



Régime  
frais de santé

**CCN**  
**Caoutchouc**

[www.umanens.fr](http://www.umanens.fr)

Labellisé



**Umanens**  
L'humain a du sens

**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 oeuvre du régime frais de santé.**



## AVEC UMANENS, VOUS ÊTES CERTAIN DE BÉNÉFICIER...

- d'un régime modulable négocié au juste prix par vos représentants employeurs,
- d'un accompagnement sur-mesure par nos conseillers, ou 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,
- d'un réseau de soins (SantéClair), sur les garanties Op-tiques, Dentaires et Auditives,
- de prestations d'assistance.
- du respect du contrat responsable dans le cadre du régime complémentaire,
- d'une souscription par le salarié d'options facultatives,
- d'une possibilité pour le salarié de réduire son reste à charge à l'aide d'une surcomplémentaire à caractère non responsable « Excellence » ou « Optimum »,
- de la possibilité pour le salarié de couvrir leurs ayants droit dans les mêmes conditions de garanties,
- de l'exonération des charges salariales sur vos cotisations (sauf CSG et CRDS).

## 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

		<b>OPTIMUM</b> Surcomplémentaire
<b>EXCELLENCE</b> Surcomplémentaire	<b>EXCELLENCE</b> Surcomplémentaire	<b>EXCELLENCE</b> Surcomplémentaire
<b>PREMIUM</b> Option responsable	<b>PREMIUM</b> Option responsable	<b>PREMIUM</b> Socle obligatoire responsable À partir de 43,24€*
<b>SÉRÉNITÉ</b> Option responsable	<b>SÉRÉNITÉ</b> Socle obligatoire responsable À partir de 38,00€*	
<b>CONFORT</b> Socle obligatoire responsable À partir de 32,39€*		

### Régime surcomplémentaire :

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) :

- 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 2021).

## 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).

# Grille de garanties CCN Caoutchouc

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

**RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE**  
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.

 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	CONFORT (Y COMPRIS BASE)	SÉRÉNITÉ (Y COMPRIS BASE)	PREMIUM (Y COMPRIS BASE)	EXCELLENCE	OPTIMUM (SUR PREMIUM UNIQUEMENT)
Chirurgie - Hospitalisation					
Frais de séjour - Secteur conventionné	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Honoraires - Secteur conventionné OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	370% BR	470% BR	+30% BR (en secteur conventionné)	+30% BR (en secteur conventionné)
Honoraires - Secteur conventionné Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	+200% BR (en secteur conventionné)	+200% BR (en secteur conventionné)
Forfait hospitalier <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Forfait actes lourds	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	-	-
Chambre particulière	2% PMSS / J	3% PMSS / J	4% PMSS / J	-	+50€ / Jour ( max 90 j en MCO et 30 j en psychiatrie)
Frais d'accompagnant (-de 12 ans)	2% PMSS / J	3% PMSS / J	4% PMSS / J	-	+40€ / Jour
Maternité - Prime de naissance (doublée en cas de naissance gémellaire)	10% PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	-
 <b>ACTES MÉDICAUX COURANTS</b>					
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Analyses	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Auxiliaires médicaux	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	270% BR	270% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	-	-
Orthopédie et autres prothèses <sup>(2)</sup>	Max 7,5 % PMSS	Max 10 % PMSS	Max 15 % PMSS	-	+400€ (gros appareillage uniquement)
 <b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie remboursée par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Médicaments, vaccins ou homéopathie prescrits par un médecin et non remboursés par la S.S.	-	-	-	+ 100€	+ 100€
 <b>DENTAIRE</b>					
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	270%BR	370%BR	470% BR	-	-
Orthodontie Remboursée par la S.S.	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Orthodontie Non Remboursée par la S.S.	270%BR	370%BR	470%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) <sup>(4)</sup>				-	-
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			-	-
Onlays-Inlays	270%BR	370%BR	470% BR	-	-
Dents du sourire remboursées par la S.S. <sup>(5)</sup>	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. <sup>(5)</sup>	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Actes dentaires hors nomenclature (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	150 € /actes / max 3x/an	300 € /actes / max 3x/an	450 € /actes / max 3x/an	-	-
Implantologie non remboursée par la S.S (racine et pilier - maximum 3 implants/an/bénéficiaire)	dans la limite de 10% PMSS/implant	dans la limite de 15% PMSS/implant	dans la limite de 20% PMSS/implant	-	+ 150€/implant
 <b>OPTIQUE</b>					
Equipement 100% santé - verre	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Equipement 100% santé - monture	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Monture du panier libre	Voir grille optique CONFORT	Voir grille optique SERENITE	Voir grille optique PREMIUM	Voir grille optique EXCELLENCE	Voir grille optique OPTIMUM
Verres panier libre	Voir grille optique CONFORT	Voir grille optique SERENITE	Voir grille optique PREMIUM	Voir grille optique EXCELLENCE	Voir grille optique OPTIMUM
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Lentilles prescrites remboursées ou non (y compris jetables/an/bénéficiaire)	5% PMSS	10% PMSS	12,5 % PMSS	-	-
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	300 €	400 €	600 €	-	+200 €
 <b>AIDE AUDITIVE</b>					
Equipement 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Equipement du panier libre	10 % PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	+400 €



## PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES

Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathie, Acupuncture, sevrage tabagique, Podologie, Dététique, et Psychologie	30€/ séance - 3x/an/ bénéficiaire	40€/ séance - 4x/an/ bénéficiaire	50€/ séance - 5x/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 €
Cure thermale remboursée par la S.S (Allocation forfaitaire)	dans la limite de 10% PMSS	dans la limite de 15% PMSS	dans la limite de 20% PMSS	-	-

**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 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. <sup>(1)</sup> 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. <sup>(2)</sup> 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». <sup>(3)</sup> Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. <sup>(4)</sup> : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. <sup>(5)</sup> : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45. <sup>(6)</sup> : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. **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	CONFORT (Y COMPRIS BASE)	SÉRÉNITÉ (Y COMPRIS BASE)	PREMIUM (Y COMPRIS BASE)	EXCELLENCE	OPTIMUM (SUR PREMIUM UNIQUEMENT)
<b>TYPE DE VERRE</b>		<b>2 VERRES</b>	<b>2 VERRES</b>			<b>2 VERRES</b>
Verres simple foyer, sphériques	A et C	200€ à 350€	280€ à 500€	320€ à 600€	-	+150€ PAR VERRE
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	A et C	200€ à 350€	280€ à 500€	320€ à 600€	-	+150€ PAR VERRE
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	C et F	350€ à 450€	500€ à 600€	600€ à 700€	-	+150€ PAR VERRE
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	C et F	350€ à 450€	500€ à 600€	600€ à 700€	-	+150€ PAR VERRE
<b>TYPE DE VERRE</b>						
Équipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	275,00 €	390,00 €	460,00 €		+150€ PAR VERRE
	D	325,00 €	440,00 €	510,00 €	-	+150€ PAR VERRE
	E	400,00 €	550,00 €	650,00 €	-	+150€ PAR VERRE
<b>MONTURE PANIER LIBRE</b>		<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>
<b>Garantie</b>		80,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €

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.

Équipement 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 sphéro 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 sphéro cylindrique sphère hors zone - 4 + 4 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€.

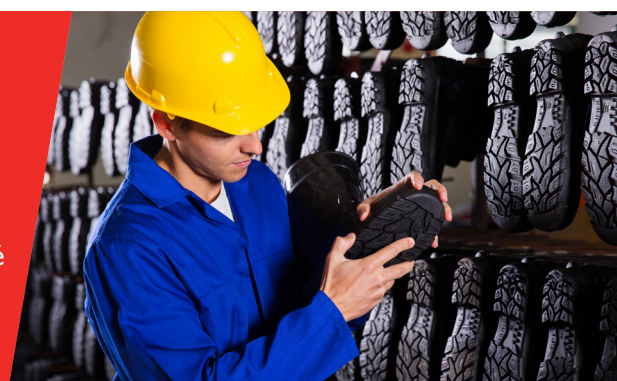
Équipement hétérogène BDE (2 verres et une monture) 2020 :

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€.



