

**Régime
conventionnel
frais de santé
de votre
entreprise**

**CCN
Sport**

www.umanens.fr

Les signataires de la Convention collective nationale (CCN) du Sport ont négocié pour vous une complémentaire santé applicable à l'ensemble des salariés de la branche. Nous vous proposons des garanties conformes au régime complémentaire frais de santé (Accord Frais de santé du 6 novembre 2015 et avenants ultérieurs).



Dans le cadre de la mise en œuvre de la CCN, les représentants de la branche ont référencé **Umanens** comme organisme labellisé en charge de l'assurance et la gestion du régime frais de santé.

AVEC UMANENS, VOUS ÊTES CERTAINS DE BÉNÉFICIER ...

- d'une couverture conforme à votre CCN,
- de garanties conformes au 100% santé,
- d'un réseau de proximité,
- de prestations d'assistance et de prévention,
- du respect du contrat responsable,
- de la souscription par le salarié d'une option facultative,
- de la possibilité de couvrir ses ayants droit dans les mêmes conditions de garanties,
- de l'exonération des charges salariales sur vos cotisations.

UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOTRE ENTREPRISE

➤ Votre part employeur s'élève à 50% minimum du régime obligatoire souscrit par vos soins pour vos salariés

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 Santé (Choix de votre garantie obligatoire) :

- Base (R1): régime minimal
- Option 1 (R2) : régime médian avec du reste à charge sur certains postes
- Option 2 (R3) : régime amélioré avec moins de reste à charge

OPTION 2 (R3) Option responsable	OPTION 2 (R3) Option responsable	OPTION 2 (R3) Socle obligatoire responsable À partir de 21,43€*
OPTION 1 (R2) Option responsable	OPTION 1 (R2) Socle obligatoire responsable À partir de 19,03€*	
BASE (R1) Socle obligatoire responsable À partir de 14,91€*		

*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «Salarié seul», en Euros (Valeur 2022).

➤ Plafond de la Sécurité sociale 2022 (PMSS)

Les montants des cotisations et de certaines garanties sont exprimés en % du PMSS. Ces montants sont calculés par rapport au plafond de la Sécurité sociale.

	Annuel	Trimestriel	Mensuel (PMSS)
Plafond de la Sécurité sociale	41 136 €	10 284 €	3 428 €

INFORMATIONS PRATIQUES

COTISATIONS AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Pour le régime collectif obligatoire, l'employeur est tenu de financer 50% minimum des cotisations.

Les cotisations obligatoires (part employeur + part salarié) sont prélevées sur le bulletin de paie et versées par l'employeur au gestionnaire. Les cotisations facultatives sont prélevées directement sur le compte bancaire du salarié.

TAXES OBLIGATOIRES

La taxe sur les conventions d'assurance est applicable aux contrats complémentaires frais de santé. Son taux est de 13,27% pour les contrats répondant au cahier des charges des contrats responsables et de 20,27% pour les autres contrats.

PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX

Les cotisations du régime complémentaire obligatoire sont soumises aux prélèvements obligatoires suivants (sous réserve des évolutions légales ou réglementaires pouvant intervenir) :

- CSG non déductible [pour le salarié] : applicable sur 100% de la part employeur
- CSG déductible [pour le salarié] : applicable sur 100% de la part employeur
- CRDS [pour le salarié] : applicable sur 100% de la part employeur
- Forfait social [pour l'employeur] : applicable sur 100% de la part employeur (entreprises ≥ 11 salariés).



