



**Votre régime
frais de santé**

**CCN DES ORGANISMES
DE FORMATION
IDCC N° 1516**

www.umanens.fr

Umanens accompagne les salariés relevant de la Convention Collective Nationale des Organismes de formation.

Nous vous proposons des options permettant d'améliorer votre régime complémentaire frais de santé.

AVEC UMANENS, VOUS ÊTES CERTAINS DE BÉNÉFICIER...

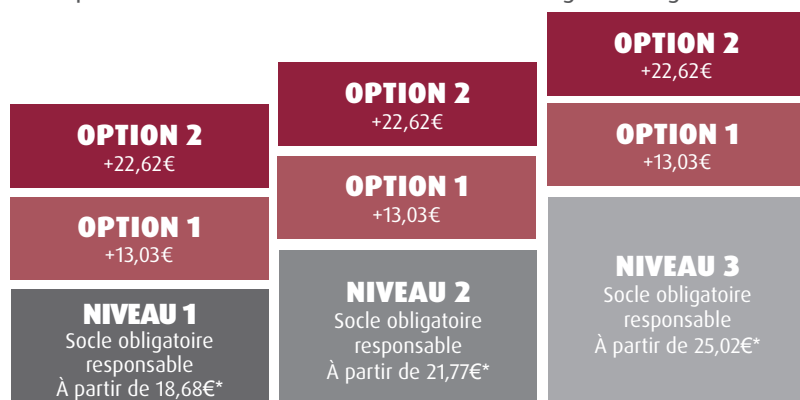
- d'une couverture conforme à votre CCN,
- de cotisations fixes (selon la durée établie par les partenaires sociaux de votre branche),
- des garanties conformes au 100% santé,
- d'un réseau de proximité,
- du bénéfice du haut degré de solidarité qui permet la prise en charge de la part salariale de la cotisation*:
 - des apprentis bénéficiaires d'un CDD de moins de 12 mois,
 - des salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de la rémunération brute,
- de la souscription et des services en ligne,
- de garanties améliorées **U** par rapport à votre CCN avec un niveau de garanties obligatoires supplémentaire,
- de prestations d'assistance (prévention du stress au travail, garanties en cas d'hospitalisation, etc.),
- de garanties facultatives pour vous (couverture de vos ayants droit et souscription d'options).

*Sous réserve des fonds disponibles alimentés par les 2% du HDS



UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOUS

- Votre part salariale s'élève à 50% minimum du régime obligatoire souscrit par votre entreprise



*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «salarié seul» (2020).

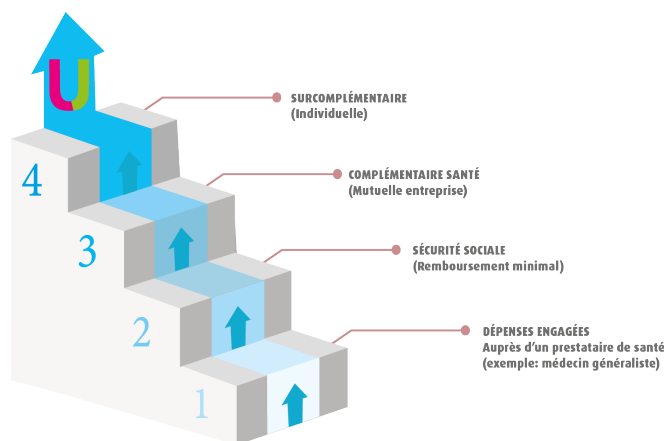
Option pour vos salariés

- Selon le régime collectif obligatoire mis en place par votre entreprise, vous pouvez souscrire une option facultative pour vous-mêmes et vos ayants droit.

