



**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° 11 du 16 avril
2008 relatif au régime frais de santé**

Etendu par arrêté du 1 décembre 2008 JORF 6 décembre 2008

IDCC

> 2596

SIGNATAIRES

> Fait à :

Fait à Paris, le 16 avril 2008. (Suivent les signatures.)

> Organisations d'employeurs :

La fédération nationale de la coiffure française ; Le conseil national des entreprises de coiffure (CNEC).

> Organisations syndicales des salariés :

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 commerce, services et force de vente (CSFV) CFTC ; La fédération du commerce et des services CGT.

NOTA

>

Nota. - Les annexes I à III du présent avenant ne sont pas reproduites mais consultables sur le site :

journal-officiel.gouv.fr rubrique BO conventions collectives.

L'annexe III (Contrat de garanties collectives) est exclue de l'extension comme étant contraire aux dispositions combinées des articles L.2231-1 et L.2261-19 du code du travail (Art. 1er, arrêté du 1er décembre 2008.)

NUMÉRO DU BO

> 2008-27

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 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 oeuvre 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 1er 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 1er 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 1er janvier 2008) :

— 0, 50 € pour les médicaments mentionnés au 1° 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. À 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.

Champ d'application

Article 1er

En vigueur étendu

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

Bénéficiaires du régime obligatoire

Article 2

En vigueur étendu

Modifié par Avenant n° 36 du 8 juillet 2015 à l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 - art. 1er

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 Évin », 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 non étendu

Modifié par Avenant n° 3 du 13 mai 2019 - art. 1er

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.

Garanties

Article 3

En vigueur étendu

Modifié par Avenant n° 2 du 21 mars 2017 à l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 - art. 1er

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 :

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2017/0026/boc_20170026_0000_0014.pdf ↗.)

Article 3

En vigueur non étendu

Modifié par Avenant n° 3 du 13 mai 2019 - art. 3

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 :

CCN coiffure garanties frais de santé 2020	Remboursements y compris l'assurance maladie obligatoire (AMO*) CCN coiffure			
	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),	100 % BR + 250 € Forfait par	100 % BR + 250 € Forfait par	100 % BR + 250 € Forfait par	100 % BR + 250 € Forfait par

implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	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	205 € par œil, par année civile	270 € par œil, par année civile	340 € par œil, par année civile	510 € par œil, par année civile

par l'AMO	et par bénéficiaire	et par bénéficiaire	et par bénéficiaire	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, chiropraxie, étio-pathie (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 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
Naissance				
Allocation naissance (8)	230 €	335 €	430 €	530 €

*** 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 ».

(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.

Suspension de la garantie

Article 4

En vigueur étendu

Modifié par Avenant n° 36 du 8 juillet 2015 à l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 - art. 3

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.

Cotisations : assiette et taux

Article 5

En vigueur étendu

Modifié par Avenant n° 1 du 15 juin 2016 - art. 2

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.

Cette participation patronale ne pourra en tout état de cause être inférieure à un plancher mensuel de 24,85 €, ce montant étant indexé chaque année sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale à compter de l'année 2017. En conséquence, pour l'année 2017 sera prise en compte l'évolution entre le plafond 2016 et celui de 2017. Le reste de la cotisation est à la charge des salariés.

Article 5

En vigueur non étendu

Modifié par Avenant n° 3 du 13 mai 2019 - art. 2

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 :

Tarifs options en % PMSS				
Régime général et régime local	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

Cotisations

Article 5

En vigueur étendu

Modifié par Avenant n° 1 du 15 juin 2016 - art. 2

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.

Cette participation patronale ne pourra en tout état de cause être inférieure à un plancher mensuel de 24,85 €, ce montant étant indexé chaque année sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale à compter de l'année 2017. En conséquence, pour l'année 2017 sera prise en compte l'évolution entre le plafond 2016 et celui de 2017. Le reste de la cotisation est à la charge des salariés.

Article 5

En vigueur non étendu

Modifié par Avenant n° 3 du 13 mai 2019 - art. 2

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 :

Tarifs options en % PMSS	
Adulte	Enfant

Régime général et régime local	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

Comité de pilotage et de suivi de l'accord de branche relatif au régime frais de santé

En vigueur étendu

Article 6

Création Fonctionnement du comité de pilotage et de suiv... - art. 1er (VNE)

Le comité de gestion qui était prévu par l'article 15 de l'avenant n° 11 du 16 avril 2008 est désormais remplacé par un comité de pilotage et de suivi de l'accord de branche relatif au régime frais de santé (ci-après dénommé " comité de pilotage ").

