

Régime Frais de santé

Convention Collective Nationale de la Coiffure

**Amélioration des garanties dans la branche Coiffure
et intégration de prestations extracontractuelles
à compter du 1^{er} octobre 2012.**



Vos organisations syndicales



Vos organisations patronales



**AMÉLIORATION
DES GARANTIES DANS LA
BRANCHE COIFFURE
ET INTÉGRATION
DE PRESTATIONS EXTRA
CONTRACTUELLES À COMPTER
DU 1^{ER} OCTOBRE 2012**

**Les partenaires sociaux,
membres de la Commission
paritaire nationale de la
Coiffure
(CNEC – FNC – CFE CGC –
CGT – CFTD – CFTC – FO),
œuvrent à l'amélioration de
la protection sociale
des salariés de la coiffure.**

**Dans le cadre d'une large mutualisation et
toujours soucieux d'une gestion saine, les
partenaires sociaux ont choisi :**

2008

**Amélioration
des prestations
du régime
conventionnel et
optionnel**

2009/2010

**Anticipation de la
mise en œuvre de
la portabilité des
garanties**

Dans le même temps des **actions de
prévention** ont été engagées : BD nutrition,
mallette de premier secours.

Du 1^{er} octobre 2009 au 31 décembre 2010 :
taux d'appel temporaire sur les cotisations
mensuelles, reconduit pour l'année 2011 et
mise en place d'une campagne de prévention
anti-tabac.

2011

**Non répercussion
de l'augmentation
de la TSCA**

(taxe sur les contrats d'assurance)

2012

**À compter du 1^{er} octobre 2012
amélioration des garanties du régime
conventionnel**

deux nouvelles prestations sont intégrées dans
les tableaux de garanties (figurant en rouge dans
l'annexe jointe).

**Le régime est complété par des prestations
extracontractuelles** : le régime participe à
la prise en charge de certains soins prescrits
médicalement mais non remboursés par la
sécurité sociale.

Les prestations seront prises en charge du
1^{er} octobre 2012 au 31 décembre 2013, afin d'en
mesurer les bénéfices pour vous-même et vos
ayants droit, et en mesurer l'impact réel sur le
régime.

Leur reconduction fera l'objet d'un examen
avec les Partenaires sociaux de votre Branche
Professionnelle.

| NATURE DES SOINS | PRESTATIONS EXTRA CONTRACTUELLES |
|---|---|
| Psychologue | 50 % des frais réels limité à : 1% du PMSS par séance (30,31 € en 2012) 5 séances par personne et par an |
| Psychomotricité - Ergothérapie | 50 % des frais réels limité à : 1% du PMSS par séance (30,31 € en 2012) 10 séances par personne et par an |
| Diététicien | 50 % des frais réels limité à : 1% du PMSS par séance (30,31 € en 2012) 5 consultations par personne et par an. |
| Analyse médicales hors nomenclature Radios hors nomenclature (densitométrie osseuse) | 50 % des frais réels, la prestation maximale étant limitée au : PMSS divisé par 30 (soit 101,03 € valeur janvier 2012) |

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2012 : 3 031 €)

Vous adressez vos demandes de remboursement auprès de votre mutuelle. Ces prestations sont versées sur présentation de :

- la prescription médicale ordonnant le traitement,
- l'original de la facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien ayant les diplômes requis pour dispenser les soins prescrits, ainsi que la date, la nature et la personne bénéficiaire des soins.

> De plus, il est important de noter les points suivants :

* **Psychologue, Diététicien, Psychomotricité - Ergothérapie** : ces professionnels doivent être enregistrés dans un répertoire agréé de type ADELI.

ADELI (signifie Automatisation DEs Listes).

C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, diététicien, de psychothérapeute ou d'ergothérapeute. Il contient des informations personnelles et professionnelles (état civil – situation professionnelle – activités exercées). Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence.

Pour tous renseignements complémentaires contactez votre mutuelle régionale

Tableau des garanties du régime conventionnel

Régime général de la Sécurité sociale

ACTES

PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE BASE CONVENTIONNELLE

HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MOYEN SÉJOUR OU PSYCHIATRIE

| | |
|--|---|
| Honoraires - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie | 45% BRSS |
| Frais de séjour | 45% BRSS |
| Forfait journalier | 100% du forfait en vigueur (limité à 30 jours par an et par bénéficiaire en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques) |
| Chambre particulière | 15 € par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie |
| Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans | Néant |
| Lit accompagnant | 15 € par jour |

CONSULTATIONS - VISITES

| | |
|---|--|
| Consultations - Visites | 30% BRSS |
| Acte de spécialité des médecins | 30% BRSS |
| Analyses | 40% BRSS |
| Radiologie | 30% BRSS |
| Auxiliaires médicaux | 40% BRSS |
| Prothèses autres que dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires) | 40% BRSS |
| 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 | 35% BRSS |
| Pharmacie Vignette Bleue | 70% BRSS |
| Pharmacie Vignette Orange | 85% BRSS |
| Frais de transport | 35% BRSS |

DENTAIRE

| | |
|--|---|
| Soins dentaires | 30% BRSS |
| Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale | 200% BRSS dans la limite de 100% du (BRSS-MRSS) + 170% BRSS |
| Inlays** | 200% BRSS |
| Onlays** | 200% BRSS |
| Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale | Néant |
| Implants | 400 € par an et par bénéficiaire |
| Orthodontie acceptée | 75% BRSS tous les 6 mois |

Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale

| | |
|-------------------------|---|
| - Curetage/Surfaçage | 50% des frais réels limité à : 1% du PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an (30,31 €)* |
| - Greffe gingivale | 50% des frais réels limité à : 3% du PMSS par séance dans la limite de 1 greffe par an (90,93 €)* |
| - Allongement coronaire | 50% des frais réels limité à : 0,50% PMSS par intervention limité à 2 interventions par an (15,16 €)* |
| - Lambeau | 50% des frais réels limité à : 1,50% du PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an (45,47 €)* |

