



BR: Base de remboursement de la Sécurité Sociale

Prise en charge du Régime Obligatoire (RO) + Remboursement Mutuelle Complémentaire Régime Obligatoire (Ticket Modérateur : TM) ET Forfaits et dépassements

	CCN COIFFURE BASE C2FB	CCN COIFFURE BASE + OPTION 1 C2FB + OFB1	CCN COIFFURE BASE + OPTION 2 C2FB + OFB2	CCN COIFFURE BASE + OPTION 3 C2FB + OFB3
HOSPITALISATION (1)				
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien adhérent au DPTAM*	135% BR	170% BR	220% BR	535% BR
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien non adhérent au DPTAM*	115% BR	130% BR	180% BR	180% BR
- Forfait journalier hospitalier (frais réels)	Durée illimitée	Durée illimitée	Durée illimitée	Durée illimitée
- 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
- Participation forfaitaire sur acte lourd (selon la réglementation en vigueur)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Chambre particulière par jour en ambulatoire	15,00 €	70,00 €	70,00 €	70,00 €
- Chambre particulière par jour en médecine, chirurgie	15,00 €	70,00 €	70,00 €	70,00 €
- Chambre particulière par jour en convalescence (limitée à 90 jours/ an)	15,00 €	70,00 €	70,00 €	70,00 €
- Chambre particulière par jour en centre agréé de rééducation fonctionnelle (limitée à 240 j/ an)	15,00 €	70,00 €	70,00 €	70,00 €
- Chambre particulière par jour en psychiatrie (limitée à 60 jours/ an)	15,00 €	70,00 €	70,00 €	70,00 €
- Frais d'accompagnant par jour pour les enfants de - de 10 ans (limités à 30 jours/an)	-	35,00 €	35,00 €	35,00 €
- Lit accompagnant par jour	15,00 €	25,00 €	30,00 €	35,00 €
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Les + Naissance :				
- Prime de Naissance	230,00 €	335,00 €	430,00 €	530,00 €
SOINS COURANTS				
- Honoraires médicaux Généraliste praticien adhérent au DPTAM*	120% BR	140% BR	190% BR	250% BR
- Honoraires médicaux Généraliste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	115% BR	165% BR	200% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien adhérent au DPTAM*	120% BR	140% BR	190% BR	250% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	115% BR	165% BR	200% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	135% BR	185% BR	250% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour non praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	115% BR	165% BR	200% BR
- Examens, radios praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	135% BR	185% BR	250% BR
- Examens, radios praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	115% BR	165% BR	200% BR
- Honoraires paramédicaux	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
- Analyses et examens de laboratoire	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
- Analyses et examens de laboratoire non remboursés par le RO (limités à 115€)	50% frais réel/ acte	50% frais réel/ acte	50% frais réel/ acte	50% frais réel/ acte
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Médicaments (2)				
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Matériel médical (2)				
- Appareillage (hors optique, dentaire, aides auditives)	125% BR	150% BR	175% BR	250% BR
- Prothèses capillaires suite chimiothérapie et implants mammaires suite mastectomie/ an/ bénéficiaire	250,00 €	250,00 €	250,00 €	250,00 €
OPTIQUE (2) tel que défini réglementairement (4)				
- Chirurgie réfractive : forfait par œil/ an/ bénéficiaire	205,00 €	270,00 €	340,00 €	510,00 €
- Lentilles acceptées ou refusées par le RO/ an/ bénéficiaire	100% BR ou 0% BR + 120,00 €	100% BR ou 0% BR + 140,00 €	100% BR ou 0% BR + 160,00 €	100% BR ou 0% BR + 220,00 €
A compter de la date d'acquisition : ADULTE : 1 équipement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS : 1 équipement par an (3)				
- Equipement classe A (100% santé)	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des prix limites de vente optique			
- Autres prestations sur verres et monture (filtres, prismes, adaptation de la correction visuelle)				
- Equipement classe B (hors 100% santé). Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables				
- Monture	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €
- Verre simple	RO inclus dans la limite du forfait de 80,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 99,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 110,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 127,00 €
- Verre complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 80,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 99,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 110,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 127,00 €
- Verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 80,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 99,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 110,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 127,00 €
- Autres prestations sur verres et monture (filtres, prismes, adaptation de la correction visuelle)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<i>Le montant des remboursements optique s'entend y compris les remboursements déjà opérés par le RO ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue à ce contrat et dans la limite des frais facturés</i>				
DENTAIRE (2) tel que défini réglementairement (4)				
- Soins et prothèses (100% santé)	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des honoraires limites de facturation			
- Soins et prothèses (hors 100% santé) :				
- Soins	125% BR	150% BR	200% BR	275% BR
- Inlays/ Onlays	270% BR	320% BR	370% BR	420% BR
- Prothèses prises en charge par le RO	270% BR	370% BR	470% BR	570% BR
- Prothèses non prises en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	-	150% BRR	200% BRR	300% BRR
- Autres prestations dentaires :				
- Implantologie non prise en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	400,00 €	425,00 €	450,00 €	500,00 €
- Parodontologie/ an/ bénéficiaire	400,00 €	400,00 €	400,00 €	400,00 €
- Orthodontie prise en charge par le RO/ semestre/ bénéficiaire	175% BR	225% BR	275% BR	325% BR
AIDES AUDITIVES (2) tel que défini réglementairement (4)				
A compter de la date d'acquisition, 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans (3 bis)				
- Equipement classe I (100% santé)	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des prix limites de vente de l'aide auditive			
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire de moins de 21 ans				
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire de 21 ans et plus				
- Equipement classe II (hors 100% santé). Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables				
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire de moins de 21 ans	100% BR	120% BR	120% BR	120% BR
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire de 21 ans et plus	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
- Accessoires, entretien, piles, réparations	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN (2)				
- Prestations de prévention prévues à l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Moyens de contraception prescrits non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	60,00 €	60,00 €	60,00 €	60,00 €
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	110,00 €	110,00 €	110,00 €	110,00 €
- Ostéodensitométrie non remboursée par le RO limitée à 115€	50% frais réel/ acte	50% frais réel/ acte	50% frais réel/ acte	50% frais réel/ acte
- Prestations Bien être (non prises en charge par le RO/ an/ bénéficiaire (5))	80,00 €	120,00 €	120,00 €	140,00 €
- Consultations Psychomotricien et ergothérapeute/ an/ bénéficiaire	35,00 €/ séance (maxi 10)	35,00 €/ séance (maxi 10)	35,00 €/ séance (maxi 10)	35,00 €/ séance (maxi 10)
- Consultations Psychologue/ an/ bénéficiaire	35,00 €/ séance (maxi 5)	35,00 €/ séance (maxi 5)	35,00 €/ séance (maxi 5)	35,00 €/ séance (maxi 5)
- Consultations Diététicien/ an/ bénéficiaire	35,00 €/ séance (maxi 5)	35,00 €/ séance (maxi 5)	35,00 €/ séance (maxi 5)	35,00 €/ séance (maxi 5)
HOSPITALISATION ET SOINS A L'ETRANGER : si le remboursement des soins s'effectue sur la base du régime obligatoire français	OUI	OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT	OUI	OUI	OUI	OUI

