

VOTRE
COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ COLLECTIVE

avec AÉSIO et les
mutuelles co-assureurs
et gestionnaires



LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE

dédiée aux salariés de la Coiffure

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont mis en place un régime obligatoire de frais de santé pour l'ensemble de vos salariés.

Depuis 18 ans, ils font confiance aux mutuelles partenaires pour gérer ce régime.

● QUELS SONT LES AVANTAGES DE NOTRE OFFRE

- ▶ L'assurance de la conformité de votre contrat avec vos obligations et leurs évolutions
- ▶ Des prestations supplémentaires offertes (cf. page 7)
- ▶ Un fonds social dédié de branche, complété par l'action sociale de votre mutuelle
- ▶ Des campagnes de prévention spécifiques pour vos salariés
- ▶ Un pilotage par vos représentants ; c'est pour vous la garantie d'une maîtrise des coûts grâce à une large mutualisation.



● UNE OFFRE ADAPTÉE À TOUS LES BESOINS

Seule la garantie « Base Conventionnelle » est obligatoire.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, améliorer le niveau de couverture de vos salariés et de leur famille, en souscrivant soit l'option 1, l'option 2 ou l'option 3 en régime à adhésion obligatoire.

Le salarié peut également compléter ses garanties et celles de sa famille, de façon facultative, en choisissant l'une de ces 3 options.



● COTISATIONS

La cotisation « Base Conventiennelle » couvre le salarié et sa famille.

Les options peuvent être souscrites pour le salarié seul et/ou sa famille.

L'Employeur prend en charge au minimum 59,5 % de la cotisation globale correspondant à la couverture familiale obligatoire du régime choisi.

Cette cotisation est indexée sur l'évolution de la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Régime Général		
% DU PMSS	Famille (Conjoint à charge au sens Ss et enfants)	Conjoint non à charge au sens Ss
Garantie Base Conventiennelle	1.298 %	+ 0.98 %

Régime Général		
% DU PMSS	Adulte	Enfant*
Option 1 – Régime Général	+ 0.26 %	+ 0.16 %
Option 2 – Régime Général	+ 0.45 %	+ 0.28 %
Option 3 – Régime Général	+ 0.77 %	+ 0.49 %

Régime Alsace Moselle		
% DU PMSS	Famille (Conjoint à charge au sens Ss et enfants)	Conjoint non à charge au sens Ss
Garantie Base Conventiennelle	1.298 %	+ 0.98 %

Régime Alsace Moselle		
% DU PMSS	Adulte	Enfant*
Option	+ 0.20 %	+ 0.14 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur : 3 311 € en 2018.

*Gratuité à partir du 3^e enfant

Garanties Régime Conventionnel - Régime Général

PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE y compris Sécurité sociale	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MOYEN SÉJOUR OU PSYCHIATRIE ¹	Base Conventionnelle
Honoraires Optam / Optam-Co - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	135 % BR
Honoraires Hors Optam / Optam-Co - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	115 % BR
Frais de séjour	145 % BR
Forfait journalier ⁽²⁾	100 % du tarif en vigueur
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 généralistes - Visites Optam	100 % BR
Consultations généralistes - Visites Hors Optam	100 % BR
Consultations spécialistes Optam / Optam-Co	100 % BR
Consultations spécialistes hors Optam / Optam-Co	100 % BR
Actes de spécialité Optam / Optam-Co (ATM et ADC)	100 % BR
Actes de spécialité hors Optam / Optam-Co (ATM et ADC)	100 % BR
Analyses et examens de biologie	100 % BR
Radiologie Optam	100 % BR
Radiologie hors Optam	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
PROTHÈSES AUTRES QUE DENTAIRE	
(audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)	100 % BR
OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ÉTIOPATHIE	
(diplômé d'État, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 €/consultation (limité à 80 €/an et par bénéficiaire)
PHARMACIE - TRANSPORT	
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important	100 % BR
Médicaments à SMR modéré (homéopathiques et préparations magistrales)	100 % BR
Médicaments à SMR faible	100 % BR
Frais de transport	100 % BR
DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)	125 % BR
Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	270 % BR
Inlays - Onlay (INO) *	270 % BR
Orthodontie	175 % BR tous les 6 mois
DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)	Néant
Implants (IMP)	400 € par an et par bénéficiaire
PARODONTOLOGIE (TDS)	
- Curetage/Surfaçage	50 % FR limités à 1 % PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an
- Greffe gingivale	50 % FR limités à 3 % PMSS par séance dans la limite d'1 greffe par an
- Allongement coronaire	50 % FR limités à 0,5 % PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an
- Lambeau	50 % FR limités à 1,5 % PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an
OPTIQUE³	
Verres (par verre)	100 % BR + 79,50 €
Monture	100 % BR + 111 €
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + 3,5 % PMSS par an
Lentilles médicalement justifiées refusées par la Sécurité sociale	3,5 % PMSS par an
Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie)	6 % PMSS par œil
MATERNITÉ	
Participation frais de maternité (versement d'une prime) ***	7 % PMSS
Chambre particulière	100 % FR limités à 1,5 % PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire
AUTRES REMBOURSEMENTS	
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR limités à 1 % PMSS par an et par bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	80 % FR limités à 4 % PMSS par personne et par an

Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par l'arrêté du 08/06/06. - BR : Base de remboursement Sécurité sociale - FR : Frais réels - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 311 € au 1^{er} janvier 2018)
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 montant de la BR reconstruite est de 107,50 €

*** 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 - Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et les MAS - Maisons d'Accueil Spécialisées.

(3) La prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement (verres + monture) sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Options - Régime Général

PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE y compris Sécurité sociale et Base Conventiennelle		
Option 1	Option 2	Option 3
170 % BR	220% BR	535% BR
130 % BR	180% BR	180% BR
170 % BR	220% BR	545% BR établissements conventionnés 245% BR établissements non conventionnés
100 % du tarif en vigueur	100 % du tarif en vigueur	100 % du tarif en vigueur
2 % PMSS par jour dans la limite de 40 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	2 % PMSS par jour dans la limite de 40 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	2,5 % PMSS par jour dans la limite de 40 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
1% PMSS par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	1% PMSS par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	1% PMSS par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
25 € par jour	30 € par jour	35 € par jour
135 % BR	185% BR	250% BR
115 % BR	165 % BR	200 % BR
135 % BR	185% BR	250% BR
115 % BR	165 % BR	200 % BR
135 % BR	185% BR	250% BR
115 % BR	165 % BR	200 % BR
125 % BR	175 % BR	250% BR
135 % BR	185 % BR	250% BR
115 % BR	165 % BR	200 % BR
125 % BR	175 % BR	250% BR
125 % BR	175 % BR	250% BR
30 € par consultation limité à 120 € par an et par bénéficiaire	30 € par consultation limité à 120 € par an et par bénéficiaire	35 € par consultation limité à 140 € par an et par bénéficiaire
100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR
150 % BR	200 % BR	275% BR
370% BR	470 % BR	570% BR
320% BR	370 % BR	420% BR
225% BR tous les 6 mois	275% BR tous les 6 mois	325% BR tous les 6 mois
150% BR reconstituée **	200% BR reconstituée **	300% BR reconstituée **
425 € par an et par bénéficiaire	450 € par an et par bénéficiaire	500 € par an et par bénéficiaire
50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an	50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an	50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an
50% FR limités à 3% PMSS par séance dans la limite d'1 greffe par an	50% FR limités à 3% PMSS par séance dans la limite d'1 greffe par an	50% FR limités à 3% PMSS par séance dans la limite d'1 greffe par an
50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an	50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an	50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an
50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an	50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an	50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an
100 % BR + 99,00 €	100 % BR + 110,00 €	100 % BR + 127,00 €
100% BR + 130,5 €	100% BR + 150 € - TM	100% BR + 150 € - TM
100 % BR + 4,1% PMSS par an	100 % BR + 4,7% PMSS par an	100 % BR + 6,5% PMSS par an
4,1% PMSS par an	4,7% PMSS par an	6,5% PMSS par an
8% PMSS par œil	10% PMSS par œil	15% PMSS par œil
10% PMSS	13% PMSS	16% PMSS
100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire
100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire
80% FR limités à 4% PMSS par personne et par an	80% FR limités à 4% PMSS par personne et par an	80% FR limités à 4% PMSS par personne et par an

