



**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° 3 du 13 mai
2019 relatif au régime de frais de santé**

IDCC

> 2596

SIGNATAIRES

> Fait à :

Fait à Paris, le 13 mai 2019. (Suivent les signatures.)

> Organisations d'employeurs :

CNEC ; UNEC,

> Organisations syndicales des salariés :

FGTA FO ; FS CFTD ; FCS UNSA ; FCS CGT,

NUMÉRO DU BO

> 2019-37

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.](#)

Article

En vigueur non étendu

Les parties signataires du présent avenant ont entériné dans les tableaux de garanties la mise en conformité de leur régime avec le dispositif 100 % santé afin de respecter les dispositions du cahier des charges du contrat responsable défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ont rendu l'expression de garanties plus lisible.

Elles ont en outre, apporté des améliorations de couverture sur les postes relatifs aux consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes, l'ostéopathie-médecine douce et les prothèses capillaires et baissé les taux de cotisation du régime de base tant pour les salariés relevant du régime général que du régime local ainsi que pour les conjoints pouvant adhérer à titre facultatif au régime frais de santé.

Les tableaux des garanties des salariés du régime général et local sont harmonisés et les taux de cotisation actualisés.

Enfin, la notion de conjoint « à charge » a disparu pour mettre en conformité le régime avec les dispositions relatives à la protection universelle maladie. Les conjoints peuvent adhérer au régime frais de santé à titre facultatif. La cotisation correspondante a été réduite.

Article 1er

En vigueur non étendu

Modification de l'article 2

L'article 2, « Bénéficiaires du régime obligatoire » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 ;

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

Les conjoints du salarié tels que défini dans le contrat d'assurance peuvent adhérer au régime frais de santé à titre facultatif.

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

– 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 non étendu

Modification de l'article 5

L'article 5, « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les entreprises relevant de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes devront prendre en charge au minimum 59,5 % de la cotisation globale correspondant à la couverture familiale (salarié + enfants).

Les taux de cotisation du régime de base sont les suivants :

| Régime général | Tarifs base en % PMSS | | | |
|----------------|-------------------------|---|-------------------------|---|
| | Salarié + enfants | | Conjoint facultatif | |
| | Taux de cotisation en % | Cotisation en € (base indicative : PMSS 2019) | Taux de cotisation en % | Cotisation en € (base indicative : PMSS 2019) |
| Actifs | 1,259 | 42,52 | 0,900 | 30,39 |
| Régime local | Tarifs base en % PMSS | | | |
| | Salarié + enfants | | Conjoint facultatif | |
| | Taux de cotisation en % | Cotisation en € (base indicative : PMSS 2019) | Taux de cotisation en % | Cotisation en € (base indicative : PMSS 2019) |
| Actifs | 1,025 | 34,61 | 0,732 % | 24,72 |

Les taux de cotisation des options sont les suivants :

| Régime général et régime local | Tarifs options en % PMSS | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | Adulte | | Enfant | |
| | Taux de cotisation adulte en % PMSS | Tarif adulte en € (base indicative : PMSS 2019) | Taux de cotisation enfant en % PMSS | Tarif enfant en € (base indicative : PMSS 2019) |
| Option 1 | | | | |
| Actifs | 0,260 | 8,78 | 0,160 | 5,40 |
| Option 2 | | | | |
| Actifs | 0,450 | 15,20 | 0,280 | 9,46 |
| Option 3 | | | | |
| Actifs | 0,770 | 26,00 | 0,490 | 16,55 |