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE :

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la Base de remboursement du régime obligatoire.
- Les taux de régime obligatoire sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect des dispositions des contrats responsables.
- Le remboursement du régime obligatoire inclut la participation forfaitaire de 1€.
- Pour les praticiens non conventionnés le remboursement est effectué sur la base du tarif d'autorité.

(* DPTAM (dispositif pratique tarifaire maîtrisée) est un engagement pris par le médecin pour limiter ses dépassements d'honoraires. La prise en charge des dépassements d'honoraires est minorée d'un montant égal à 20% de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire pour les médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM (avec un minimum de 100% de la Base de Remboursement et un maximum de 200% de la Base de Remboursement).

(1) Séjours exclus : longs séjours en maisons de cures médicales et retraite, maisons d'enfants spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médico-éducatifs, médico-psycho-pédagogiques, médico-professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnelle.

(2) Sur présentation d'un justificatif.

(3) **Conditions de renouvellement optique:** Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions précédentes, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin, somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation aux dispositions précédentes, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation aux dispositions précédentes, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique : les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératopathies évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive, les troubles de réfraction associés à une pathologie générale, diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique, les troubles de réfraction associés à la prise de corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance est indispensable.

(3 bis) **Conditions de renouvellement aide auditive :** La prise en charge d'une aide auditive ne peut se faire que sur prescription médicale. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir du dernier remboursement effectué par l'assurance maladie obligatoire. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(4) Tels que définis réglementairement et visés à l'art R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

(5) Les consultations suivantes : acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étiopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues.