Garanties - Régime Alsace Moselle

PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE y compris Sécurité sociale		
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MOYEN SÉJOUR OU PSYCHIATRIE ¹	Base Conventiionnelle	Option y compris Base Conventiionnelle
Honoraires Optam / Optam-Co - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	100 % BR	210 % BR
Honoraires Hors Optam / Optam-Co - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	100 % BR	190 % BR
Frais de séjour	100 % BR	200 % BR
Forfait journalier ⁽²⁾	100% du tarif en vigueur	100% du tarif en vigueur
Chambre particulière	100% FR dans la limite de 60 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	100% 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	100% FR dans la limite de 2,5% PMSS par jour
Lit accompagnant	15 € par jour	25 € par jour
CONSULTATIONS - VISITES		
Consultations généralistes - Visites Optam	210% BR	270% BR
Consultations généralistes - Visites Hors Optam	190% BR	200% BR
Consultations spécialistes Optam / Optam-Co	210% BR	270% BR
Consultations spécialistes hors Optam / Optam-Co	190% BR	200% BR
Actes de spécialité Optam / Optam-Co (ATM et ADC)	210% BR	270% BR
Actes de spécialité hors Optam / Optam-Co (ATM et ADC)	190% BR	200% BR
Analyses et examens de biologie	150% BR	250% BR
Radiologie Optam	160% BR	220% BR
Radiologie hors Optam	140% BR	150% BR
Auxiliaires médicaux	150% BR	250% BR
PROTHÈSES AUTRES QUE DENTAIRES		
(audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)	150% BR	250% BR
OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ÉTIOPATHIE		
(diplômé d'État, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 €/consultation (limité à 80 €/an et par bénéficiaire)	30 €/consultation (limité à 110 €/an et par bénéficiaire)
PHARMACIE - TRANSPORT		
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important	100 % BR	100 % BR
Médicaments à SMR modéré (homéopathiques et préparations magistrales)	100 % BR	100 % BR
Médicaments à SMR faible	100 % BR	100 % BR
Frais de transport	100 % BR	200 % BR
DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)	350 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	350 % BR	400 % BR
Inlays - Onlay (INO) *	350 % BR	400 % BR
Orthodontie	300 % BR tous les 6 mois	300 % BR tous les 6 mois
DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)	250% BR reconstituée **	300% BR reconstituée **
Implants (IMP)	400 € par an et par bénéficiaire	450 € par an et par bénéficiaire
PARODONTOLOGIE (TDS)		
- Curetage/Surfaçage	50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an	50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an
- Greffe gingivale	50% FR limités à 3% PMSS par intervention dans la limite d'1 greffe par an	50% FR limités à 3% PMSS par intervention dans la limite d'1 greffe par an
- Allongement coronaire	50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an	50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an
- Lambeau	50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an	50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an
OPTIQUE³		
Verres (par verre)	100% BR + 111 €	100% BR + 143 €
Monture	100 % BR + 95 €	100% BR + 150 € - TM
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	190 % BR + 8 % PMSS par an	190 % BR + 11 % PMSS par an
Lentilles médicalement justifiées refusées par la Sécurité sociale	8 % PMSS par an	8% PMSS par an
Kératonomie (chirurgie au laser de la myopie)	6 % PMSS par œil	15% PMSS par œil
MATERNITÉ		
Participation aux frais de maternité (versement d'une prime) ***	10% PMSS	10% PMSS
Chambre particulière	100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire
AUTRES REMBOURSEMENTS		
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale	100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	80% FR limités à 4% PMSS par an et par personne	80% FR limités à 4% PMSS par an et par personne

Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par l'arrêté du 08/06/06.

BR : Base de remboursement Sécurité sociale - FR : Frais réels - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 311 € au 1^{er} janvier 2018)

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 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 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 - Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et les MAS - Maisons d'Accueil Spécialisées.

(3) La prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement (verres + monture) sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Prestations supplémentaires offertes

NATURE DES SOINS	PRESTATIONS
Psychologue	50% des frais réels limités à 1% du PMSS par séance (33,11 € en 2018) dans la limite de 5 séances par an et par personne
Psychomotricité - Ergothérapie	50% des frais réels limités à 1% du PMSS par séance (33,11 € en 2018) dans la limite de 10 séances par an et par personne
Diététicien	50% des frais réels limités à 1% du PMSS par séance (33,11 € en 2018) dans la limite de 5 séances par an et par personne
Analyses médicales hors nomenclature Radios hors nomenclature (densitométrie osseuse)	50 % des frais réels, la prestation maximale étant limitée au PMSS divisé par 30 (soit 110,37 € en 2018)

Votre régime est coassuré par AÉSIO et les mutuelles partenaires mentionnées dans ce document.

AÉSIO agit en tant que coordinateur et interlocuteur unique des partenaires sociaux de la branche de la Coiffure et des Professions Connexes.



Les mutuelles représentées par le Groupe AÉSIO



viasanté

LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

