

Brochure n° 3159

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 2596. – COIFFURE ET PROFESSIONS CONNEXES**

AVENANT N° 2 DU 21 MARS 2017  
À L'AVENANT N° 11 DU 16 AVRIL 2008  
RELATIF AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1750540M  
IDCC : 2596

Entre  
CNEC  
UNEC

D'une part, et  
FNECS CFE-CGC  
FGTA FO  
FS CFDT  
FCS UNSA  
FCS CGT

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Les parties signataires du présent avenant ont entériné dans les tableaux de garanties le passage du contrat d'accès aux soins (CAS) à l'OPTAM/OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/ option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique) conformément aux dispositions de la dernière convention médicale du 25 août 2016.

L'ensemble de ces dispositifs sont visés au cahier des charges du contrat responsable défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale modifié sous le terme commun de « dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisée ».

Compte tenu du fait que certains médecins pouvant encore être adhérents au CAS, il est précisé que les garanties du régime frais de santé conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la coiffure et des professions connexes visent l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, donc y compris le cas durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

**Article 1<sup>er</sup>**

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

**REGIME GENERAL - GARANTIES BASE CONVENTIONNELLE**

| ACTES   | Sécurité sociale | PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES  |
|---|------------------|--|
| <b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE, MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE<sup>1</sup></b>  |                  |  |
| <b>Honoraires Optam / Optam Co</b><br>- Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI<br>- Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie      | 80% BR / 100% BR | 55 % BR / 35 % BR  |
| <b>Honoraires Hors Optam / Optam Co</b><br>- Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI<br>- Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie | 80% BR / 100% BR | 35 % BR / 15 % BR  |
| <b>Frais de séjour</b>  | 80% BR / 100% BR | 65 % BR / 45% BR   |
| <b>Forfait journalier<sup>(2)</sup></b>   | Néant            | 100% du tarif en vigueur   |
| <b>Chambre particulière</b>   | Néant            | 15 € par jour dans la limite de 30 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>   | Néant            | Néant  |
| <b>Lit accompagnant</b>   | Néant            | 15 € par jour  |
| <b>CONSULTATIONS - VISITES</b>  |                  |  |
| <b>Consultations généralistes - Visites Optam</b>   | 70% BR           | 30% BR   |
| <b>Consultations généralistes - Visites Hors Optam</b>  | 70% BR           | 30% BR   |
| <b>Consultations spécialistes Optam / Optam Co</b>  | 70% BR           | 30% BR   |
| <b>Consultations spécialistes hors Optam / Optam Co</b>   | 70% BR           | 30% BR   |
| <b>Actes de spécialité Optam / / Optam Co</b>   | 70% BR           | 30% BR   |
| <b>Actes de spécialité Hors Optam / Optam Co</b>  | 70% BR           | 30% BR   |
| <b>Analyses et examens de biologie</b>  | 60% BR           | 40% BR   |
| <b>Radiologie Optam</b>   | 70% BR           | 30% BR   |
| <b>Radiologie Hors Optam</b>  | 70% BR           | 30% BR   |
| <b>Auxiliaires médicaux</b>   | 60% BR           | 40% BR   |
| <b>Prothèses autres que dentaires</b>   |                  |  |
| <b>(audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)</b>  | 60% BR           | 40% BR   |
| <b>Ostéopathie - chiropractie - étioopathie</b>   |                  |  |
| <b>(diplômé d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)</b>  | Néant            | 20 € /consultation<br>(limité à 80 €/an et par bénéficiaire)   |
| <b>PHARMACIE - TRANSPORT</b>  |                  |  |
| <b>Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important</b>  | 65% BR           | 35% BR   |
| <b>Médicaments à SMR modéré (homéopathiques et préparations magistrales)</b>  | 30% BR           | 70% BR   |
| <b>Médicaments à SMR faible</b>   | 15% BR           | 85% BR   |
| <b>Frais de transport</b>   | 65% BR           | 35% BR   |
| <b>DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>  |                  |  |
| <b>Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)</b>   | 70% BR           | 55 % BR  |
| <b>Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)</b>   | 70% BR           | 200% BR  |
| <b>Inlays - Onlay (INO) *</b>   | 70% BR           | 200% BR  |
| <b>Orthodontie</b>  | 100% BR          | 75% BR tous les 6 mois   |
| <b>DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>  |                  |  |
| <b>Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)</b>  | Néant            | Néant  |
| <b>Implants (IMP)</b>   | Néant            | 400 € par an et par bénéficiaire   |
| <b>Parodontologie (TDS)</b>   |                  |  |
| <b>- Curetage / Surfaçage</b>   | Néant            | 50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an   |
| <b>- Greffe gingivale</b>   | Néant            | 50% FR limités à 3% PMSS par séance dans la limite de 1 greffe par an  |
| <b>- Allongement coronaire</b>  | Néant            | 50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an   |
| <b>- Lambeau</b>  | Néant            | 50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an   |
| <b>OPTIQUE<sup>3</sup></b>  |                  |  |
| <b>Verres (par verre)</b>   | 60% BR           | 40% BR + 79,50 €   |
| <b>Montures</b>   | 60% BR           | 40% BR + 111 €   |
| <b>Lentilles acceptées par la Sécurité sociale</b>  | 60% BR           | 40% BR + 3,5% PMSS / an  |
| <b>Lentilles refusées par la Sécurité sociale médicalement justifiées</b>   | Néant            | 3,5% PMSS / an   |
| <b>Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie)</b>  | Néant            | 6% PMSS  |
| <b>MATERNITE</b>  |                  |  |
| <b>Participation aux frais de maternité (versement d'une prime) **</b>  | Néant            | 7% PMSS  |
| <b>Chambre particulière</b>   | Néant            | 100% FR dans la limite de 1,5% PMSS par jour et dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire                            |
| <b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>  |                  |  |
| <b>Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire</b>   | Néant            | 100% FR dans la limite de 1% PMSS par an et par bénéficiaire   |
| <b>Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale</b>   | Néant            | 80% FR limités à 4% PMSS par personne et par an  |

