



Régime frais de
santé de votre
entreprise

PME DU
CAOUTCHOUC
ET DE LA
PLASTURGIE

IDCC N° 45
ET N° 292

LE RÉGIME DE VOTRE ENTREPRISE EN DÉTAILS

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

- ➔ d'un respect du contrat responsable dans le cadre du régime complémentaire,
- ➔ d'un régime conformes au 100% santé,
- ➔ d'un réseau de proximité,
- ➔ de prestations d'assistance et de prévention, 24h/24 et 7j/7,
- ➔ d'un choix entre 3 structures de cotisations (Isolé/famille ou Isolé/Duo/Famille ou Uniforme),
- ➔ d'une souscription par le salarié d'options facultatives,
- ➔ d'une possibilité pour le salarié de réduire son reste à non responsable,
- ➔ d'une possibilité pour le salarié de couvrir ses ayants droit dans les mêmes conditions de garanties.



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

BIENÊTRE + surcomplémentaire			BIENÊTRE + surcomplémentaire
BIENÊTRE surcomplémentaire	BIENÊTRE surcomplémentaire	BIENÊTRE surcomplémentaire	BIENÊTRE surcomplémentaire
OPTION 3 Option responsable	OPTION 3 Option responsable	OPTION 3 Option responsable	OPTION 3 Socle obligatoire responsable À partir de 43,19 €* Régime surcomplémentaire : Si votre entreprise fait le choix de proposer le régime surcomplémentaire aux salariés, ces derniers pourront bénéficier, 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) : ➔ Base : régime minimal ➔ Option 1 : reste à charge sur certains postes ➔ Option 2 : avec peu de reste à charge ➔ Option 3 : haut de gamme
OPTION 2 Option responsable	OPTION 2 Option responsable	OPTION 2 Socle obligatoire responsable À partir de 38,99 €* Régime complémentaire socle (Choix de votre garantie obligatoire) : ➔ Base : régime minimal ➔ Option 1 : reste à charge sur certains postes ➔ Option 2 : avec peu de reste à charge ➔ Option 3 : haut de gamme	
OPTION 1 Option responsable	OPTION 1 Socle obligatoire responsable À partir de 33,82 €* Régime complémentaire socle (Choix de votre garantie obligatoire) : ➔ Base : régime minimal ➔ Option 1 : reste à charge sur certains postes ➔ Option 2 : avec peu de reste à charge ➔ Option 3 : haut de gamme		
BASE Socle obligatoire responsable À partir de 21,98 €* Régime complémentaire socle (Choix de votre garantie obligatoire) : ➔ Base : régime minimal ➔ Option 1 : reste à charge sur certains postes ➔ Option 2 : avec peu de reste à charge ➔ Option 3 : haut de gamme			

*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «Isolé», en % du PMSS (Valeur 2023).

➔ Plafond de la Sécurité sociale 2023 (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	43 992€	10 998 €	3 666 €



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 ainsi que la surcomplémentaire 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).



REGIME SURCOMPLEMENTAIRE
Les prestations sont servies en complément des prestations de la Sécurité sociale et de celles du régime complémentaire. Elles sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