OPTIQUE (par année civile)

| | |
|---|---|
| Verres (par verre) | 35% BRSS + 2,5% PMSS par verre, par an et par bénéficiaire (75,78 €)* |
| Montures | 35% BRSS + 3,5% PMSS par an et par bénéficiaire (106,09 €)* |
| Lentilles acceptées par la Sécurité sociale | 35% BRSS + 3,5% PMSS par an et par bénéficiaire (106,09 €)* |
| Lentilles refusées par la Sécurité sociale médicalement justifiées | 3,5 % PMSS par an et par bénéficiaire (106,09 €)* |
| Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie) | 6% PMSS par œil (181,86 €)* |

MATERNITÉ

| | |
|--|---|
| Participation aux frais de maternité (versement d'une prime)*** | 7% du PMSS (212,17 €)* |
| Chambre particulière | 100% frais engagés dans la limite de 1,5% PMSS par jour et dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire (45,47 €)* |

AUTRES REMBOURSEMENTS

| | |
|---|---|
| Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire | 100% frais engagés dans la limite de 1% du PMSS par an et par bénéficiaire (30,31 €)* |
| Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale | 80% des frais réels limité à 4% du PMSS par personne et par an (121,24 €)* |

Le taux de remboursement pour la Sécurité sociale s'entend seulement en cas de respect du parcours de soins coordonné.

BRSS : Base de remboursement Sécurité sociale

FR : Frais réels

* PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 031 € au 1^{er} janvier 2012)

MRSS : Montant remboursé par la Sécurité sociale

** 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.

Tableau des garanties du régime conventionnel

Régime Alsace-Moselle

| ACTES | PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE BASE CONVENTIONNELLE |
|--|--|
| HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MOYEN SÉJOUR OU PSYCHIATRIE | |
| Honoraires - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie | 100% BRSS |
| Frais de séjour | 100% BRSS |
| Forfait journalier | Néant |
| Chambre particulière | 100% des FR dans la limite de 60 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie |
| Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans | 100% FR dans la limite de 1,5% PMSS par jour (45,47 €)* |
| Lit accompagnant | 15 € par jour |
| CONSULTATIONS - VISITES | |
| Consultations - Visites | 100% BRSS moins MRSS + 100% BRSS |
| Acte de spécialité des médecins | 100% BRSS moins MRSS + 100% BRSS |
| Analyses | 100% BRSS moins MRSS + 50% BRSS |
| Radiologie | 100% BRSS moins MRSS + 50% BRSS |
| Auxiliaires médicaux | 100% BRSS moins MRSS + 50% BRSS |
| Prothèses autres que dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires) | 100% BRSS moins MRSS + 50% BRSS |
| 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% BRSS moins MRSS |
| Pharmacie Vignette Bleue | 100% BRSS moins MRSS |
| Pharmacie Vignette Orange | 100% BRSS moins MRSS |
| Frais de transport | 100% BRSS moins MRSS |
| DENTAIRE | |
| Soins dentaires | 100% BRSS moins MRSS + 250% BRSS |
| Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale | 100% BRSS moins MRSS + 250% BRSS |
| Inlays** | 100% BRSS moins MRSS + 250% BRSS |
| Onlays** | 100% BRSS moins MRSS + 250% BRSS |
| Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale | 250% BRSS théorique |
| Implants | 400 € par an et par bénéficiaire |
| Orthodontie acceptée | 200% BRSS |
| Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale | |
| - Curetage/Surfaçage | 50% des frais réels limité à : 1% du PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an (30,31 €)* |
| - Greffe gingivale | 50% des frais réels limité à : 3% du PMSS par séance dans la limite de 1 greffe par an (90,93 €)* |
| - Allongement coronaire | 50% des frais réels limité à : 0,50% PMSS par intervention limité à 2 interventions par an (15,16 €)* |
| - Lambeau | 50% des frais réels limité à : 1,50% du PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an (45,47 €)* |
| OPTIQUE (par année civile) | |
| Verres (par verre) | 100% BRSS moins MRSS + 3,5% PMSS par verre, par an et par bénéficiaire (106,09 €)* |
| Montures | 100% BRSS moins MRSS + 3% PMSS par an et par bénéficiaire (90,93 €)* |
| Lentilles acceptées par la Sécurité sociale | 100% BRSS moins MRSS + 8% PMSS par an et par bénéficiaire (242,48 €)* |
| Lentilles refusées par la Sécurité sociale médicalement justifiées | 8% PMSS par an et par bénéficiaire (242,48 €)* |
| Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie) | 6% PMSS par œil (181,86 €)* |
| MATERNITÉ | |
| Participation aux frais de maternité (versement d'une prime)*** | 10% PMSS par an et par bénéficiaire (303,10 €)* |
| Chambre particulière | 100% frais engagés dans la limite de 1,5% PMSS par jour et dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire (45,47 €)* |
| AUTRES REMBOURSEMENTS | |
| Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire | 100% frais engagés dans la limite de 1% du PMSS par an et par bénéficiaire (30,31 €)* |
| Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale | 80 % des frais réels limité à 4 % du PMSS par personne et par an (121,24 €)* |

Le taux de remboursement pour la Sécurité sociale s'entend seulement en cas de respect du parcours de soins coordonné.

BRSS : Base de remboursement Sécurité sociale

FR : Frais réels

* PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 031 € au 1^{er} janvier 2012) | MRSS : Montant remboursé par la Sécurité sociale

** 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.



Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.)

Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 442 574 166, agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22. Siège social : 255, rue de Vaugirard - 75015 PARIS.