

Avenant n° 4 du 20 octobre 2021

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

NOR : ASET2151237M

IDCC : 2596

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

CNEC ;

UNEC,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGTA FO ;

FS CFDT ;

UNSA FCS ;

CGT FCS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux conviennent d'apporter des améliorations aux garanties du régime frais de santé conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes du 10 juillet 2006.

Les tableaux de garanties, figurant à l'article 3 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 (modifié) relatif au régime frais de santé, sont supprimés et sont remplacés par ceux figurant à l'article 2 du présent avenant.

Article 1^{er} | Champ d'application

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

Article 2 | Modification de l'article 3 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008

Les tableaux des garanties de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 sont modifiés concernant le remboursement de la chambre particulière en ambulatoire, du poste « Accessoires, appareillages, orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO », des médecines douces, et du forfait « contraception ».

En conséquence, l'intégralité des tableaux de garanties figurant à l'article 3 « Garanties » sont supprimés et remplacés par les tableaux insérés ci-après.

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

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
Hospitalisation				
Honoraires, actes et soins (Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.)				
Médecins signataires DPTM	135 % BR	170 % BR	220 % BR	535 % BR
Médecins non-signataires DPTM	115 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR
Participation du patient ^[1]	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Séjours				
Frais de séjour en secteur conventionné	145 % BR	170 % BR	220 % BR	545 % BR
Frais de séjour en secteur non conventionné	145 % BR	170 % BR	220 % BR	245 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait patient urgences	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière avec ou sans nuitée (= ambulatoire) en médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (convalescence, rééducation...) ^[2]	15 € / jour	70 € / jour	70 € / jour	70 € / jour
Frais d'accompagnement ^[3] Pour un enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat (âge apprécié à la date des soins).	Néant	35 € / jour	35 € / jour	35 € / jour
Lit d'accompagnement ^[4]	15 € / jour	25 € / jour	30 € / jour	35 € / jour
Soins courants				
Honoraires médicaux Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes				
Médecins signataires DPTM	120 % BR	140 % BR	190 % BR	250 % BR
Médecins non-signataires DPTM	100 % BR	115 % BR	165 % BR	200 % BR
Sages-femmes	120 % BR	140 % BR	190 % BR	250 % BR

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100 % BR	125 % BR	175 % BR	250 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Remboursés par l'AMO	100 % BR	125 % BR	175 % BR	250 % BR
Non remboursés par l'AMO	50 % des frais réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des frais réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des frais réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des frais réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire
Actes d'imagerie				
Médecins signataires DPTM	100 % BR	135 % BR	185 % BR	250 % BR
Médecins non-signataires DPTM	100 % BR	115 % BR	165 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
Médecins signataires DPTM	100 % BR	135 % BR	185 % BR	250 % BR
Médecins non-signataires DPTM	100 % BR	115 % BR	165 % BR	200 % BR
Participation du patient ⁽¹⁾	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Médicaments				
Médicaments à service médical rendu important	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical				
Accessoires, appareillages, orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques, capillaires et mammaires)	125 % BR	150 % BR	175 % BR	250 % BR
Prothèses capillaires et implants mammaires remboursés par l'AMO	100 % BR + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 250 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)
Transports				
Transports prescrits remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
Dentaire				
Soins, actes et consultations	125 % BR	150 % BR	200 % BR	275 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	175 % BR	225 % BR	275 % BR	325 % BR
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
Prothèses	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prothèses hors 100 % santé Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé Panier à honoraires maîtrisés – Actes soumis à des honoraires limites de facturation				
Inlays onlays	270 % BR	320 % BR	370 % BR	420 % BR
Prothèses	270 % BR	370 % BR	470 % BR	570 % BR
Panier à honoraires libres				
Inlays onlays	270 % BR	320 % BR	370 % BR	420 % BR
Prothèses	270 % BR	370 % BR	470 % BR	570 % BR
Actes non remboursés par l'AMO				
Implantologie	400 € par année civile et par bénéficiaire	425 € par année civile et par bénéficiaire	450 € par année civile et par bénéficiaire	500 € par année civile et par bénéficiaire
Parodontologie	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire
Prothèses	Néant	150 % BRR	200 % BRR	300 % BRR
Optique				
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement) Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) Classe A Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
Monture	Frais Réels			Frais Réels
Verres : tous types de correction	Frais Réels			Frais Réels
Prestations d'appairage	Frais Réels			Frais Réels