REGIME COMPLEMENTAIRE
Les prestations indiquées comprennent le remboursement de la Sécurité sociale et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	BASE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	BIEN ETRE	BIEN ETRE +
FRAIS D'HOSPITALISATION						
Chirurgie - Hospitalisation						
Frais de séjour (selon la prise en charge S.S. 80% ou 100%)	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Honoraires - Secteur conventionné OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Honoraires - Secteur conventionné Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+200% BR	+200% BR
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Forfait actes lourds	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait
Chambre particulière	-	2% PMSS/J	3% PMSS/J	4% PMSS/J	-	+ 50€ / J max 90J en MCO et 30J en psychiatrie
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	-	2% PMSS/J	3% PMSS/J	4% PMSS/J	-	+40 € / J
Maternité Indemnité forfaitaire (doublé en cas de naissance gémellaire)	5%PMSS	10% PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	-
FRAIS MEDICAUX						
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	+30% BR	+30% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	+30% BR	+30% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	160% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Analyses	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Auxiliaires médicaux	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	250% BR	250% BR	+30% BR	+30% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	160% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	160% BR	200% BR	-	-
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100% BR	Max 7,5% PMSS an/ bénéficiaire	Maxe 10% PMSS an/ bénéficiaire	Max 15% PMSS an/ bénéficiaire	-	+400€ gros appareillage uniquement
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
PHARMACIE						
Pharmacie (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments/Homéopathie/Vaccins non remboursés par la S,S,	-	-	-	-	100 €	100 €
DENTAIRE						
Soins et prothèse 100% santé ⁽³⁾	Prise en charge intégrale progressive de 2023 à 2024 dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)					-
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Inlay / Onlay	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Inlay Cores	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Orthodontie Remboursée par la S.S.	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Orthodontie Non Remboursée par la S.S. (bénéficiaire de moins de 25 ans)	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Prothèses (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) ⁽⁴⁾						
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation					
Panier libre	Actes remboursés par la sécurité sociale					
Dents du sourire remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Dents du sourire non remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾	-	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	-	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie an/bénéficiaire	-	10% PMSS/IMPLANT (Maximum 3 actes)	15% PMSS/IMPLANT (Maximum 3 actes)	20% PMSS/IMPLANT (Maximum 3 actes)	-	+150€ / Implant
Actes dentaires hors nomenclature : Parodontologie an/bénéficiaire	-	150€/actes (Maximum 3 actes)	300€/actes (Maximum 3 actes)	450€/actes (Maximum 3 actes)	-	-
FRAIS OPTIQUE						
Equipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)					
Equipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)					
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)					
Monture du panier libre	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
Verres panier libre	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	-	-
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Lentilles prescrites remboursées (y compris jetables)	5% PMSS / an / bénéficiaire	5% PMSS / an / bénéficiaire	10% PMSS / an / bénéficiaire	12,5% PMSS / an / bénéficiaire	-	-
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables)	-	5% PMSS / an / bénéficiaire	10% PMSS / an / bénéficiaire	12,5% PMSS / an / bénéficiaire	-	-
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	-	300 € œil /an / bénéficiaire	400 € œil /an / bénéficiaire	600 € œil /an / bénéficiaire	-	+200 €
AIDE AUDITIVE						
Equipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)					
Equipement du panier libre (tous les 4 ans)	100% BR	Max 10% PMSS dans la limite du PLV/appareil	Max 15% PMSS dans la limite du PLV/ appareil	Max 20% PMSS dans la limite du PLV/appareil	-	-



PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES

Médecines douces reconnues ⁽⁷⁾ : praticiens inscrits dans les annuaires professionnels (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Podologie, Diététique, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie...) et Médicaments prescrits mais non remboursés par la S.S.	20 €/Séance (max 2/an/bénéficiaire)	30 €/Séance (max 3/an/bénéficiaire)	40 €/Séance (max 4/an/bénéficiaire)	50 €/Séance (max 5/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 €

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR. Les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire.

⁽¹⁾ Prévû à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

⁽²⁾ Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Les audioprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste «Aides auditive».

⁽³⁾ Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie.

⁽⁴⁾ Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses.

⁽⁵⁾ Dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45.

⁽⁶⁾ Dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48.

⁽⁷⁾ 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.

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.





GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIES	BASE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	BIEN ETRE	BIEN ETRE +
TYPE DE VERRE		2 Verres	2 Verres	2 Verres	2 Verres	2 Verres	2 Verres
Verres simple foyer, sphériques	A et C	100€ à 200€	200€ à 350€	280€ à 500€	320€ à 600€	-	+150€ par verre
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	A et C	100€ à 200€	200€ à 350€	280€ à 500€	320€ à 600€	-	+150€ par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	C et F	200€	450€	600€	700€	-	+150€ par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	C et F	200€	450€	600€	700€	-	+150€ par verre
TYPE DE VERRE							
Équipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	560€	560€	560€	560€	-	+150€ par verre
	D	610€	610€	610€	610€	-	+150€ par verre
	E	750€	750€	750€	750€	-	+150€ par verre
MONTURE PANIER LIBRE		1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE
Garantie		50€	80€	100€	100€	-	-

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement limité au plafond du contrat responsable.

Équipement homogène ACF (2 verres et une monture) 2023 :

CLASSE A / V SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 420€

CLASSE C / V COMPLEXE / V simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 700€

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif spher cylindrique sphère hors zone - 8 + 8 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif spher cylindrique sphère hors zone - 4 + 4 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€

Équipement hétérogène BDE (2 verres et une monture) 2023 :

V Simple + V Complexe (A+C)

B : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 560€

V Simple + V T Complexe (A+F)

D : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 610€

V Complexe + V T Complexe (C+F)

E : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 750€





RESTE À CHARGE - EXEMPLES DE REMBOURSEMENT



SUR UMANENS.FR, VOUS AVEZ DESORMAIS LA POSSIBILITÉ D'UTILISER UN **SIMULATEUR DE RESTE À CHARGE**, ET DE VISUALISER LES **EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS DE VOTRE GARANTIE**.



