

**Le Syndicat National du Caoutchouc et des Polymères (SNCP) a négocié pour votre entreprise, avec le concours du Cabinet MutuaConseil, une complémentaire santé applicable à l'ensemble de vos salariés et a choisi de labelliser Umanens pour la mise en œuvre du régime frais de santé.**

## AVEC UMANENS, VOUS BÉNÉFICIEZ POUR VOTRE ENTREPRISE ET VOS SALARIÉS :

- d'un régime modulable négocié au juste prix par vos représentants employeurs,
- d'un taux de cotisation stable pour 2017 et 2018,
- d'un accompagnement sur-mesure par nos conseillers, avec l'aide du Cabinet MutuaConseil
- d'un choix entre 3 structures de cotisations (Isolé/famille ou Isolé/Duo/Famille ou Uniforme)
- d'un régime d'accueil pour vos futurs retraités.
- de la souscription par le salarié d'options facultatives,
- de la possibilité pour le salarié de réduire son reste à charge à l'aide d'une surcomplémentaire à caractère non responsable,
- de la possibilité pour le salarié de couvrir ses ayants droit dans les mêmes conditions de garanties,
- d'un réseau de soins (SantéClair), sur les garanties Optiques, Dentaires et Auditives.
- de prestations d'assistance.

## UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOTRE ENTREPRISE, À VOUS DE CHOISIR LA SOLUTION QUI VOUS CONVIENT !

			<b>OPTIMUM</b> Option non responsable
<b>EXCELLENCE</b> Option non responsable	<b>EXCELLENCE</b> Option non responsable	<b>EXCELLENCE</b> Option non responsable	<b>EXCELLENCE</b> Option non responsable
<b>PREMIUM</b> Option responsable	<b>PREMIUM</b> Option responsable	<b>PREMIUM</b> Option responsable	<b>PREMIUM</b> Socle obligatoire responsable À partir de 39,52€*
<b>SÉRÉNITÉ</b> Option responsable	<b>SÉRÉNITÉ</b> Option responsable		
<b>CONFORT</b> Option responsable	<b>CONFORT</b> Socle obligatoire responsable À partir de 30,50€*	<b>SÉRÉNITÉ</b> Socle obligatoire responsable À partir de 35,78€*	
<b>PANIER DE SOINS+</b> Socle obligatoire responsable À partir de 19,60€*			

### Régime sur complémentaire :

Si votre entreprise fait le choix de proposer le régime surcomplémentaire à vos salariés, ces derniers pourront bénéficier, à leur choix, pour eux-mêmes et leurs ayants droit, d'un régime allant au-delà des plafonds du contrat responsable.

### Option pour vos salariés

➤ Selon le régime collectif obligatoire mis en place par votre entreprise, vos salariés pourront souscrire une option facultative pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

### Régime complémentaire socle

(Choix de votre garantie obligatoire) :

- Panier de soins+ : régime minimal
- Confort : reste à charge sur certains postes
- Sérénité : avec peu de reste à charge
- Premium : haut de gamme

\*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «Isolé», en % du PMSS (Valeur 2017).

## QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS...

Dépense engagée	MONTANT	PANIER DE SOINS+		CONFORT		SERENITE		PREMIUM	
		MUTUELLE	RAC	MUTUELLE	RAC	MUTUELLE	RAC	MUTUELLE	RAC
 Consultation spécialiste (OPTAM)	60€	9€	31€	39€	1€	39€	1€	39€	1€
 Equipement Adulte (2 verres simples + 1 monture)	450€	150€	293,90€	280€	163,90€	390€	53,90€	443,90€	0€
 Prothèse dentaire Remboursée par la S.S.	750€	59,13€	615,63€	215€	459,75€	322,50€	352,25€	430€	244,75€
 Acte de chirurgie (OPTAM) (ex : appendicectomie)	650€	0€	462,11€	462,11€	0€	462,11€	0€	462,11€	0€

RAC : Reste à votre charge - S.S. : Sécurité sociale

## ACCOMPAGNEMENT & ADHÉSION...

### PRENDRE UN RDV

 N°Cristal 09 69 32 96 10

APPEL NON SURTAXE

120 conseillers à votre disposition

### SOUSCRIRE EN LIGNE

[www.snpc.mutuaconseil.fr/sante](http://www.snpc.mutuaconseil.fr/sante)  
[www.umanens.fr](http://www.umanens.fr)