Article 3

En vigueur non étendu

Modification de l'article 3

L'intégralité des tableaux de garanties figurant à l'article 3 « Garanties » sont substitués par les suivants :

| |
|---------------------|
| CCN coiffure |
|---------------------|

| garanties frais de santé 2020 | Remboursements y compris l'assurance maladie obligatoire (AMO*) CCN coiffure | | | |
|---|--|--|--|--|
| Prestations | Base conventionnelle | Option 1 | Option 2 | Option 3 |
| hospitalisation | | | | |
| Honoraires, actes et soins (1) | | | | |
| Médecins signataires DPTM* | 135 % BR* | 170 % BR | 220 % BR | 535 % BR |
| Médecins non-signataires DPTM | 115 % BR | 130 % BR | 180 % BR | 180 % BR |
| Séjours | | | | |
| Frais de séjour en établissement conventionné | 145 % BR | 170 % BR | 220 % BR | 545 % BR |
| Frais de séjour en établissement non conventionné | 145 % BR | 170 % BR | 220 % BR | 245 % BR |
| Forfait journalier hospitalier (2) | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Chambre particulière avec nuitée (4) | 15 € par jour | 70 € par jour | 70 € par jour | 70 € par jour |
| Frais d'accompagnement (5) | Néant | 35 € par jour | 35 € par jour | 35 € par jour |
| Lit accompagnant | 15 € par jour | 25 € par jour | 30 € par jour | 35 € par jour |
| Participation du patient (3) | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Soins courants | | | | |
| Honoraires médicaux | | | | |
| Consultations et visites. – Médecins généralistes | | | | |
| Médecins signataires DPTM | 120 % BR | 140 % BR | 190 % BR | 250 % BR |
| Médecins non-signataires DPTM | 100 % BR | 115 % BR | 165 % BR | 200 % BR |
| Consultations et visites. – Médecins spécialistes | | | | |
| Médecins signataires DPTM | 120 % BR | 140 % BR | 190 % BR | 250 % BR |
| Médecins non-signataires DPTM | 100 % BR | 115 % BR | 165 % BR | 200 % BR |
| Honoraires paramédicaux | | | | |
| Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les 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 % FR* par acte dans la limite de 115 € | 50 % FR par acte dans la limite de 115 € | 50 % FR par acte dans la limite de 115 € | 50 % FR par acte dans la limite de 115 € |
| 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 |
| 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 | | | | |
| Orthopédie, accessoires, appareillage | 100 % BR | 125 % BR | 175 % BR | 250 % BR |
| Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein) | 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 |
| Participation du patient (3) | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Transport | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Dentaire | | | | |
| Soins, actes et consultations | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 275 % BR |
| Inlays et Onlays | 270 % BR | 320 % BR | 370 % BR | 420 % BR |
| Orthodontie remboursée par l'AMO | 175 % BR | 225 % BR | 275 % BR | 325 % BR |
| Soins et prothèses 100 % santé (6) panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé. | | | | |
| Prothèses fixes | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Soins et prothèses hors 100 % santé | | | | |
| Panier à honoraires maîtrisés** | 270 % BR | 370 % BR | 470 % BR | 570 % BR |
| Panier à honoraires libres | 270 % BR | 370 % BR | 470 % BR | 570 % BR |
| Actes non remboursés par l'AMO | | | | |
| 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 |
| 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 |
| Optique | | | | |
| 1 monture et 2 verres tous les 2 ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à 1 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. | | | | |
| Équipements 100 % santé (6) (verres et/ ou monture) classe A. – Tarifs soumis à des prix limites de vente | | | | |
| Monture | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Verres (tous types de correction) | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Prestations d'appairage | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Équipements hors 100 % santé (verres et/ ou monture) classe B. – Tarifs libres | | | | |
| Monture | 100 € | 100 € | 100 € | 100 € |
| Verre simple | 100 % BR + 80 € | 100 % BR + 99 € | 100 % BR + 110 € | 100 % BR + 127 € |
| Verre complexe | 100 % BR + 80 € | 100 % BR + 99 € | 100 % BR + 110 € | 100 % BR + 127 € |
| Verre très complexe | 100 % BR + 80 € | 100 % BR + 99 € | 100 % BR + 110 € | 100 % BR + 127 € |
| Autres prestations sur verres et | | | | |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| monture : filtres, prismes et adaptation de la prestation | 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 | 340 € par œil, 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 (6) classe I. – Tarifs soumis à des prix limites de vente | | | | |
| Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus) | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Aides auditives (plus de 20 ans) | 100 % BR | 125 % BR | 175 % BR | 250 % BR |
| Équipement hors 100 % santé classe II. – Tarifs libres | | | | |
| Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus) | 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 |
| Prévention et bien-être | | | | |
| Actes de prévention (7) | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Pilules et patchs contraceptifs prescrits et non remboursés par l'AMO | 35 € par année civile |
| Vaccins prescrits et non remboursés par l'AMO (uniquement injections) | 110 € par année civile |
| Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO | 50 % FR par acte dans la limite de 115 € | 50 % FR par acte dans la limite de 115 € | 50 % FR par acte dans la limite de 115 € | 50 % FR par acte dans la limite de 115 € |
| Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, étioopathie (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) | 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 |
| Psychomotricien, Ergothérapeute (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) | 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 (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) | 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 (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire | 35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 | 35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 | 35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 | 35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 |