Régime complémentaire socle (Choix de votre garantie obligatoire) :

- Niveau 1 : régime minimal
- Niveau 2 : régime médian avec du reste à charge sur certains postes
- Niveau 3 : régime amélioré avec moins de reste à charge

- A titre facultatif vous pouvez compléter votre couverture par la surcomplémentaire Renfort Umanens



Régime surcomplémentaire

Umanens met à disposition des salariés adhérents à ses contrats collectifs une surcomplémentaire permettant d'améliorer le régime complémentaire santé souscrit par l'employeur. Choisissez votre niveau en fonction de votre famille et de vos besoins :

- Renfort 1
- Renfort 2
- Renfort 3
- Renfort 4

➤ Plafond de la Sécurité sociale 2020 (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 €



GRILLE DE GARANTIES



FRAIS D'HOSPITALISATION

NIVEAU 1
(régime obligatoire)

NIVEAU 2
(régime obligatoire)

NIVEAU 3
(régime obligatoire)

OPTION 1
(option facultative)

OPTION 2
(option facultative)

Chirurgie - Hospitalisation

Frais de séjour	220% BR	220% BR	220% BR	+100% BR	+200% BR
Honoraires - OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	250% BR	250% BR	+100% BR	+200% BR
Honoraires - Hors OPTAM/OPTAM-CO	180% BR	200% BR	200% BR	-	-
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	100% FR	100% FR	100% FR	-	-
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR	-	-
Chambre particulière (maximum 60 J/an dont 10 J maximum en maternité) U	-	-	25€/J	+10€/J	+20€/J
Frais d'accompagnant (conjoint/ascendant/enfant : maximum 60 J/an) U	10€/J	10€/J	20€/J	+15€/J	+25€/J
Maternité : Fécondation In Vitro - Amniocentèse U	50€/an	50€/an	100€/an	-	-



FRAIS MEDICAUX

Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	170% BR	-	+100% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	150% BR	-	-
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	250% BR	250% BR	+100% BR	+200% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	180% BR	200% BR	200% BR	-	-
Analyses	100% BR	100% BR	120% BR	-	-
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	120% BR	-	-
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	120% BR	+100% BR	+200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	120% BR	-	-
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	-	-



PHARMACIE

Pharmacie (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Médicaments non remboursés par la S.S.	-	-	25€/an/bénéficiaire	-	-



DENTAIRE

Soins et prothèse 100% santé ⁽³⁾	Prise en charge intégrale progressive de 2020 à 2021 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	100% BR	150% BR	+50% BR	+150% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	150% BR	340% BR	420% BR	-	-
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) ⁽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⁾	200% BR	275% BR	300% BR	+100% BR	+150% BR
Inlay/Onlay	120% BR	120% BR	150% BR	+50% BR	+100% BR
Inlay Cores	150% BR	150% BR	170% BR	+100% BR	+200% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	200% BR	275% BR	300% BR	+100% BR	+150% BR
Actes dentaires hors nomenclature remboursés par la S.S. (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	100% BR	100% BR	150% BR	-	-
Actes dentaires hors nomenclature non remboursés par la S.S. (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	60€/an	60€/an	150€/an	+75% BRR	+125% BRR
Actes dentaires hors nomenclature non remboursés par la S.S. (Implantologie) Max/an/bénéficiaire	200€/an	200€/an	300€/an	-	+100€/an



FRAIS OPTIQUE

Equipelement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)				
Equipelement 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 NIVEAU 1	Voir grille optique NIVEAU 2	Voir grille optique NIVEAU 3	Voir grille optique	Voir grille optique
Verres panier libre	Voir grille optique NIVEAU 1	Voir grille optique NIVEAU 2	Voir grille optique NIVEAU 3	Voir grille optique	Voir grille optique
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Lentilles prescrites remboursées ou non par la S.S. (y compris jetables/an/bénéficiaire)	100% BR + 60€/an	100% BR + 60€/an	100% BR + 85€/an	-	-
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	200€/œil/an	250€/œil/an	300€/œil/an	+50€/œil/an	+100€/œil/an



AIDE AUDITIVE

Equipelement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)				
Equipelement du panier libre (tous les 4 ans)	100% BR	100% BR	100% BR	-	-



PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES

Actes de prévention pris en charge par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Psychologie et Psychanalyse (forfait/an/bénéficiaire)	3 x 30€	4 x 40€	5 x 40€	U +1 x 20€	U +1 x 20€
Cures Thermales (acceptées par la S.S.)					
Honoraires	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Hébergement	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Sevrage tabagique sur prescription médicale (forfait/an/bénéficiaire, en complément de la S.S.)	-	-	50€/an	-	-
Contraception prescrite non remboursée par la S.S.	-	-	50€/an	-	-
Consultations de diététicien	-	-	50€/an	-	-
Vaccins prescrits non remboursés par la S.S.	-	-	40€/an	-	-
Prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale	-	-	50€/an	-	-

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 indi-quées 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) Prévu 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 auditives».(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) La durée de garantie et la durée minimale avant un renouvellement de la prise en charge par la complémentaire est fixée à 4 ans.