Ce comité est financé par une cotisation annuelle égale à 0,016 % du PASS. Cette cotisation est due par chaque entreprise pour chacun de ses salariés relevant du champ d'application de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes. Elle est prise en charge intégralement par l'employeur.

Article 6.1

Composition et attributions du comité de pilotage

Article 6.1.1

Composition

Chaque organisation patronale et organisation syndicale de salariés représentative dans le champ d'application de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes dispose de deux sièges au sein du comité de pilotage.

La présidence du comité est assurée par un président et un vice-président selon les modalités suivantes :

- la présidence est désignée pour 2 années civiles ;
- la désignation prend effet lors de la première réunion de l'année civile ;
- le collège des employeurs assure le secrétariat technique et administratif du comité sous le contrôle de sa présidence.

Article 6.1.2

Attributions

Le comité de pilotage a pour mission de :

- s'assurer de la bonne application des dispositions du régime conventionnel frais de santé au sein de l'ensemble des entreprises de la branche ;
- mener des études sur les évolutions à apporter aux garanties, la population couverte (salariés, ayants droit, retraités) ;
- mener des études et mettre en œuvre des actions de prévention au niveau des salariés et des entreprises de la branche ;
- déterminer l'affectation du produit de la cotisation prévue à l'article 6 du présent accord, dans les conditions prévues à l'article 6.2.2.

Article 6.2

Gestion et affectation de la cotisation

Article 6.2.1

Modalités de gestion

La cotisation définie au présent article est recouvrée par une association paritaire relevant de la loi du 1er juillet 1901, qui sera créée par les organisations patronales et les organisations syndicales de salariés, représentatives dans le champ d'application de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes, pour faciliter l'exercice et la mise en œuvre des missions du comité de pilotage. Elle aura notamment pour missions de permettre aux partenaires sociaux de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes de disposer d'une structure de soutien contribuant à améliorer la gestion des moyens techniques, humains et financiers participant à l'exercice des attributions qui leur sont conférées par le présent accord dans le cadre du comité de pilotage. Les statuts et le règlement intérieur de cette association sont soumis à l'approbation du comité de pilotage et aux formalités légales en vigueur après avis de la commission mixte paritaire.

Cette association pourra déléguer la collecte de cette cotisation à tout organisme collecteur de son choix, sous réserve de signer une convention avec celui-ci définissant notamment les obligations des parties, et de garantir le principe de la spécialité de l'affectation des fonds.

La désignation éventuelle d'un organisme collecteur est soumise à l'accord préalable du comité de pilotage et après avis de la commission mixte paritaire.

Article 6.2.2 Affectation

Le comité de pilotage détermine l'affectation du produit de la cotisation prévue à l'article 6 du présent accord pour financer notamment :

- les frais de la structure associative, notamment les frais afférents aux locaux et au personnel de l'association, nécessaires à la réalisation de l'objet associatif ;
- les frais de fonctionnement du comité (déplacements, hébergement, location de salle, édition et impression etc.) ;
- les études que diligente le comité ainsi que la rémunération des experts et prestataires (actuaire-conseil, avocats, agence de communication, ...) auxquels il recourt ;
- les actions d'information et de communication à destination des entreprises de la branche ;
- un budget, déterminé annuellement par le comité de pilotage, alloué également à chacune des organisations patronales et organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes, pour financer :
 - par une allocation forfaitaire, la formation et l'information de leurs membres et de l'ensemble des personnels de la branche et des frais de structure ;
 - sur justificatifs et dans la limite des dépenses réellement engagées :
- leurs frais de participation aux travaux du ressort du comité ;
- la rémunération des experts et prestataires auxquels ils recourent.

Les sommes non consommées à la fin de l'exercice par les organisations patronales et syndicales seront reportées sur le budget qui leur est alloué sur l'exercice suivant selon des modalités arrêtées par le conseil d'administration de l'association.

Dispositions diverses

Article 7

En vigueur étendu

Modifié par Avenant n° 1 du 15 juin 2016 - art. 3

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

Article 7.1

En vigueur étendu

Modifié par Avenant n° 1 du 15 juin 2016 - art. 3

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 1er janvier de l'année suivant celle de sa signification qui, en tout état de cause, doit être effectuée, 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.

Dépôt

Article 7.2

En vigueur étendu

Modifié par Avenant n° 1 du 15 juin 2016 - art. 3

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-greffe du conseil de prud'hommes de Paris, dans les conditions prévues par le code du travail, en vue de son extension.

Adhésion

Article 7.3

En vigueur étendu

Modifié par Avenant n° 1 du 15 juin 2016 - art. 3

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.