VOTRE GRILLE DE GARANTIES

	Régime conventionnel	Régimes négociés	
	↓	↓	↓
	Base (R1) (Sécurité sociale incluse)	Option 1 (R2) (Base incluse)	Option 2 (R3) (Base incluse)
 HOSPITALISATION – MÉDICALE ET CHIRURGICALE			
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour	130% BR	150% BR	180% BR
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	190% BR	200% BR
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	150% BR	180% BR
Forfait hospitalier et psychiatrique, y compris forfait patient urgence (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% forfait
Chambre particulière limité à 30 jours (hors ambulatoire)	-	30€/j	40€/j
Lit accompagnant (pour enfant jusqu'à 12 ans)	-	30€/j	40€/j
Transport pris en charge par la S.S ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR
 SOINS MÉDICAUX COURANTS			
Visites, Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	130% BR	130% BR
Visites, Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR
Visites, Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Visites, Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	130% BR	180% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR
 PHARMACIE			
(SMR majeur/important, modéré, faible)	100% BR	100% BR	100% BR
 OPTIQUE			
Equipement 100% santé			
Equipement de classe A (monture+verres) y compris prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de refraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV		
Equipement libres Réseau partenaire (dont maximum 100€ pour la monture) :			
Equipement avec 2 verres simples	150 €	160 €	210 €
Equipement avec 2 verres complexes	285 €	330 €	420 €
Equipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	230 €	240 €	320 €
Equipement libre Hors réseau (dont maximum 100€ pour la monture) :			
Equipement avec 2 verres simples	120 €	120 €	140 €
Equipement avec 2 verres complexes	220 €	220 €	250 €
Equipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	170 €	170 €	180 €
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A et B	100% BR dans la limite des PLV		
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles prises en charge ou non par la SS ou jetable	BR + 70 €/ an	BR + 150 €/ an	BR + 200 €/ an
 DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses dentaires 100% Santé			
Prothèses dentaires prises en charge par la S.S	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la S.S dans la limite des HLF		
Panier maîtrisé			
Inlay-Onlay	160% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF
Soins et Prothèses dentaires prises en charge par la S.S	175% BR	200% BR	270% BR
Panier libre			
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale	175% BR	200% BR	270% BR

 DENTAIRE			
Autres actes dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale			
AIDE AUDITIVE			
Prothèses auditives			
SOINS A COMPTER DU 01/01/2021			
Equipement 100% Santé (équipement de classe I)		Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans	
Aides auditives remboursées par la S.S.		RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la S.S dans la limite des HLF	
Equipement libre (équipement de classe II)		Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable	
Prothèses auditives prise en charge par la SS		130% BR	160% BR
Piles remboursées SS		100% BR	100% BR
 PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES⁽²⁾			
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)		oui	oui
Ostéopathie		25€/an limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25€/an limité à 2 séances par an et par bénéficiaire
Orthopédie et autres prothèses prise en charge par la SS		130% BR	220% BR

⁽¹⁾ ambulance ou taxi conventionné, hors SMUR.

⁽²⁾ Professionnels de santé réglementés : praticien justifiant d'un numéro ADELI. Professionnels de santé non réglementés : praticien inscrit à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif) de son aptitude professionnelle.

Les équipements 100% Santé et les prestations supplémentaires y afférentes sont ceux définis réglementairement.

Les équipements libre ou relevant du panier maîtrisé sont tels que définis réglementairement

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations

Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après :

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 ci-dessus, 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 (dans les limites rappelées ci-dessus) 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 également, 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 enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **FR** : Frais Réels - **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 - **TM** : Ticket Modérateur.

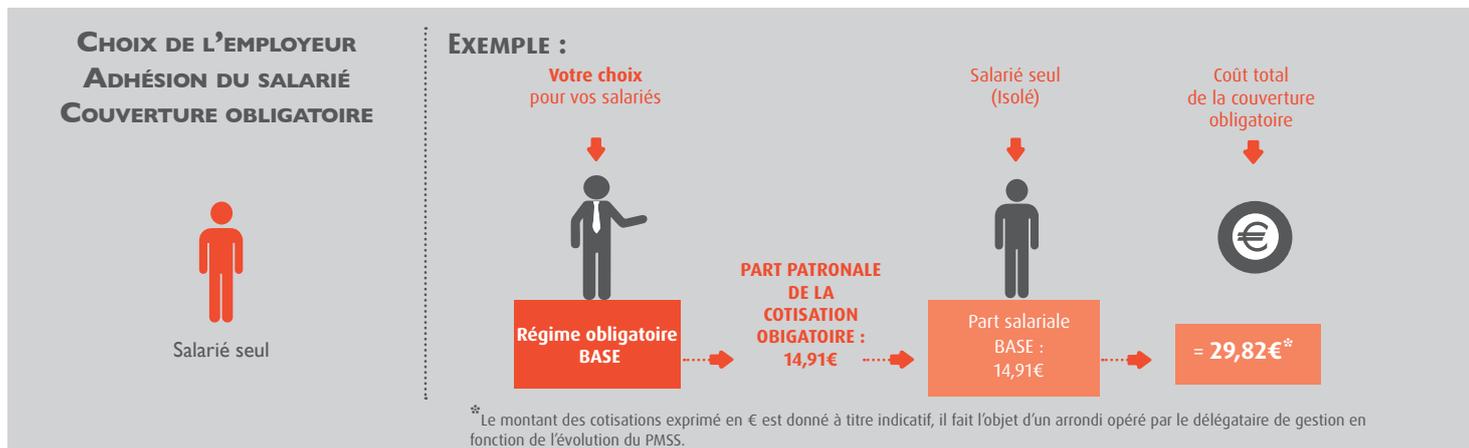
EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE RESTE À CHARGE

