



**Convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes du 10 juillet 2006.
Etendue par arrêté du 3 avril 2007 JORF 17 avril 2007. - Textes Attachés - Avenant n° 36 du 8 juillet
2015 à l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 relatif au régime de soins de santé**

Etendu par arrêté du 11 décembre 2015 JORF 23 décembre 2015

IDCC

> 2596

SIGNATAIRES

> Fait à :

Fait à Paris, le 8 juillet 2015.

> Organisations d'employeurs :

CNEC ; UNEC.

> Organisations syndicales des salariés :

FNECS CFE-CGC ; FGTA FO ; CSFV CFTC ; FS CFDT ; FCS UNSA ; FCS CGT.

NUMÉRO DU BO

> 2015-38

LISTE DES CONVENTIONS AUXQUELLES CE TEXTE EST RATTACHÉ

> [Convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes du 10 juillet 2006. Etendue par arrêté du 3 avril 2007 JORF 17 avril 2007.](#)

Préambule

Article

En vigueur étendu

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

Les partenaires sociaux se sont réunis afin d'envisager la révision du dispositif. Cette révision a en effet été rendue nécessaire compte tenu de l'évolution du contexte législatif et réglementaire encadrant l'existence de garanties collectives en matière de frais de santé, notamment au regard de l'entrée en vigueur de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 du financement de la sécurité sociale pour 2014 ayant acté la censure des clauses de désignation d'organismes assureurs et réformé le cahier des charges des contrats responsables (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014).

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

Article 1er

En vigueur étendu

Modification de l'article 2 « Bénéficiaires du régime obligatoire »

L'article 2 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 est dorénavant rédigé comme suit :

« Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent avenant doivent couvrir à titre obligatoire l'ensemble des salariés, quel que soit leur statut (sous contrat à durée indéterminée ou déterminée, apprentis ...), qu'ils relèvent du régime général de la sécurité sociale ou du régime local de sécurité sociale d'Alsace-Moselle.

Les salariés suivants doivent toutefois avoir la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre des garanties frais de santé, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiant, dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé

servie dans le cadre d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées au 6e alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Le régime mis en place dans l'entreprise doit également couvrir à titre obligatoire, dans le cadre d'une cotisation uniforme famille, les ayants droit du salarié (enfants et conjoint à charge, tels que définis par le contrat d'assurance).

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture frais de santé sera maintenue par l'assureur :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès. »

Article 2

En vigueur étendu

Modification de l'article 4 « Garanties »

L'article 4 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008, devenant l'article 3, est dorénavant rédigé comme suit :

« Les entreprises devront garantir les salariés et leurs ayants droit en matière de frais de santé en respectant les minima de couverture, acte par acte, suivants :

Tableau des garanties du régime général de la sécurité sociale

Acte	remboursements conventionnels (y compris remboursements sécurité sociale)
Hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou en psychiatrie (1)	
Honoraires CAS	135 % BR
- actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI	
- actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	
Honoraires hors CAS	115 % BR
- actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI	
- actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	
Frais de séjour	145 % BR
Forfait journalier (2)	100 % BR
Chambre particulière	15 € par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou en psychiatrie
Lit accompagnant	15 € par jour
Consultations, visites	
Consultations, visites CAS	100 % BR
Consultations, visites hors CAS	100 % BR
Actes de spécialité des médecins CAS	100 % BR
Actes de spécialité des médecins hors CAS	100 % BR
Analyses	100 % BR
Radiologie CAS	100 % BR
Radiologie hors CAS	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses autres que dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)	100 % BR

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	100 % BR
Pharmacie vignette bleue	100 % BR
Pharmacie vignette orange	100 % BR
Frais de transport	100 % BR
Dentaire pris en charge par la sécurité sociale	
Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)	125 % BR
Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	270 % BR
Inlays, onlays (INO) (*)	270 % BR
Orthodontie	175 % BR tous les 6 mois
Dentaire non pris en charge par la sécurité sociale	
Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)	Néant
Implants (IMP)	400 € par an et par bénéficiaire
– curetage, surfaçage	50 % FR limité à 1 % PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an
– greffe gingivale	50 % FR limité à 3 % PMSS par séance dans la limite de 1 greffe par an
– allongement coronaire	50 % FR limité à 0,5 % PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an
– lambeau	50 % FR limité à 1,5 % PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an
Optique (par année civile) (3)	
Verres (par verre)	100 % BR + 79,50 €
Montures	100 % BR + 111 €
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	100 % BR + 3,5 % PMSS par an
Lentilles refusées par la sécurité sociale médicalement justifiées	3,5 % PMSS par an
Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie)	6 % PMSS
Maternité	
Participation aux frais de maternité (versement d'une prime) (**)	7 % PMSS
Chambre particulière	100 % FR dans la limite de 1,5 % PMSS par jour et dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire
Autres remboursements	
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire	100 % FR dans la limite de 1 % PMSS par an et par bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale	80 % FR limité à 4 % PMSS par an et par personne

BR : base de remboursement sécurité sociale.