BR : Base de remboursement Sécurité sociale - FR : Frais réels - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 269 € au 1er janvier 2017)

OPTAM (Ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM CO (Ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

\*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. Pour l'application des maxima, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette prise en charge 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.

REGIME ALSACE MOSELLE - GARANTIES BASE CONVENTIONNELLE

| ACTES   | Sécurité sociale | PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES  |
|---|------------------|--|
| <b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE, MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE<sup>1</sup></b>  |                  |  |
| <b>Honoraires Optam / Optam Co</b><br>- Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI<br>- Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie      | 90% BR / 100% BR | 10% BR / néant   |
| <b>Honoraires Hors Optam / Optam Co</b><br>- Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI<br>- Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie | 90% BR / 100% BR | 10% BR / néant   |
| <b>Frais de séjour</b>  | 100% BR          | Néant  |
| <b>Forfait journalier<sup>(2)</sup></b>   | Néant            | 100% du tarif en vigueur   |
| <b>Chambre particulière</b>   | Néant            | 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>   | Néant            | 100% FR dans la limite de 1,5% PMSS par jour   |
| <b>Lit accompagnant</b>   | Néant            | 15 € par jour  |
| <b>CONSULTATIONS - VISITES</b>  |                  |  |
| <b>Consultations généralistes - Visites Optam</b>   | 90% BR           | 120% BR  |
| <b>Consultations généralistes - Visites Hors Optam</b>  | 90% BR           | 100% BR  |
| <b>Consultations spécialistes Optam / Optam Co</b>  | 90% BR           | 120% BR  |
| <b>Consultations spécialistes hors Optam / Optam Co</b>   | 90% BR           | 100% BR  |
| <b>Actes de spécialité Optam / / Optam Co</b>   | 90% BR           | 120% BR  |
| <b>Actes de spécialité Hors Optam / Optam Co</b>  | 90% BR           | 100% BR  |
| <b>Analyses et examens de biologie</b>  | 90% BR           | 60% BR   |
| <b>Radiologie Optam</b>   | 90% BR           | 70% BR   |
| <b>Radiologie Hors Optam</b>  | 90% BR           | 50% BR   |
| <b>Auxiliaires médicaux</b>   | 90% BR           | 60% BR   |
| <b>Prothèses autres que dentaires</b><br>(audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)  | 90% BR           | 60% BR   |
| <b>Ostéopathie - chiropractie - étiopathie</b><br><br>(diplômé d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)   | Néant            | 20 € /consultation<br>(limité à 80 €/an et par bénéficiaire)   |
| <b>PHARMACIE - TRANSPORT</b>  |                  |  |
| <b>Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important</b>  | 90% BR           | 10% BR   |
| <b>Médicaments à SMR modéré (homéopathiques et préparations magistrales)</b>  | 80% BR           | 20% BR   |
| <b>Médicaments à SMR faible</b>   | 15% BR           | 85% BR   |
| <b>Frais de transport</b>   | 90% BR           | 10% BR   |
| <b>DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>  |                  |  |
| <b>Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)</b>   | 90% BR           | 260% BR  |
| <b>Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)</b>   | 90% BR           | 260% BR  |
| <b>Inlays - Onlay (INO) *</b>   | 90% BR           | 260% BR  |
| <b>Orthodontie</b>  | 100% BR          | 200% BR  |
| <b>DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>  |                  |  |
| <b>Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)</b>  | Néant            | 250% BR reconstituée **  |
| <b>Implants (IMP)</b>   | Néant            | 400 € par an et par bénéficiaire   |
| <b>Parodontologie (TDS)</b>   |                  |  |