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

GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIES	NIVEAU 1 (régime obligatoire)	NIVEAU 2 (régime obligatoire)	NIVEAU 3 (régime obligatoire)	OPTION 1 (option facultative)	OPTION 2 (option facultative)
TYPE DE VERRE		2V+1M	2V+1M	2V+1M	2V+1M	2V+1M
Verres simple foyer, sphériques						
sphère comprise entre -6 à +6	A	100€	175€	200€	+100€	+200€
sphère hors zone - 6 à +6	C	200€	275€	300€	+200€	+300€
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques						
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	100,00 €	175,00 €	200,00 €	+100€	+200€
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	200,00 €	275,00 €	300,00 €	+100€	300,00 €
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	200,00 €	275,00 €	300,00 €	200,00 €	300,00 €
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	200,00 €	275,00 €	300,00 €	200,00 €	300,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	200,00 €	275,00 €	300,00 €	200,00 €	300,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques						
sphère comprise entre -4 à +4	C	200,00 €	275,00 €	325,00 €	+200€	+300€
sphère hors zone de-4 à + 4	F	200,00 €	275,00 €	325,00 €	+200€	+300€
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques						
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	200,00 €	275,00 €	325,00 €	+200€	+300€
sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	200,00 €	275,00 €	325,00 €	+200€	+300€
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	200,00 €	275,00 €	325,00 €	+200€	+300€
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	200,00 €	275,00 €	325,00 €	+200€	+300€
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	200,00 €	275,00 €	325,00 €	+200€	+300€
EQUIPEMENT MIXTE CONSTITUÉ DE DEUX VERRES DE CATÉGORIES DISTINCTES						
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	150€	225€	250€	+150€	+250€
	D	150€	225€	250€	+150€	+250€
	E	200€	275€	300€	+200€	+300€
MONTURE PANIER LIBRE		1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE
Garantie		100€	100€	100€	100€	100€

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

Equipement homogène ACF (2 verres et une monture) 2020 :
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€

Equipement hétérogène BDE (2 verres et une monture) 2020 :
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€

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.

EN COMPLÉMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE HORS 100% SANTÉ

Hospitalisation - Acte de chirurgie OPTAM (ex : appendicectomie) : dépense 650€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		RESTE À CHARGE (RAC [®])	RAC [®] AVEC OPTION 1	RAC [®] AVEC OPTION 2
NIVEAU 1	187,89€	187,89€	375,78€ OPT 1 462,11€ OPT 2	274,22€	86,33€	0€
NIVEAU 2	187,89€	281,84€	462,11€ OPT 1	180,28€	0€	0€
NIVEAU 3	187,89€	281,84€	462,11€ OPT 1	180,28€	0€	0€

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		RESTE À CHARGE (RAC [®])	RAC [®] AVEC OPTION 1	RAC [®] AVEC OPTION 2
NIVEAU 1	19,60€	36,40€	40,40€ OPT 1	4€	0€	0€
NIVEAU 2	19,60€	40,40€		0€	0€	0€
NIVEAU 3	19,60€	40,40€		0€	0€	0€

Optique - Equipement optique complexe (verres + monture) : dépense 850€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		RESTE À CHARGE (RAC [®])	RAC [®] AVEC OPTION 1	RAC [®] AVEC OPTION 2
NIVEAU 1	4,44€	100€	200€ OPT 1 300€ OPT 2	345,56€	245,56€	145,56€
NIVEAU 2	4,44€	175€	275€ OPT 1 375€ OPT 2	270,56€	170,56€	70,56€
NIVEAU 3	4,44€	200€	300€ OPT 1 400€ OPT 2	245,56€	145,56€	45,56€