### UNE QUESTION SUR VOTRE RÉGIME SNCP ?

**MutuaConseil**  
Numéro non surtaxé :  
01 47 82 94 21

# Grille de garanties - CCN Caoutchouc

		RÉGIME COMPLEMENTAIRE Les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale (sauf prestations exprimées en euros) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.				RÉGIME SUR COMPLEMENTAIRE Les prestations sont versées en complément du remboursement de la Sécurité sociale et de celles du régime complémentaire, dans la limite des frais réellement engagés.	
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ		PANIER DE SOINS+ BASE	CONFORT (Y COMPRIS BASE)	SÉRÉNITÉ (Y COMPRIS BASE)	PREMIUM (Y COMPRIS BASE)	EXCELLENCE	OPTIMUM (SUR PREMIUM UNIQUEMENT)
Frais de séjour		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Honoraires - médecin OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR en secteur conventionné	+ 30% en secteur conventionné
Honoraires - médecin hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+ 200% BR en secteur conventionné	+ 200% en secteur conventionné
Forfait journalier hospitalier		100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	-	-
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)		-	2% PMSS/jour	3% PMSS/jour	4% PMSS/jour	-	+ 40€/jour
Chambre particulière		-	2% PMSS/jour	3% PMSS/jour	4% PMSS/jour	-	+ 50€/jour max 90j en MCO et 30j en psychiatrie
Transport remboursé par la S.S		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
ACTES MÉDICAUX COURANTS							
Consultations spécialistes OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Consultations spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Consultations généralistes OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Consultations généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Visites généralistes / spécialistes OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	290% BR	390% BR	490% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Visites généralistes / spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	270% BR	270% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Actes de petite chirurgie hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Analyses, laboratoire		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Auxiliaires médicaux		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Radiologie hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	-	-
PHARMACIE							
Pharmacie remboursée par la S.S.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Médicaments, vaccins ou homéopathie prescrits par un médecin et non remboursés par la S.S.		-	-	-	-	+ 100€	+ 100€
DENTAIRE							
Soins dentaires remboursés par la S.S		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Inlay / onlay		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Parodontologie non remboursée par la S.S. (max 3 actes/an/bénéficiaire)		-	max 150€/acte	max 300€/acte	max 450€/acte	-	-
Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		125% BR	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Inlay core		125% BR	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Implantologie non remboursée par la S.S. (racine et pilier) (max 3 implants/an/bénéficiaire)		-	max 10% PMSS/implant	max 15% PMSS/implant	max 20% PMSS/implant	-	+ 150€/implant
Prothèses dentaires non remboursées par la S.S.(*)		-	270% BRR	370% BRR	470% BRR	-	-
Orthodontie remboursée par la S.S.		125% BR	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Orthodontie non remboursée par la S.S.		125% BRR	270% BRR	370% BRR	470% BRR	-	-
AUTRES PROTHÈSES							
Prothèses auditives remboursées par la S.S. /an/bénéficiaire		TM + 100% BR	TM + 10% PMSS	TM + 15% PMSS	TM + 20% PMSS	-	+ 400€
Appareillages remboursés par la S.S. /an/bénéficiaire		TM + 100% BR	TM + 7,5% PMSS	TM + 10% PMSS	TM + 15% PMSS	-	+ 400€ (gros appareillage uniquement)
OPTIQUE (**)							
les forfaits s'entendent par équipement et un équipement / 2 ans							
Verres remboursés par la S.S.	Verres simples	100€	200€	280€	320€	-	+ 150€ / Verre
	Verres complexes	200€	350€	500€	600€	-	
	Verres hyper complexes	200€	450€	600€	700€	-	
Monture remboursée par la S.S.		50€	80€	110€	150€	-	-
Lentilles remboursées par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire		TM + 5% PMSS	TM + 5% PMSS	TM + 10% PMSS	TM + 12,5% PMSS	-	-
Lentilles non remboursées par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire		-	5% PMSS	10% PMSS	12,5% PMSS	-	-
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)		-	300€	400€	600€	-	+ 200€
MATERNITÉ - ADOPTION(***)							
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance gémellaire)		5% PMSS	10% PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	-
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S							
Allocation forfaitaire		-	max 10% PMSS	max 15% PMSS	max 20% PMSS	-	-
PACK BIEN-ÊTRE							
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathie, Acupuncture, Sevrage tabagique, Podologie, Dététique, et Psychologie		20€ / séance (max 2 séances/an/bénéficiaire)	30€ / séance (max 3 séances/an/bénéficiaire)	40€ / séance (max 4 séances/an/bénéficiaire)	50€ / séance (max 5 séances/an/bénéficiaire)	-	-
Sevrage tabagique sur prescription médicale (forfait annuel)		-	-	-	-	-	+ 50€
Contraception prescrite non remboursée par la S.S (forfait annuel)		-	-	-	-	-	+ 50€
Forfait bandelette d'autosurveillance glycémique (forfait annuel)		-	-	-	-	-	+ 50€

Les montants de remboursement applicables aux médecins adhérant au CAS sont identiques aux montants applicables aux médecins ayant souscrit l'OPTAM/OPTAM-CO. **BR** : Base de remboursement de la Séc. Soc. **BRR** : Base de remboursement reconstituée. **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins - **FR** : Frais réels - **MCO** : Médecine, Chirurgie, Obstétrique - **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - **S.S.** : Sécurité sociale. (\*) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418. (\*\*\*)L'équipement optique complet (2 verres + 1 monture) est limité à 1 remboursement tous les 2 ans sauf évolution de la vision médicalement constatée ou enfant de moins de 18 ans. Dans ces deux cas, il est fait application d'un remboursement tous les ans. La part de prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. Les montants indiqués pour les verres et la monture ne comprennent pas le remboursement de la Sécurité sociale. Verres simples : Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Verres complexes : Verres multifocaux dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ; Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries. Le remboursement des verres mixtes est calculé en référence aux montants prévus pour les équipements simples, complexes et hyper complexes. (\*\*\*)Naissance