| <b>- Curetage / Surfaçage</b>   | Néant            | 50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an   |
| <b>- Greffe gingivale</b>   | Néant            | 50% FR limités à 3% PMSS par intervention dans la limite de 1 greffe par an  |
| <b>- Allongement coronaire</b>  | Néant            | 50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an                                       |
| <b>- Lambeau</b>  | Néant            | 50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an                                       |
| <b>OPTIQUE<sup>3</sup></b>  |                  |  |
| <b>Verres (par verre)</b>   | 90% BR           | 10% BR + 111 €   |
| <b>Montures</b>   | 90% BR           | 10% BR + 95 €  |
| <b>Lentilles acceptées par la Sécurité sociale</b>  | 90% BR           | 100 BR + 8% PMSS / an  |
| <b>Lentilles refusées par la Sécurité sociale médicalement justifiées</b>   | Néant            | 8% PMSS / an   |
| <b>Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie)</b>  | Néant            | 6% PMSS  |
| <b>MATERNITE</b>  |                  |  |
| <b>Participation aux frais de maternité (versement d'une prime) ***</b>   | Néant            | 10% PMSS   |
| <b>Chambre particulière</b>   | Néant            | 100% FR dans la limite de 1,5% PMSS par jour et dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire                      |
| <b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>  |                  |  |
| <b>Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire</b>   | Néant            | 100% FR dans la limite de 1% PMSS par an et par bénéficiaire   |
| <b>Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale</b>   | Néant            | 80% FR limités à 4% PMSS par personne et par an  |

BR : Base de remboursement Sécurité sociale - FR : Frais réels - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 269 € au 1er janvier 2017)

OPTAM (Ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM CO (Ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

\*Actes en SC : S7, SC12, SC17. Pas de remboursement pour les inlays, onlays non remboursés par la Sécurité sociale.

\*\* Le montant de la BR reconstituée est de 107,50 €.

\*\*\* Le versement de la prestation complémentaire de la maternité s'entend par enfant et par parent cotisant v 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 plannings différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Pour l'application des maxima, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette prise en charge 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 2**

### *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 et en dernier lieu de l'avenant n° 36 du 8 juillet 2015 et de l'avenant n° 1 du 15 juin 2016.

Le présent accord entrera en vigueur le jour de sa signature.

## **Article 3**

### *Révision et dénonciation*

Le présent accord pourra à tout moment faire l'objet d'une demande de révision conformément aux dispositions légales en vigueur.

Toute demande de révision devra être formulée par lettre recommandée avec avis de réception à chacune des parties signataires et devra être accompagnée d'un projet de révision.

Un avenant portant révision du présent accord pourra être conclu selon les dispositions des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Le présent accord pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires dans les conditions prévues à l'article L. 2261-9 du code du travail.

La partie la plus diligente des organisations signataires notifiera le texte de cet accord à l'ensemble des organisations représentatives au niveau de la branche à l'issue de la procédure de signature conformément aux dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord.

Le dépôt en sera fait par la partie la plus diligente dans le respect de la réglementation en vigueur auprès des services ministériels ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de conclusion.

Fait à Paris, le 21 mars 2017.

(Suivent les signatures.)