MODE D'EMPLOI DE VOS COTISATIONS EN % DU PMSS 2023 (RÉGIME GÉNÉRAL)

STRUCTURE DE COTISATION :

COUVERTURE OBLIGATOIRE CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR AYANT DROIT OBLIGATOIRE

→ Structure Isolé/Famille

→ Structure Uniforme



Salarié isolé



Salarié/Conjoint /Enfant(s) (Famille)



Uniforme (cotisation identique quelle que soit la structure familiale du salarié)

COUVERTURE OBLIGATOIRE CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR AYANT DROIT FACULTATIF

→ Structure Isolé



Salarié isolé

EXEMPLE :

Votre choix pour vos salariés



Régime obligatoire Option 1

PART PATRONALE DE LA COTISATION OBLIGATOIRE :

33,82 €

Salarié (Isolé)



Part salariale Option 1 : 33,82 €

Coût total de la couverture obligatoire



= 67,64 €

* Le montant des cotisations exprimé en € est donné à titre indicatif, il fait l'objet d'un arrondi opéré par le délégataire de gestion en fonction de l'évolution du PMSS.



EXEMPLE : COTISATION ISOLÉ/FAMILLE EN % PMSS ET ÉQUIVALENCE EN € SUR LA BASE DU PMSS 2023

Choix 1 BASE = régime obligatoire								
Régime général	BASE		Option 1		Option 2		Option 3	
Isolé	1,199% PMSS	Part patronale : 21,98 €* Part salariale : 1,199% PMSS	+0,763% PMSS	Soit +27,97 €	+1,141% PMSS	Soit +41,83 €	+1,539% PMSS	Soit +56,42 €
Famille	2,533% PMSS	Part patronale : 46,43 € Part salariale : 2,533% PMSS	+1,575% PMSS	Soit +57,74 €	+2,257% PMSS	Soit +82,74 €	+3,009% PMSS	Soit +110,31 €

Choix 2 OPTION 1 = régime obligatoire						
Régime général	OPTION 1		Option 2		Option 3	
Isolé	1,845% PMSS	Part patronale : 33,82 € Part salariale : 1,845% PMSS	+0,324% PMSS	Soit +11,87 €	+0,654% PMSS	Soit +23,98 €
Famille	3,867% PMSS	Part patronale : 70,88 € Part salariale : 3,867% PMSS	+0,575% PMSS	Soit +21,08 €	+1,188% PMSS	Soit +43,55 €

Choix 3 OPTION 2 = régime obligatoire			
Régime général	OPTION 2		Option 3
Isolé	2,127% PMSS	Part patronale : 38,99 € Part salariale : 2,127% PMSS	+0,282% PMSS Soit +10,34 €
Famille	4,368% PMSS	Part patronale : 80,07 € Part salariale : 4,368% PMSS	+0,526% PMSS Soit +19,28 €

Choix 4 OPTION 3 = régime obligatoire		
Régime général	OPTION 3	
Isolé	2,356% PMSS	Part patronale : 43,19 € Part salariale : 2,356% PMSS
Famille	4,795% PMSS	Part patronale : 87,89 € Part salariale : 4,795% PMSS

Le montant des cotisations exprimé en € est donné à titre indicatif en référence au PMSS 2023, il fait l'objet d'un arrondi opéré par le délégataire de gestion.

EXEMPLE : POUR LA STRUCTURE ISOLÉ/FAMILLE

CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

Option 1 ➔ Option 2 + EXTENSION AUX AYANTS DROIT.

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE (PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE

COTISATION POUR UN SALARIÉ ISOLÉ : $33,82 * 2 = 67,64 €$

COTISATION POUR UN SALARIÉ AVEC DES AYANTS DROIT : $70,88 * 2 = 141,76 €$

➔ Structure Isolé/Famille



Salarié
(Isolé)

Soit + 11,87 €
pour l'option 2

OU



Salarié/Conjoint/Enfant(s)
(Famille)

Soit + 21,08 €
pour l'option 2



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

- ➔ 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



Umanens... L'expérience mutuelle !

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 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 :



www.umanens.fr

Information, signature en ligne de votre contrat,
gestion de vos salariés et de vos cotisations,
tout se fait en quelques clics... !



Contactez un conseiller

par téléphone : **09 69 32 96 10**
ou par mail : **contact@umanens.fr**



Par courrier en nous retournant :

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