| FINESS) | séances par année civile |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Naissance | | | | |
| Allocation naissance (8) | 230 € | 335 € | 430 € | 530 € |
| <p>* Abréviations : AMO : Assurance maladie obligatoire (part régime obligatoire) ; BR : Base de remboursement, tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général ; BRR : Base de remboursement reconstituée ; FR : Frais réels ; DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ; SMR : Service médical rendu. La notion de SMR est évaluée par la haute autorité de santé. ** Actes soumis à des honoraires limites de facturation Sauf mention contraire, la mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. Voir autres conditions et limitations dans la partie « Informations complémentaires sur vos remboursements ».</p> <p>(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) Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €. (4) Hors ambulatoire. En services de : médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (convalescence, rééducation...), dans la limite des tarifs signés par convention. Durée de prise en charge illimitée en médecine, chirurgie ; durée de prise en charge limitée à 60 jours par année civile en psychiatrie, à 90 jours par année civile en soins de suite et réadaptation, en maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire, à 240 jours par année civile en centre agréé de rééducation fonctionnelle. (5) Nuitée, repas pour un accompagnant d'un enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat dans la limite de 30 jours par année civile. (6) Tels que définis réglementairement. (7) Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation. (8) 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.</p> | | | | |

Article 4

En vigueur non étendu

Suppression des annexes

L'ensemble des annexes de l'avenant du 16 avril 2008 sont supprimées.

Article 5

En vigueur non étendu

Entreprises de moins de 50 salariés

Les parties signataires considèrent que les salariés doivent pouvoir bénéficier du même niveau de couverture complémentaire santé, quelle que soit la taille de leur entreprise.

Aussi, le présent accord s'applique sans réserve à l'ensemble des entreprises qui relèvent du champ d'application défini par l'article 1er de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008, quelle que soit leur taille.

Article 6

En vigueur non étendu

Entrée en vigueur et durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il s'incorpore à l'avenant du 16 avril 2008, tel qu'il résulte de ses différents avenants.

Le présent accord entrera en vigueur le 1er janvier 2020.

Article 7

En vigueur non étendu

Révision

Toute demande de révision doit être portée à la connaissance des autres parties signataires par lettre recommandée avec accusé de réception et être accompagnée de propositions écrites.

Les organisations syndicales représentatives sont réunies au plus tard, dans un délai de 3 mois après la date de réception de la demande de révision, pour débiter les négociations.

Article 8

En vigueur non étendu

Dépôt et publicité

Le présent accord sera, conformément aux dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives.

Il fera l'objet d'un dépôt auprès des services centraux du ministre chargé du travail et auprès du secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris dans les conditions définies par les articles L. 2231-7 et D. 2231-2 du code du travail.

Il fera également l'objet d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2261-24 et suivants du code du travail.