronaire – lambeau	100 % BRSS moins MRSS + 250 % BRSS 100 % BRSS moins MRSS + 250 % BRSS 100 % BRSS moins MRSS + 250 % BRSS 100 % BRSS moins MRSS + 250 % BRSS 250 % BRSS théorique 400 € par an et par bénéficiaire 200 % BRSS 50 % des frais réels limité à 1 % du PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an (30,31 €) (*) 50 % des frais réels limité à 3 % du PMSS par séance dans la limite de 1 greffe par an (90,93 €) (*) 50 % des frais réels limité à 0,50 % PMSS par intervention limité à 2 interventions par an (15,16 €) (*) 50 % des frais réels limité à 1,50 % du PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an (45,47 €) (*)
Optique (par année civile) Verres (par verre) Montures Lentilles prises en charge par la sécurité sociale Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale médicalement justifiées Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie)	100 % BRSS moins MRSS + 3,5 % PMSS par verre, par an et par bénéficiaire (106,09 €) (*) 100 % BRSS moins MRSS + 3 % PMSS par an et par bénéficiaire (90,93 €) (*) 100 % BRSS moins MRSS + 8 % PMSS par an et par bénéficiaire (242,48 €) (*) 8 % PMSS par an et par bénéficiaire (242,48 €) (*) 6 % PMSS par œil (181,86 €) (*)
Maternité Participation aux frais de maternité (versement d'une prime) (***) Chambre particulière	10 % PMSS par an et par bénéficiaire (303,10 €) (*) 100 % des frais engagés dans la limite de 1,5 % PMSS par jour et dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire (45,47 €) (*)
Autres remboursements Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire	100 % des frais engagés dans la limite de 1 % PMSS par an et par bénéficiaire (30,31 €) (*)

ACTE	PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE base conventionnelle
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale	80 % des frais réels limité à 4 % du PMSS par personne et par an (121,24 €) (*)
<p>Le taux de remboursement pour la sécurité sociale s'entend seulement en cas de respect du parcours de soins coordonnés.</p> <p>BRSS : base de remboursement sécurité sociale.</p> <p>FR : frais réels.</p> <p>MRSS : montant remboursé par la sécurité sociale.</p> <p>(*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 031 € au 1^{er} janvier 2012).</p> <p>(**) Actes en SC : SC7 / SC12 / SC17 (pas de remboursement pour les inlays, onlays non remboursés par la sécurité sociale).</p> <p>(***) 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.</p>	

ANNEXE V

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

Article 1^{er}

Intégration de prestations extracontractuelles à compter du 1^{er} octobre 2012

Il a été décidé d'utiliser la réserve de stabilité pour participer à la prise en charge de certains soins prescrits médicalement, mais non remboursés par la sécurité sociale.

Les modalités de financement sont détaillées dans le protocole d'accord technique qui fait l'objet d'un avenant à cette fin.

Ces prestations seront prises en charge du 1^{er} octobre 2012 au 31 décembre afin d'en mesurer les bénéfices pour les salariés et leurs ayants droit et mesurer l'impact réel sur le régime.

Elles seront ensuite revues chaque année en fonction de la consommation effective sans donner lieu à renégociation du contrat de garanties collectives, après proposition de la commission paritaire de suivi et concertation entre les souscripteurs et l'apériteur.

Les demandes de remboursement de ces prestations sont formulées par les salariés auprès de leur mutuelle gestionnaire qui les examine et les traite.

NATURE DES SOINS	PRESTATIONS EXTRACTIONNELLES
Psychologue	50 % des frais réels limité à 1 % du PMSS par séance (30,31 € en 2012) 5 séances par personne et par an
Psychomotricité, ergothérapie	50 % des frais réels limité à 1 % du PMSS par séance (30,31 € en 2012) 10 séances par personne et par an
Diététicien	50 % des frais réels limité à 1 % du PMSS par séance (30,31 € en 2012) 5 consultations par personne et par an
Analyses médicales hors nomenclature Radios hors nomenclature (densitométrie osseuse)	50 % des frais réels, la prestation maximale étant limitée au PMSS divisé par 30 (soit 101,03 € valeur janvier 2012).

Article 2

Effet et durée

La présente annexe V au « Contrat de garanties collectives » aura un effet à une durée identique à l'avenant n° 27 du 1^{er} octobre 2012 à la convention collective nationale de la coiffure.

Il pourra toutefois être résilié par les parties signataires :

- les partenaires sociaux à la suite d'un avenant à la convention modifiant les organismes assureurs désignés ;
- l'ensemble des organismes assureurs désignés ;
- l'une quelconque des parties signataires de l'avenant n° 27, notamment du fait de la dénonciation ou de la remise en cause dudit accord.

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