FR : frais réels.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 170 € au 1er janvier 2015).

CAS : contrat d'accès aux soins.

(*) 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.

(1) Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement (BR) retenue par la mutuelle est celle des

praticiens conventionnés.

(2) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et les MAS, maisons d'accueil spécialisées.

(3) La prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement (verres + monture), sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Tableau des garanties du régime Alsace-Moselle

Acte	remboursements conventionnels (y compris remboursements sécurité sociale)
Hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou en psychiatrie (1)	
Honoraires CAS	Néant
– actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI	
– actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	
Honoraires hors CAS	Néant
– 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 % BR
Forfait journalier (2)	100 % du tarif en vigueur
Chambre particulière	100 % FR dans la limite de 60 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou en psychiatrie
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	100 % FR dans la limite de 1,5 % PMSS par jour
Lit accompagnant	15 € par jour
Consultations, visites	
Consultations, visites CAS	210 % BR
Consultations, visites hors CAS	190 % BR
Actes de spécialité des médecins CAS	210 % BR
Actes de spécialité des médecins hors CAS	190 % BR
Analyses	150 % BR
Radiologie CAS	160 % BR
Radiologie hors CAS	140 % BR
Auxiliaires médicaux	150 % BR
Prothèses autres que dentaires (audioprothèses, ortho pédie, petit appareillage et accessoires)	150 % BR
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	100 % BR
Pharmacie vignette bleue	100 % BR
Pharmacie vignette orange	100 % BR

Frais de transport	100 % BR
Dentaire pris en charge par la sécurité sociale	
Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)	350 % BR
Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	350 % BR
Inlays, onlays (INO) (*)	350 % BR
Orthodontie	300 % BR
Dentaire non pris en charge par la sécurité sociale	
Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)	250 % BR reconstituée
Implants (IMP)	400 € par an et par bénéficiaire
- curetage, surfaçage	50 % FR limité à 1 % PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an
- greffe gingivale	50 % FR limité à 3 % PMSS par séance dans la limite de 1 greffe par an
- allongement coronaire	50 % FR limité à 0,5 % PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an
- lambeau	50 % FR limité à 1,5 % PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an
Optique (par année civile) (3)	
Verres (par verre)	100 % BR + 111 €
Montures	100 % BR + 95 €
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	100 % BR + 8 % PMSS par an
Lentilles refusées par la sécurité sociale médicalement justifiées	8 % PMSS par an
Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie)	6 % PMSS
Maternité	
Participation aux frais de maternité (versement d'une prime) (**)	10 % PMSS
Chambre particulière	100 % FR dans la limite de 1,5 % PMSS par jour et dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire
Autres remboursements	
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire	100 % FR dans la limite de 1 % PMSS par an et par bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale	80 % FR limité à 4 % PMSS par personne et par an

BR : base de remboursement sécurité sociale.

FR : frais réels.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 170 € au 1er janvier 2015).

CAS : contrat d'accès aux soins.

(*) 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.

(1) Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement (BR) retenue par la mutuelle est celle des praticiens conventionnés.

(2) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et les MAS, maisons d'accueil spécialisées.

(3) La prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement (verres + monture), sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Article 3

En vigueur étendu

Modification de l'article 6 « Suspension »

L'article 6 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008, devenant l'article 4, est dorénavant rédigé comme suit :

« Le bénéfice de la couverture frais de santé doit être maintenu au profit des salariés dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur directement ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires (congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) ne bénéficient pas du maintien de la couverture santé, sous réserve de dispositions particulières pouvant être prévues par le contrat d'assurance. »

Article 4

En vigueur étendu

Modification de l'article 7 « Cotisations : assiette et taux »

L'article 7 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 devient l'article 5 et s'intitule « Cotisations ». Il est dorénavant rédigé comme suit :

« Les entreprises relevant de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes devront respecter une prise en charge à hauteur de 60 % de la cotisation globale correspondant à la couverture familiale obligatoire.

Cette participation patronale ne pourra en tout état de cause être inférieure à un plancher mensuel de 25 € pour le régime général de la sécurité sociale et le régime Alsace-Moselle. A compter du 1er janvier 2016, ce montant est indexé sur l'évolution de la valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les entreprises devront contribuer à la couverture santé de la même façon pour tous les salariés. »

Article 5

En vigueur étendu

Suppression d'articles devenus sans objet

Les articles 3, 5, 8 à 16 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 sont supprimés.

Article 6

En vigueur étendu

Entrée en vigueur et formalités

Le présent avenant prendra effet le 1er janvier 2016. Il s'incorpore à l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 qu'il modifie.

Il est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail. Les partenaires sociaux conviennent d'en demander l'extension auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et auprès du ministre chargé du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.