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture)				
Classe B – Tarifs libres				
Monture	100 €	100 €	100 €	100 €
Verre simple (forfait par verre)	100 % BR + 80 €	100 % BR + 99 €	100 % BR + 110 €	100 % BR + 127 €
Verre complexe (forfait par verre)	100 % BR + 80 €	100 % BR + 99 €	100 % BR + 110 €	100 % BR + 127 €
Verre très complexe (forfait par verre)	100 % BR + 80 €	100 % BR + 99 €	100 % BR + 110 €	100 % BR + 127 €
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles				
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 120 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 140 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 160 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 % BR + 220 € (forfait par année civile et par bénéficiaire)
Lentilles non remboursées par l'AMO	120 € par année civile et par bénéficiaire	140 € par année civile et par bénéficiaire	160 € par année civile et par bénéficiaire	220 € par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	205 € par œil, par année civile et par bénéficiaire	270 € par œil, par année civile et par bénéficiaire	160 € par année civile et par bénéficiaire	510 € par œil, par année civile et par bénéficiaire
Aides auditives				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipement 100 % santé (tel que défini réglementairement)				
Classe I. – Soumis à des prix limites de vente				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
Aides auditives	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipement hors 100 % santé				
Classe II. – Tarifs libres				
Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	100 % BR	120 % BR	120 % BR	120 % BR
Aides auditives plus de 20 ans	100 % BR	125 % BR	175 % BR	250 % BR
Accessoires, entretien, piles, réparations	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Naissance				
Allocation naissance ^[5]	230 €	335 €	430 €	530 €

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
Bien-être et prévention				
Acupuncteurs, auriculo-thérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étiopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, méso-thérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues ^[6]	80 € par année civile et par bénéficiaire	120 € par année civile et par bénéficiaire	120 € par année civile et par bénéficiaire	140 € par année civile et par bénéficiaire
Psychomotriciens, ergothérapeutes ^[6]	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile
Psychologues ^[6]	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile
Diététiciens ^[6]	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile
Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'AMO	60 € par année civile et par bénéficiaire	60 € par année civile et par bénéficiaire	60 € par année civile et par bénéficiaire	60 € par année civile et par bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO (uniquement injections)	110 € par année civile et par bénéficiaire	110 € par année civile et par bénéficiaire	110 € par année civile et par bénéficiaire	110 € par année civile et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO	50 % des Frais Réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des Frais Réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des Frais Réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire	50 % des Frais Réels dans la limite de 115 € par année civile et par bénéficiaire
Tous les actes de prévention pris en charge par l'AMO sont remboursés à 100 % BR				

Prestations	Remboursements y compris AMO			
	Base	Base + option 1	Base + option 2	Base + option 3
<p>B. – R. = base de remboursement (tarif officiel assurance maladie) B. – RR = base de remboursement reconstituée A. – MO = assurance maladie obligatoire Le service médical rendu est évalué par la haute autorité de santé D. – PTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'assurance maladie obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de l'organisme assureur si les actes ont été engagés à l'étranger [1] Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €. [2] Prise en charge de la chambre particulière avec ou sans nuitée (= ambulatoire). Prise en charge dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en médecine et chirurgie. Durée limitée à 60 jours par année civile en psychiatrie, 90 jours par année civile en soins de suite et réadaptation, maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire, 240 jours par année civile en centre agréé de rééducation [3] Nuitée, repas pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Limité à 30 jours par année civile. [4] Nuitées pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à l'hébergement. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat [5] Versement effectué en intégralité sur présentation de l'acte de naissance sans obligation d'inscription de l'enfant. Ce forfait est versé sur le dossier de la mère ou à défaut du père. [6] Praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou à la tarification à l'activité (TAA). Le taux du régime général de la sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'ALD par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.</p>				

Article 3 | *Stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés*

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

Article 4 | *Dispositions générales*

Article 4.1 | *Durée et entrée en vigueur*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

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

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

Il entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Article 4.2 | *Dépôt et extension*

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, un exemplaire du présent accord sera déposé auprès des services centraux du ministre chargé du travail, ainsi qu'au secrétariat greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée aux services du ministre chargé du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Cet accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale prévue à l'article L. 2231-5-1 du code du travail. La version publiée ne comporte pas les noms et prénoms des négociateurs et des signataires.

Le présent accord sera notifié, par la partie la plus diligente, à l'ensemble des organisations syndicales représentatives de la branche et non signataires de celui-ci.

Enfin, en application des articles R. 2262-1, R. 2262-2 et R. 2262-3 du code du travail, il sera transmis par les structures et associations aux représentants du personnel et mention de cet accord sera faite dans les structures et associations pour sa communication avec le personnel.

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

Fait à Paris, le 20 octobre 2021.

(Suivent les signatures.)