CCN COIFFURE AESIO BASE : EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	prix moyen pratiqué	remboursement RO	remboursement mutuelle	reste à charge
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	86,70 €	20,61 €
Honoraires chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	37,16 €	146,15 €
Optique				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture 145€ + verres 100€ unité) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	260,00 €	85,00 €
Dentaire				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires	538,70 €	84,00 €	240,00 €	214,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	215,00 €	248,45 €
Aide auditive				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (hors 100% santé)	1 476,00 €	240,00 €	160,00 €	1 076,00 €
Soins courants				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	17,50 €	7,50 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	21,00 €	9,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTAM)	44,00 €	21,00 €	14,00 €	9,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTAM)	56,00 €	16,10 €	6,90 €	33,00 €

CCN COIFFURE AESIO 1 : EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS				
	prix moyen pratiqué	remboursement RO	remboursement mutuelle	reste à charge
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	74,31 €	108,99 €
Optique				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture 145€ + verres 100€ unité) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	298,00 €	47,00 €
Dentaire				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	360,00 €	94,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	322,50 €	140,95 €
Aide auditive				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (hors 100% santé)	1 476,00 €	240,00 €	260,00 €	976,00 €
Soins courants				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	17,50 €	7,50 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	21,00 €	9,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTAM)	44,00 €	21,00 €	19,00 €	4,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTAM)	56,00 €	16,10 €	10,35 €	29,55 €

CCN COIFFURE AESIO 2 : EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS				
	prix moyen pratiqué	remboursement RO	remboursement mutuelle	reste à charge
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €
Optique				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture 145€ + verres 100€ unité) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	300,00 €	45,00 €
Dentaire				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	454,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	430,00 €	33,45 €
Aide auditive				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (hors 100% santé)	1 476,00 €	240,00 €	460,00 €	776,00 €
Soins courants				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	17,50 €	7,50 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	21,00 €	9,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTAM)	44,00 €	21,00 €	23,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTAM)	56,00 €	16,10 €	21,85 €	18,05 €

CCN COIFFURE AESIO 3 : EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS				
	prix moyen pratiqué	remboursement RO	remboursement mutuelle	reste à charge
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €
Optique				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture 145€ + verres 100€ unité) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	300,00 €	45,00 €
Dentaire				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	454,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	463,45 €	0,00 €
Aide auditive				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (hors 100% santé)	1 476,00 €	240,00 €	760,00 €	476,00 €
Soins courants				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	17,50 €	7,50 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	21,00 €	9,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTAM)	44,00 €	21,00 €	23,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTAM)	56,00 €	16,10 €	29,90 €	10,00 €



ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur les produits d'assurance



Assureurs : Mutuelle La Choletaise. Immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité SIREN 315 519 231.

Produit : Régime conventionnel frais de santé de la CCN de la Coiffure C2FB

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.). Elle est souscrite par une entreprise au profit des salariés obligatoirement affiliés au contrat. Les salariés peuvent étendre les garanties dont ils bénéficient à leurs ayants droit, et peuvent également, en fonction du niveau de garanties souscrit par l'entreprise, adhérer à des options facultatives pour eux-mêmes et leurs ayants droit. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES DANS LE CONTRAT FRAIS DE SANTE :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, participation du patient, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, chambre particulière avec ou sans nuitée, lit d'accompagnement.
- ✓ **Soins médicaux courants** : consultations, visites médecins, sages-femmes, auxiliaires médicaux, analyses remboursées ou non par l'A.M.O., actes d'imageries, examens médicaux, participation du patient, médicaments, frais de transports, ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O., Acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étioopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues, psychologues, psychomotriciens-ergothérapeutes, diététiciens, pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O., vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O.
- ✓ **Dentaire** : soins, actes et consultations, prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie.
- ✓ **Optique** : monture, verres, prestations d'appairage prismes, filtres, adaptation de la prescription, lentilles prescrites remboursées ou non par l'A.M.O., chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.

✓ **Aides auditives** : prothèses, accessoires, entretien, piles, réparations

✓ **Allocation naissance**

✓ **Prévention** : actes de prévention prévus par le contrat responsable.

GARANTIES OPTIONNELLES :

- Frais d'accompagnement
- Prothèses dentaires non remboursées par l'A.M.O.

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins engagés en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O., sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches de garanties, les cures et traitements de rajeunissement et de détente.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier dans les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfants handicapés ou inadaptés (CMPP, IME, IMP, IMRPO, ITEP, etc.) ainsi que dans les établissements de long séjour ne donnant pas lieu à un forfait journalier.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

EXCLUSIONS du contrat responsables

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Hospitalisation** : chambre particulière : de 15 à 70 € / jour dans la limite de 60 à 240 jours par année civile pour certains soins.
- ! **Lit d'accompagnement** : de 15 € à 35 € / jour.
- ! **Frais d'accompagnement** : de néant à 35 € / jour, dans la limite de 30 jours par année civile pour les enfants de moins de 10 ans inscrits au contrat.
- ! **Soins médicaux courants** : analyses non remboursées par l'A.M.O. : 50% F.R. limité à 115 euros par année civile et ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O. : 50% F.R. limité à 115 euros par année civile.
- ! **Optique** : prise en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) fixés pour les équipements de Classe A. Limitation à un équipement par période de 2 ans (de date à date) réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.
- ! **Etiopathes, psychologues, psychomotriciens-ergothérapeutes, diététiciens** : remboursement à hauteur de 35€ par séance, dans la limite de 5 à 10 séances par année civile et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les salariés et leurs éventuels ayants droit sont couverts en France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'entreprise souscriptrice entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