Dentaire - Prothèse dentaire remboursée par la S.S. : dépense 750€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		RESTE À CHARGE (RAC [®])	RAC [®] AVEC OPTION 1	RAC [®] AVEC OPTION 2
NIVEAU 1	75,25€	139,75€	247,25€ OPT 1 301,00€ OPT 2	535,00€	427,50€	373,75€
NIVEAU 2	75,25€	220,38€	327,88€ OPT 1 381,63€ OPT 2	454,38€	346,88€	293,13€
NIVEAU 3	75,25€	247,25€	354,75€ OPT 1 408,50€ OPT 2	427,50€	320,00€	266,25€

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

EN COMPLÉMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE HORS 100% SANTÉ

Hospitalisation - Acte de chirurgie OPTAM (ex : appendicectomie) : dépense 650€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE		RESTE À CHARGE (RAC [®])
NIVEAU 1	187,89€	187,89€		274,22€
REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE + SURCOMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE				
RENFORT 1	187,89€	225,26€		236,64€
RENFORT 2	187,89€	432,15€		217,85€
RENFORT 3	187,89€	450,94€		199,06€
RENFORT 4	187,89€	469,73€		180,28€

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



CHOIX D'OPTION MODE D'EMPLOI

CE QU'IL FAUT SAVOIR POUR SOUSCRIRE UNE OPTION :

1

Vous pouvez choisir une option (1 ou 2) selon vos besoins pour améliorer le niveau de garanties choisi par votre employeur.

2

Lorsque vous souscrivez une option, celle-ci est intégralement à votre charge.

3

Le choix d'option est applicable à vos ayants droit, s'ils sont affiliés.

STRUCTURE DE COTISATION :

COUVERTURE OBLIGATOIRE CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR

➔ Structure Salarié seul



Salarié seul

COUVERTURE FACULTATIVE

CHOIX D'OPTION POUR VOUS-MÊME ET/OU VOS AYANTS DROIT

➔ Structure Salarié/Conjoint/Enfant(s)



Salarié seul



Salarié/Conjoint



Salarié/Enfant



Salarié/Conjoint/Enfant(s)



COMPRENDRE VOS COTISATIONS POUR LES GARANTIES FACULTATIVES : EXEMPLES

Si votre employeur a choisi de prendre le régime de Niveau 1 pour l'entreprise, il vous est possible d'y ajouter pour vous et vos ayants droit l'option 1 ou 2.

CHOIX 1						
Niveau 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Niveau 1		Option 1		Option 2	
Salarié seul	1,09%	Part salariale : 18,68 €	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Conjoint	+1,20%	Soit +41,14 €	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Enfant	+0,67%	Soit +22,97 €	+0,18%	Soit +6,17 €	+0,39%	Soit +13,37 €

EXEMPLE :

Votre employeur a choisi le Niveau 1 comme régime obligatoire, vous souhaitez améliorer votre garantie avec l'option 1

Choix employeur pour ses salariés



Régime Niveau 1

PART SALARIALE DE LA COTISATION OBLIGATOIRE : 18,68 €

Votre choix (salarié seul)



Option choisie : Option 1

MONTANT DE LA COTISATION POUR L'OPTION 1 : 13,03 €

Coût total de votre cotisation (Hors part employeur)



18,68 € + 13,03 €
= 31,71 €

Quel que soit le niveau de garantie sélectionné par votre employeur, il vous est possible d'y affilier votre conjoint et/ou vos enfants et d'améliorer votre protection.

CHOIX 2						
Niveau 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Niveau 2		Option 1		Option 2	
Salarié	1,27%	Part salariale : 21,77 €	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Conjoint	+1,40%	Soit +47,99 €	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Enfant	+0,73%	Soit +25,02 €	+0,18%	Soit +6,17 €	+0,39%	13,37 €

EXEMPLE :

Votre employeur a choisi le Niveau 2 comme régime obligatoire, vous souhaitez prendre l'option 2, ainsi qu'affilier un ayant droit (conjoint).