## BON À SAVOIR !

➔ L'adhésion au régime nécessite au préalable un acte juridique d'entreprise actant de la mise en place d'une complémentaire frais de santé pour vos salariés (accord collectif, décision unilatérale de l'employeur (DUE) ou référendum).

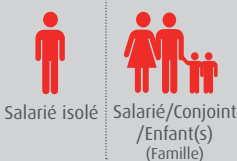




## STRUCTURE DE COTISATION :

COUVERTURE OBLIGATOIRE  
CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR  
AYANTS DROIT OBLIGATOIRES

➔ Structure Isolé/Famille



➔ Structure Uniforme



➔ Structure Salarié+ enfants



COUVERTURE OBLIGATOIRE  
CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR  
AYANTS DROIT FACULTATIFS

➔ Structure Isolé



## EXEMPLE :

Votre choix pour vos salariés



Régime obligatoire Confort

PART PATRONALE DE LA COTISATION OBLIGATOIRE : 32,39€



Part Salariale Confort : 32,39€

Coût total de la couverture obligatoire



= 64,79€\*

\*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 2021

Choix 1 CONFORT = régime obligatoire						
Régime général	CONFORT		Option Sérénité		Option Premium	
Isolé	1,890% PMSS	Part patronale : 32,39€	+0,377% PMSS	Soit +12,92€	+0,738% PMSS	Soit +25,30€
Famille	3,939% PMSS	Part patronale : 67,52€	+0,692% PMSS	Soit +23,72€	+1,378% PMSS	Soit +47,24€
Choix 2 SÉRÉNITÉ = régime obligatoire						
Régime général	SÉRÉNITÉ		Option Premium			
Isolé	2,217% PMSS	Part patronale : 38,00€	+0,294% PMSS			Soit +10,08€
Famille	4,551% PMSS	Part patronale : 78,00€	+0,562% PMSS			Soit +19,27€
Choix 3 PREMIUM = régime obligatoire						
Régime général	PREMIUM					
Isolé	2,52% PMSS	Part patronale : 43,24€				
Famille	5,16% PMSS	Part patronale : 88,36€				

\*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 :

#### POUR LA STRUCTURE ISOLÉ/FAMILLE CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

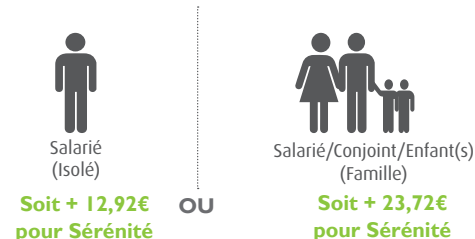
CONFORT ➔ Option SÉRÉNITÉ

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

COTISATION POUR UN SALARIÉ ISOLÉ :  $32,39 * 2 = 64,79€^*$

COTISATION POUR UN SALARIÉ AVEC DES AYANTS DROIT (FAMILLE) :  $67,52 * 2 = 135,03€^*$

➔ Structure Isolé/Famille



## ACCÉDEZ À VOS SERVICES EN LIGNE ! sur : [www.umanens.fr](http://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 !

### Informations

Pour toutes questions concernant le régime négocié par le SNCP, contactez :

01 47 82 94 21 / [sncp.umanens@mutuaconseil.fr](mailto:sncp.umanens@mutuaconseil.fr)

### Accompagnement & Souscription...

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 !



[sncp.umanens@mutuaconseil.fr](mailto:sncp.umanens@mutuaconseil.fr)



**Par courrier en nous retournant**

la demande accompagnée

des pièces justificatives à l'adresse suivante :

UMANENS

SOUSCRIPTION SANTÉ SNCP

40 BOULEVARD RICHARD LENOIR - 75011 PARIS



**1 million**  
de personnes  
protégées



**224**  
agences  
de proximité



**601 millions**  
d'euros de  
cotisations