Obligation de l'entreprise souscriptrice :

- * Relever de la Convention Collective de la Coiffure.
- * Être domiciliée en France
- * Affilier au contrat tous les salariés et leurs ayants droit appartenant à la catégorie de bénéficiaires définie par le contrat
- * Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le contrat
- * Informer l'organisme assureur de toute cession d'activité, cessation d'activité, changement de convention collective applicable, dépôt de bilan, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire
- * Transmettre à l'organisme assureur le contrat signé
- * Transmettre à l'organisme assureur les bulletins individuels d'affiliation (BIA) complétés et signés par les salariés accompagnés des pièces justificatives.
- * Transmettre à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation (BIA) modificatifs (si changement de situation familiale) ainsi que les documents justificatifs fournis par le salarié.
- * Remettre aux salariés la notice d'information établie par la mutuelle, ses avenants ou toute nouvelle notice ainsi que la fiche IPID.

Obligation du salarié ou de l'ancien salarié :

A l'adhésion :

- * Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français
- * Appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévue par le contrat
- * Remplir avec exactitude et signer le BIA,
- * Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

-En cours de contrat :

- * Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle tel que décrit au contrat.
- * Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat.

-Pour le versement des prestations :

- * Transmettre à l'organisme assureur la demande de remboursement dans un délai de 2ans maximum suivant la date de des soins.
- * Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour l'entreprise souscriptrice :

Les cotisations correspondant à la base obligatoire sont payables trimestriellement à terme échu par l'employeur. L'entreprise assure le précompte des parts salariales.

Pour le salarié ou l'ancien salarié :

Les modalités de paiement des cotisations facultatives sont fixées au contrat. Les cotisations correspondant aux couvertures facultatives sont payées directement par le salarié ou l'ancien salarié auprès de la mutuelle selon les modalités choisies au bulletin individuel d'affiliation soit, pour le salarié, via un précompte effectué sur le salaire par l'entreprise.

Moyens de paiement : les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique, par chèque ou par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Pour l'entreprise souscriptrice :

L'adhésion de l'entreprise prend effet à la date fixée au contrat. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. L'adhésion cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), sauf cas de résiliation par l'organisme assureur pour non-paiement des cotisations ou lorsque l'entreprise ne relève plus de la convention collective de la coiffure ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle.

- Pour le salarié ou ancien salarié :

La couverture obligatoire du salarié prend effet à la date d'affiliation du salarié.

La couverture facultative des ayants droit prend effet soit à la date d'affiliation du salarié soit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

Le maintien facultatif "Evin" prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

La couverture du salarié ou de l'ancien salarié cesse : à la date de cessation de son contrat de travail ; à la date à laquelle le salarié cesse d'appartenir à la catégorie de personnel bénéficiaire définie au contrat ; à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise ou l'organisme assureur ; à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ; pour l'ancien salarié, à la date d'effet de la résiliation, par ses soins, de son contrat..

Dispositions supplémentaires en cas de couverture facultative : la couverture cesse à la date d'effet de la résiliation par le salarié ou l'ancien salarié à l'échéance annuelle (31 décembre) ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants droit) ou à la date d'effet de la résiliation de la couverture par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Résiliation à l'initiative de l'entreprise : le contrat collectif peut être résilié par l'entreprise à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. Il peut également être résilié en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat.

Résiliation par le salarié ou l'ancien salarié des couvertures facultatives (uniquement) : les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'entreprise.

En cas de modification des droits et obligations issus du contrat, les couvertures facultatives peuvent être résiliées dans le délai d'un mois suivant la remise par la mutuelle des nouveaux documents contractuels. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur des modifications.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur les produits d'assurance



Assureurs : Mutuelle La Choletaise. Immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité SIREN 315 519 231.

Produit : Régime conventionnel frais de santé de la CCN de la Coiffure C2FB + OFB1

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.). Elle est souscrite par une entreprise au profit des salariés obligatoirement affiliés au contrat. Les salariés peuvent étendre les garanties dont ils bénéficient à leurs ayants droit, et peuvent également, en fonction du niveau de garanties souscrit par l'entreprise, adhérer à des options facultatives pour eux-mêmes et leurs ayants droit. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES DANS LE CONTRAT FRAIS DE SANTE :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, participation du patient, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, chambre particulière avec ou sans nuitée, lit d'accompagnement.
- ✓ **Soins médicaux courants** : consultations, visites médecins, sages-femmes, auxiliaires médicaux, analyses remboursées ou non par l'A.M.O., actes d'imageries, examens médicaux, participation du patient, médicaments, frais de transports, ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O., Acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étioopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues, psychologues, psychomotriciens-ergothérapeutes, diététiciens, pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O., vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O.
- ✓ **Dentaire** : soins, actes et consultations, prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie.
- ✓ **Optique** : monture, verres, prestations d'appairage prismes, filtres, adaptation de la prescription, lentilles prescrites remboursées ou non par l'A.M.O., chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.