Choix employeur pour ses salariés



Régime Niveau 2

PART SALARIALE DE LA COTISATION OBLIGATOIRE : 21,77 €

Votre choix (ajout du conjoint)



Couverture du conjoint +47,99 €

COTISATION POUR L'OPTION 2 SALARIÉ + CONJOINT : 22,62 € + 22,62 €

Coût total de votre cotisation (Hors part employeur)



21,77 € + 47,99 €
+ 22,62 € + 22,62 €
= 115 €

EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

Régime souscrit par l'entreprise : Régime collectif de **Niveau 1**

PMSS 2020 : **3428€**

Cotisation : $1,09\% \times 3428\text{€} / 100 = 37,37\text{€} / 2 = 18,68\text{€}$

Part salariale : **18,68€**

CHOIX 1						
NIVEAU 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Niveau 1		Option 1		Option 2	
Salarié seul	1,09%	Part salariale : 18,68€	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Conjoint	+1,20%	Soit +41,14 €	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Enfant(s)*	+0,67%	Soit +22,97 €	+0,18%	Soit +6,17 €	+0,39%	Soit +13,37 €

CHOIX 2						
NIVEAU 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Niveau 2		Option 1		Option 2	
Salarié seul	1,27%	Part salariale : 21,77€	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Conjoint	+1,40%	Soit +47,99 €	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Enfant(s)*	+0,73%	Soit +25,02 €	+0,18%	Soit +6,17 €	+0,39%	13,37 €

CHOIX 3						
NIVEAU 3 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Niveau 3		Option 1		Option 2	
Salarié seul	1,46%	Part salariale : 25,02€	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Conjoint	+1,60%	Soit +54,85 €	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,66%	Soit +22,62 €
+Enfant(s)*	+0,82%	Soit +28,11 €	+0,18%	Soit +6,17 €	+0,39%	Soit +13,37 €

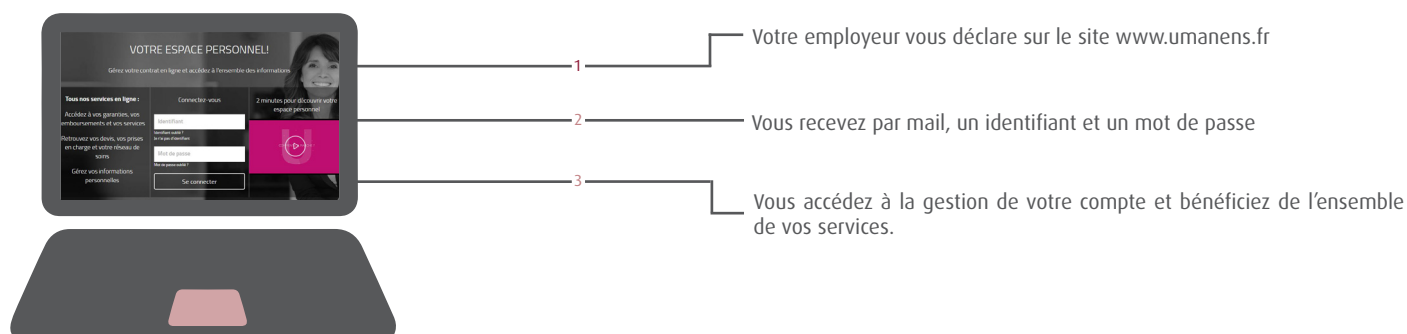
* Enfant : Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garanties supérieur, **le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge**.

Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à votre charge. Le montant des cotisations exprimé en € est donné à titre indicatif en référence au PMSS 2020, il fait l'objet d'un arrondi opéré par le délégataire de gestion.

i BON À SAVOIR

COMMENT ACCÈDER À VOTRE ESPACE PERSONNEL ?



 **www.umanens.fr**

TOUS NOS SERVICES EN LIGNE :

- ➡ Accédez à vos garanties, vos remboursements, vos services.
- ➡ Retrouvez vos devis, vos prises en charge.
- ➡ Gérez vos informations personnelles.



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,
accès à vos remboursements, demande de prise en charge,
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.