

**Avenant n°36 du 8 juillet 2015  
à la Convention Collective Nationale de la Coiffure  
et des professions connexes relatif au régime « soins de santé »**

**Entre :**

**D'une part**

- **L'Union Nationale des Entreprises de la Coiffure (UNEC)** agissant tant en son nom propre qu'au nom de tous les syndicats patronaux nationaux, régionaux, départementaux ou locaux et organisations qui lui sont affiliés  
36 rue du Sentier - 75082 PARIS CEDEX 02
- **Le Conseil National des Entreprises de Coiffure (C.N.E.C.)**  
139 boulevard Haussmann - 75008 PARIS

**Et d'autre part,**

- **La Fédération des Services C.F.D.T.**  
Tour Essor - 14 rue Scandicci - 93508 PANTIN CEDEX
- **La Fédération Nationale de l'encadrement, du Commerce et des Services CFE-CGC**  
9 rue de Rocroy - 75010 PARIS CEDEX
- **La Fédération FGTA FO**  
7 Passage Tenaille - 75680 PARIS CEDEX 14
- **La Fédération Commerces, Services et Forces de Vente CSFV/CFTC**  
251 rue du Faubourg Saint Martin - 75010 PARIS
- **La Fédération du Commerce et des Services CGT**  
Case n°425 - 93514 MONTREUIL CEDEX
- **La Fédération des Commerces et des Services UNSA**  
21 rue Jules Ferry - 93177 BAGNOLET

## **Préambule**

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 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 2015).

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

### **Article 1 – 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 sixième 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 six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six 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 douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. »

## **Article 2 – 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 REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE**

**REMBOURSEMENTS CONVENTIONNELS  
(y-compris remboursements sécurité sociale)**

HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE, MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE <sup>1</sup>	
<b>Honoraires CAS</b> - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	135% BR
<b>Honoraires HORS CAS</b> - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	115% BR
<b>Frais de séjour</b>	145% BR
<b>Forfait journalier</b> <sup>(2)</sup>	100% BR
<b>Chambre particulière</b>	15 € par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
<b>Lit accompagnant</b>	15 € par jour
CONSULTATIONS - VISITES	
<b>Consultations - Visites CAS</b>	100% BR
<b>Consultations - Visites HORS</b>	100% BR
<b>Actes de spécialité des médecins CAS</b>	100% BR
<b>Actes de spécialité des médecins HORS</b>	100% BR
<b>Analyses</b>	100% BR
<b>Radiologie CAS</b>	100% BR
<b>Radiologie HORS CAS</b>	100% BR
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100% BR
<b>Prothèses</b> autres que dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)	100% BR
<b>Ostéopathie - chiropractie - étiopathie</b> (diplômé d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 € /consultation (limité à 80 €/an et par bénéficiaire)
PHARMACIE - TRANSPORT	
<b>Pharmacie Vignette Blanche</b>	100% BR
<b>Pharmacie Vignette Bleue</b>	100% BR
<b>Pharmacie Vignette Orange</b>	100% BR
<b>Frais de transport</b>	100% BR
DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	
<b>Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)</b>	125% BR
<b>Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)</b>	270% BR
<b>Inlays - Onlay (INO) *</b>	270% BR
<b>Orthodontie</b>	175% BR tous les 6 mois
DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	
<b>Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)</b>	Néant
<b>Implants (IMP)</b>	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) <sup>3</sup>	
<b>Verres (par verre)</b>	100% BR + 79,50 €
<b>Montures</b>	100% BR + 111 €
<b>Lentilles acceptées par la Sécurité sociale</b>	100% BR + 3,5% PMSS / an
<b>Lentilles refusées par la Sécurité sociale médicalement justifiées</b>	3,5% PMSS / an
<b>Kératotomie</b> (chirurgie au laser de la myopie)	6% PMSS
MATERNITE	
<b>Participation aux frais de maternité</b> (versement d'une prime) **	7% PMSS
<b>Chambre particulière</b>	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	
<b>Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire</b>	100% FR dans la limite de 1% PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	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 - Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées 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 deux 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 REGIME ALSACE-MOSELLE**