✓ **Aides auditives** : prothèses, accessoires, entretien, piles, réparations

✓ **Allocation naissance**

✓ **Prévention** : actes de prévention prévus par le contrat responsable.

GARANTIES OPTIONNELLES :

- Frais d'accompagnement
- Prothèses dentaires non remboursées par l'A.M.O.

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins engagés en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O., sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches de garanties, les cures et traitements de rajeunissement et de détente.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier dans les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfants handicapés ou inadaptés (CMPP, IME, IMP, IMRPO, ITEP, etc.) ainsi que dans les établissements de long séjour ne donnant pas lieu à un forfait journalier.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

EXCLUSIONS du contrat responsables

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Hospitalisation** : chambre particulière : de 15 à 70 € / jour dans la limite de 60 à 240 jours par année civile pour certains soins.
- ! **Lit d'accompagnement** : de 15 € à 35 € / jour.
- ! **Frais d'accompagnement** : de néant à 35 € / jour, dans la limite de 30 jours par année civile pour les enfants de moins de 10 ans inscrits au contrat.
- ! **Soins médicaux courants** : analyses non remboursées par l'A.M.O. : 50% F.R. limité à 115 euros par année civile et ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O. : 50% F.R. limité à 115 euros par année civile.
- ! **Optique** : prise en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) fixés pour les équipements de Classe A. Limitation à un équipement par période de 2 ans (de date à date) réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.
- ! **Etiopathes, psychologues, psychomotriciens-ergothérapeutes, diététiciens** : remboursement à hauteur de 35€ par séance, dans la limite de 5 à 10 séances par année civile et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les salariés et leurs éventuels ayants droit sont couverts en France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'entreprise souscriptrice entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

Obligation de l'entreprise souscriptrice :

- * Relever de la Convention Collective de la Coiffure.
- * Être domiciliée en France
- * Affilier au contrat tous les salariés et leurs ayants droit appartenant à la catégorie de bénéficiaires définie par le contrat
- * Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le contrat
- * Informer l'organisme assureur de toute cession d'activité, cessation d'activité, changement de convention collective applicable, dépôt de bilan, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire
- * Transmettre à l'organisme assureur le contrat signé
- * Transmettre à l'organisme assureur les bulletins individuels d'affiliation (BIA) complétés et signés par les salariés accompagnés des pièces justificatives.
- * Transmettre à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation (BIA) modificatifs (si changement de situation familiale) ainsi que les documents justificatifs fournis par le salarié.
- * Remettre aux salariés la notice d'information établie par la mutuelle, ses avenants ou toute nouvelle notice ainsi que la fiche IPID.

Obligation du salarié ou de l'ancien salarié :

A l'adhésion :

- * Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français
- * Appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévue par le contrat
- * Remplir avec exactitude et signer le BIA,
- * Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

-En cours de contrat :

- * Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle tel que décrit au contrat.
- * Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat.

-Pour le versement des prestations :

- * Transmettre à l'organisme assureur la demande de remboursement dans un délai de 2ans maximum suivant la date de des soins.
- * Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour l'entreprise souscriptrice :

Les cotisations correspondant à la base obligatoire sont payables trimestriellement à terme échu par l'employeur. L'entreprise assure le précompte des parts salariales.

Pour le salarié ou l'ancien salarié :

Les modalités de paiement des cotisations facultatives sont fixées au contrat. Les cotisations correspondant aux couvertures facultatives sont payées directement par le salarié ou l'ancien salarié auprès de la mutuelle selon les modalités choisies au bulletin individuel d'affiliation soit, pour le salarié, via un précompte effectué sur le salaire par l'entreprise.

Moyens de paiement : les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique, par chèque ou par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Pour l'entreprise souscriptrice :

L'adhésion de l'entreprise prend effet à la date fixée au contrat. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. L'adhésion cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), sauf cas de résiliation par l'organisme assureur pour non-paiement des cotisations ou lorsque l'entreprise ne relève plus de la convention collective de la coiffure ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle.

- Pour le salarié ou ancien salarié :

La couverture obligatoire du salarié prend effet à la date d'affiliation du salarié.

La couverture facultative des ayants droit prend effet soit à la date d'affiliation du salarié soit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

Le maintien facultatif "Evin" prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

La couverture du salarié ou de l'ancien salarié cesse : à la date de cessation de son contrat de travail ; à la date à laquelle le salarié cesse d'appartenir à la catégorie de personnel bénéficiaire définie au contrat ; à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise ou l'organisme assureur ; à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ; pour l'ancien salarié, à la date d'effet de la résiliation, par ses soins, de son contrat..