EN COMPLÉMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

 **Frais médicaux - Consultation spécialiste OPTAM (ex : pédiatre) : dépense 60€**

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE	RESTE À CHARGE
BASE (R1)	19,60€	42,00€	18,00€
BASE + OPTION 1 (R2)	19,60€	49,00€	11,00€
BASE + OPTION 2 (R3)	19,60€	56,00€	4,00€

³Exemples donnés à titre indicatif, valeur non contractuelle. Les remboursements sont susceptibles d'évoluer selon les règles de remboursement de la Sécurité sociale.



VOS COTISATIONS :

CHOIX 1						
BASE (R1) = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Base (R1)		Option 1 (R2)		Option 2 (R3)	
Salarié	0,87%	Part patronale : 14,91€	+0,28%	Soit +9,60 €	+0,44%	Soit +15,08 €
+Conjoint	+1,06%	Soit +36,34 €	+0,29%	Soit +9,94 €	+0,47%	Soit +16,11 €
+Enfant*	+0,59%	Soit +20,23 €	+0,16%	Soit +5,48 €	+0,28%	Soit +9,60 €

CHOIX 2				
OPTION 1 (R2) = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	Option 1 (R2)		Option 2 (R3)	
Salarié	1,11%	Part patronale : 19,03€	+0,16%	Soit +5,48 €
+Conjoint	+1,32%	Soit +45,25 €	+0,17%	Soit +5,83 €
+Enfant*	+0,73%	Soit +25,02 €	+0,11%	Soit +3,77 €

CHOIX 3		
OPTION 2 (R3) = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	Option 2 (R3)	
Salarié seul	1,25%	Part patronale : 21,43€
+Conjoint	+1,47%	Soit +50,39 €
+Enfant*	+0,83%	Soit +28,45 €

EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

Régime souscrit par l'entreprise: Régime collectif **Option 1 (R2)**

Si vous choisissez de prendre la cotisation **Option 1 (R2)** pour votre entreprise, il sera possible pour vos salariés d'y ajouter une option facultative **Option 2 (R3)** et/ou de couvrir leurs ayants droit.

* Enfant: Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

Exemple :

CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

Base + Option 1 ➔ **OPTION 2** + EXTENSION AUX AYANTS DROITS

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE (PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE : 19,03*2 = 38,05€

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES 37,48€ ET LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :

 Salarié seul Soit + 24,51€ (19,03€ + 5,48€)	+	 Conjoint Soit + 51,08€ (45,25€ + 5,83€)	ET/OU	 Enfant Soit + 28,79€ (25,02€ + 3,77€)
---	---	---	-------	---

ACCÉDEZ À VOS SERVICES EN LIGNE ! sur : www.umanens.fr

TOUS NOS SERVICES EN LIGNE :

- ➔ Gérez vos salariés : affiliation, modification, radiation, droit d'accès et habilitation
- ➔ Importer la liste de vos salariés en un clic
- ➔ Suivez et réglez vos cotisations
- ➔ Consultez l'historique de vos règlements



Nous avons la conviction que la proximité, la solidarité et l'écoute ont encore toutes leur place dans la mise en œuvre d'un régime Frais de Santé.

Mieux vous connaître, mieux vous comprendre pour mieux vous accompagner...Voilà ce qui anime nos équipes.

Umanens... l'expérience mutuelle !

Umanens c'est :



1 million
de personnes
protégées



224
agences
de proximité



601 millions
d'euros de
cotisations

Accompagnement & Adhésion...

Rien de plus simple,
à vous de choisir la solution qui vous convient :



N°Cristal 09 69 32 96 10

APPEL NON SURTAXE

Un conseiller à votre écoute !



www.umanens.fr

Souscrivez en ligne !



Par courrier en nous retournant

- Votre Bulletin d'Adhésion
(adresse de correspondance figurant dans le document),
- Vos pièces justificatives.