**REMBOURSEMENTS CONVENTIONNELS  
(y-compris remboursements sécurité sociale)**

HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE, MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE <sup>1</sup>	
<b>Honoraires CAS</b> - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	Néant
<b>Honoraires HORS CAS</b> - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	Néant
<b>Frais de séjour</b>	100% BR
<b>Forfait journalier<sup>(2)</sup></b>	100% du tarif en vigueur
<b>Chambre particulière</b>	100% FR dans la limite de 60 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
<b>Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans</b>	100% FR dans la limite de 1,5% PMSS par jour
<b>Lit accompagnant</b>	15 € par jour
CONSULTATIONS - VISITES	
<b>Consultations - Visites CAS</b>	210% BR
<b>Consultations - Visites HORS</b>	190% BR
<b>Actes de spécialité des médecins CAS</b>	210% BR
<b>Actes de spécialité des médecins HORS</b>	190% BR
<b>Analyses</b>	150% BR
<b>Radiologie CAS</b>	160% BR
<b>Radiologie HORS CAS</b>	140% BR
<b>Auxiliaires médicaux</b>	150% BR
<b>Prothèses</b> autres que dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)	150% BR
<b>Ostéopathie - chiropractie - étiopathie</b> (diplômé d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 € /consultation (limité à 80 €/an et par bénéficiaire)
PHARMACIE - TRANSPORT	
<b>Pharmacie Vignette Blanche</b>	100% BR
<b>Pharmacie Vignette Bleue</b>	100% BR
<b>Pharmacie Vignette Orange</b>	100% BR
<b>Frais de transport</b>	100% BR
DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	
<b>Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)</b>	350% BR
<b>Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)</b>	350% BR
<b>Inlays - Onlay (INO) *</b>	350% BR
<b>Orthodontie</b>	300% BR
DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	
<b>Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)</b>	250% BR restituée
<b>Implants (IMP)</b>	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) <sup>3</sup>	
<b>Verres (par verre)</b>	100% BR + 111 €
<b>Montures</b>	100% BR + 95 €
<b>Lentilles acceptées par la Sécurité sociale</b>	100% BR + 8% PMSS / an
<b>Lentilles refusées par la Sécurité sociale médicalement justifiées</b>	8% PMSS / an
<b>Kératotomie</b> (chirurgie au laser de la myopie)	6% PMSS
MATERNITE	
<b>Participation aux frais de maternité</b> (versement d'une prime) **	10% PMSS
<b>Chambre particulière</b>	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	
<b>Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire</b>	100% FR dans la limite de 1% PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	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 - Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées 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 deux 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 – 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 – 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 social et le régime Alsace Moselle. A compter du 1<sup>er</sup> 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 – 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 – Entrée en vigueur et formalités**

Le présent avenant prendra effet le 1<sup>er</sup> 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'État conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du Code de la sécurité sociale.

Pour les organisations patronales :

**L'Union Nationale des Entreprises de la Coiffure,**

Le Président – Bernard STALTER

**Le Conseil National des Entreprises de Coiffure,**

Le Président - Franck PROVOST

Pour les organisations salariales :

**La Fédération des Services C.F.D.T.**

Le Secrétaire Fédéral - Gérard SIERPAKOWSKI

**La Fédération du Commerce et des Services CGT**

La Secrétaire Fédérale - Elisabeth CHARTIER

**La Fédération Nationale de l'encadrement, du Commerce et des Services FNECS-C.F.E-C.G.C**

Le Délégué - Henri MEILLASSOUX

**La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des activités annexes Force ouvrière (FGTA FO),**

Le Secrétaire Fédéral - Richard ROZE

**La Fédération Commerces, Services et Forces de Vente (CSFV) CFTC**

Le Secrétaire Fédéral - Christian JEAN JACQUES

**La Fédération des Commerces et des Services UNSA**

La Secrétaire Générale – Fatiha HIRAKI