Dispositions supplémentaires en cas de couverture facultative : la couverture cesse à la date d'effet de la résiliation par le salarié ou l'ancien salarié à l'échéance annuelle (31 décembre) ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants droit) ou à la date d'effet de la résiliation de la couverture par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Résiliation à l'initiative de l'entreprise : le contrat collectif peut être résilié par l'entreprise à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. Il peut également être résilié en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat.

Résiliation par le salarié ou l'ancien salarié des couvertures facultatives (uniquement) : les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'entreprise.

En cas de modification des droits et obligations issus du contrat, les couvertures facultatives peuvent être résiliées dans le délai d'un mois suivant la remise par la mutuelle des nouveaux documents contractuels. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur des modifications.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur les produits d'assurance



Assureurs : Mutuelle La Choletaise. Immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité SIREN 315 519 231.

Produit : Régime conventionnel frais de santé de la CCN de la Coiffure C2FB + OFB2

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.). Elle est souscrite par une entreprise au profit des salariés obligatoirement affiliés au contrat. Les salariés peuvent étendre les garanties dont ils bénéficient à leurs ayants droit, et peuvent également, en fonction du niveau de garanties souscrit par l'entreprise, adhérer à des options facultatives pour eux-mêmes et leurs ayants droit. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES DANS LE CONTRAT FRAIS DE SANTE :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, participation du patient, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, chambre particulière avec ou sans nuitée, lit d'accompagnement.
- ✓ **Soins médicaux courants** : consultations, visites médecins, sages-femmes, auxiliaires médicaux, analyses remboursées ou non par l'A.M.O., actes d'imageries, examens médicaux, participation du patient, médicaments, frais de transports, ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O., Acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étioopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues, psychologues, psychomotriciens-ergothérapeutes, diététiciens, pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O., vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O.
- ✓ **Dentaire** : soins, actes et consultations, prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie.
- ✓ **Optique** : monture, verres, prestations d'appairage prismes, filtres, adaptation de la prescription, lentilles prescrites remboursées ou non par l'A.M.O., chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.
- ✓ **Aides auditives** : prothèses, accessoires, entretien, piles, réparations
- ✓ **Allocation naissance**
- ✓ **Prévention** : actes de prévention prévus par le contrat responsable.

GARANTIES OPTIONNELLES :

- Frais d'accompagnement
- Prothèses dentaires non remboursées par l'A.M.O.

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins engagés en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O., sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches de garanties, les cures et traitements de rajeunissement et de détente.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier dans les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfants handicapés ou inadaptés (CMPP, IME, IMP, IMRPO, ITEP, etc.) ainsi que dans les établissements de long séjour ne donnant pas lieu à un forfait journalier.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

EXCLUSIONS du contrat responsables

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Hospitalisation** : chambre particulière : de 15 à 70 € / jour dans la limite de 60 à 240 jours par année civile pour certains soins.
- ! **Lit d'accompagnement** : de 15 € à 35 € / jour.
- ! **Frais d'accompagnement** : de néant à 35 € / jour, dans la limite de 30 jours par année civile pour les enfants de moins de 10 ans inscrits au contrat.
- ! **Soins médicaux courants** : analyses non remboursées par l'A.M.O. : 50% F.R. limité à 115 euros par année civile et ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O. : 50% F.R. limité à 115 euros par année civile.
- ! **Optique** : prise en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) fixés pour les équipements de Classe A. Limitation à un équipement par période de 2 ans (de date à date) réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.
- ! **Etiopathes, psychologues, psychomotriciens-ergothérapeutes, diététiciens** : remboursement à hauteur de 35€ par séance, dans la limite de 5 à 10 séances par année civile et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les salariés et leurs éventuels ayants droit sont couverts en France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'entreprise souscriptrice entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

Obligation de l'entreprise souscriptrice :

- * Relever de la Convention Collective de la Coiffure.
- * Être domiciliée en France
- * Affilier au contrat tous les salariés et leurs ayants droit appartenant à la catégorie de bénéficiaires définie par le contrat
- * Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le contrat
- * Informer l'organisme assureur de toute cession d'activité, cessation d'activité, changement de convention collective applicable, dépôt de bilan, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire
- * Transmettre à l'organisme assureur le contrat signé
- * Transmettre à l'organisme assureur les bulletins individuels d'affiliation (BIA) complétés et signés par les salariés accompagnés des pièces justificatives.
- * Transmettre à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation (BIA) modificatifs (si changement de situation familiale) ainsi que les documents justificatifs fournis par le salarié.
- * Remettre aux salariés la notice d'information établie par la mutuelle, ses avenants ou toute nouvelle notice ainsi que la fiche IPID.

Obligation du salarié ou de l'ancien salarié :

A l'adhésion :

- * Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français
- * Appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévue par le contrat
- * Remplir avec exactitude et signer le BIA,
- * Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

-En cours de contrat :

- * Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle tel que décrit au contrat.
- * Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat.

-Pour le versement des prestations :

- * Transmettre à l'organisme assureur la demande de remboursement dans un délai de 2ans maximum suivant la date de des soins.
- * Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour l'entreprise souscriptrice :

Les cotisations correspondant à la base obligatoire sont payables trimestriellement à terme échu par l'employeur. L'entreprise assure le précompte des parts salariales.

Pour le salarié ou l'ancien salarié :

Les modalités de paiement des cotisations facultatives sont fixées au contrat. Les cotisations correspondant aux couvertures facultatives sont payées directement par le salarié ou l'ancien salarié auprès de la mutuelle selon les modalités choisies au bulletin individuel d'affiliation soit, pour le salarié, via un précompte effectué sur le salaire par l'entreprise.

Moyens de paiement : les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique, par chèque ou par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Pour l'entreprise souscriptrice :

L'adhésion de l'entreprise prend effet à la date fixée au contrat. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. L'adhésion cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), sauf cas de résiliation par l'organisme assureur pour non-paiement des cotisations ou lorsque l'entreprise ne relève plus de la convention collective de la coiffure ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle.

- Pour le salarié ou ancien salarié :

La couverture obligatoire du salarié prend effet à la date d'affiliation du salarié.

La couverture facultative des ayants droit prend effet soit à la date d'affiliation du salarié soit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

Le maintien facultatif "Evin" prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

La couverture du salarié ou de l'ancien salarié cesse : à la date de cessation de son contrat de travail ; à la date à laquelle le salarié cesse d'appartenir à la catégorie de personnel bénéficiaire définie au contrat ; à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise ou l'organisme assureur ; à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ; pour l'ancien salarié, à la date d'effet de la résiliation, par ses soins, de son contrat..

Dispositions supplémentaires en cas de couverture facultative : la couverture cesse à la date d'effet de la résiliation par le salarié ou l'ancien salarié à l'échéance annuelle (31 décembre) ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants droit) ou à la date d'effet de la résiliation de la couverture par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Résiliation à l'initiative de l'entreprise : le contrat collectif peut être résilié par l'entreprise à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. Il peut également être résilié en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat.

Résiliation par le salarié ou l'ancien salarié des couvertures facultatives (uniquement) : les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'entreprise.

En cas de modification des droits et obligations issus du contrat, les couvertures facultatives peuvent être résiliées dans le délai d'un mois suivant la remise par la mutuelle des nouveaux documents contractuels. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur des modifications.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur les produits d'assurance



Assureurs : Mutuelle La Choletaise. Immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité SIREN 315 519 231.

Produit : Régime conventionnel frais de santé de la CCN de la Coiffure C2FB + OFB2

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.). Elle est souscrite par une entreprise au profit des salariés obligatoirement affiliés au contrat. Les salariés peuvent étendre les garanties dont ils bénéficient à leurs ayants droit, et peuvent également, en fonction du niveau de garanties souscrit par l'entreprise, adhérer à des options facultatives pour eux-mêmes et leurs ayants droit. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES DANS LE CONTRAT FRAIS DE SANTE :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, participation du patient, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, chambre particulière avec ou sans nuitée, lit d'accompagnement.
- ✓ **Soins médicaux courants** : consultations, visites médecins, sages-femmes, auxiliaires médicaux, analyses remboursées ou non par l'A.M.O., actes d'imageries, examens médicaux, participation du patient, médicaments, frais de transports, ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O., Acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étioopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues, psychologues, psychomotriciens-ergothérapeutes, diététiciens, pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O., vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O.
- ✓ **Dentaire** : soins, actes et consultations, prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie.
- ✓ **Optique** : monture, verres, prestations d'appairage prismes, filtres, adaptation de la prescription, lentilles prescrites remboursées ou non par l'A.M.O., chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.
- ✓ **Aides auditives** : prothèses, accessoires, entretien, piles, réparations
- ✓ **Allocation naissance**
- ✓ **Prévention** : actes de prévention prévus par le contrat responsable.

GARANTIES OPTIONNELLES :

- Frais d'accompagnement
- Prothèses dentaires non remboursées par l'A.M.O.

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins engagés en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O., sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches de garanties, les cures et traitements de rajeunissement et de détente.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier dans les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfants handicapés ou inadaptés (CMPP, IME, IMP, IMRPO, ITEP, etc.) ainsi que dans les établissements de long séjour ne donnant pas lieu à un forfait journalier.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

EXCLUSIONS du contrat responsables

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Hospitalisation** : chambre particulière : de 15 à 70 € / jour dans la limite de 60 à 240 jours par année civile pour certains soins.
- ! **Lit d'accompagnement** : de 15 € à 35 € / jour.
- ! **Frais d'accompagnement** : de néant à 35 € / jour, dans la limite de 30 jours par année civile pour les enfants de moins de 10 ans inscrits au contrat.
- ! **Soins médicaux courants** : analyses non remboursées par l'A.M.O. : 50% F.R. limité à 115 euros par année civile et ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O. : 50% F.R. limité à 115 euros par année civile.
- ! **Optique** : prise en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) fixés pour les équipements de Classe A. Limitation à un équipement par période de 2 ans (de date à date) réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.
- ! **Etiopathes, psychologues, psychomotriciens-ergothérapeutes, diététiciens** : remboursement à hauteur de 35€ par séance, dans la limite de 5 à 10 séances par année civile et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les salariés et leurs éventuels ayants droit sont couverts en France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'entreprise souscriptrice entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

Obligation de l'entreprise souscriptrice :

- * Relever de la Convention Collective de la Coiffure.
- * Être domiciliée en France
- * Affilier au contrat tous les salariés et leurs ayants droit appartenant à la catégorie de bénéficiaires définie par le contrat
- * Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le contrat
- * Informer l'organisme assureur de toute cession d'activité, cessation d'activité, changement de convention collective applicable, dépôt de bilan, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire
- * Transmettre à l'organisme assureur le contrat signé
- * Transmettre à l'organisme assureur les bulletins individuels d'affiliation (BIA) complétés et signés par les salariés accompagnés des pièces justificatives.
- * Transmettre à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation (BIA) modificatifs (si changement de situation familiale) ainsi que les documents justificatifs fournis par le salarié.
- * Remettre aux salariés la notice d'information établie par la mutuelle, ses avenants ou toute nouvelle notice ainsi que la fiche IPID.

Obligation du salarié ou de l'ancien salarié :

A l'adhésion :

- * Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français
- * Appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévue par le contrat
- * Remplir avec exactitude et signer le BIA,
- * Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

-En cours de contrat :

- * Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle tel que décrit au contrat.
- * Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat.

-Pour le versement des prestations :

- * Transmettre à l'organisme assureur la demande de remboursement dans un délai de 2ans maximum suivant la date de des soins.
- * Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour l'entreprise souscriptrice :

Les cotisations correspondant à la base obligatoire sont payables trimestriellement à terme échu par l'employeur. L'entreprise assure le précompte des parts salariales.

Pour le salarié ou l'ancien salarié :

Les modalités de paiement des cotisations facultatives sont fixées au contrat. Les cotisations correspondant aux couvertures facultatives sont payées directement par le salarié ou l'ancien salarié auprès de la mutuelle selon les modalités choisies au bulletin individuel d'affiliation soit, pour le salarié, via un précompte effectué sur le salaire par l'entreprise.

Moyens de paiement : les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique, par chèque ou par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Pour l'entreprise souscriptrice :

L'adhésion de l'entreprise prend effet à la date fixée au contrat. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. L'adhésion cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), sauf cas de résiliation par l'organisme assureur pour non-paiement des cotisations ou lorsque l'entreprise ne relève plus de la convention collective de la coiffure ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle.

- Pour le salarié ou ancien salarié :

La couverture obligatoire du salarié prend effet à la date d'affiliation du salarié.

La couverture facultative des ayants droit prend effet soit à la date d'affiliation du salarié soit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

Le maintien facultatif "Evin" prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

La couverture du salarié ou de l'ancien salarié cesse : à la date de cessation de son contrat de travail ; à la date à laquelle le salarié cesse d'appartenir à la catégorie de personnel bénéficiaire définie au contrat ; à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise ou l'organisme assureur ; à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ; pour l'ancien salarié, à la date d'effet de la résiliation, par ses soins, de son contrat..

Dispositions supplémentaires en cas de couverture facultative : la couverture cesse à la date d'effet de la résiliation par le salarié ou l'ancien salarié à l'échéance annuelle (31 décembre) ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants droit) ou à la date d'effet de la résiliation de la couverture par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Résiliation à l'initiative de l'entreprise : le contrat collectif peut être résilié par l'entreprise à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. Il peut également être résilié en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat.

Résiliation par le salarié ou l'ancien salarié des couvertures facultatives (uniquement) : les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'entreprise.

En cas de modification des droits et obligations issus du contrat, les couvertures facultatives peuvent être résiliées dans le délai d'un mois suivant la remise par la mutuelle des nouveaux documents contractuels. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur des modifications.