



Régime
conventionnel
frais de santé
de votre entreprise

CCN DU TOURISME
SOCIAL ET FAMILIAL

IDCC 1316



www.umanens.fr

Les signataires de la Convention collective nationale (CCN) du Tourisme Social et Familial ont négocié pour vous une complémentaire santé applicable à l'ensemble des salariés de la branche.



Dans le cadre de la mise en œuvre de la CCN, les représentants de la branche ont référencé **Umanens comme organisme recommandé** 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,
- d'un réseau de proximité,
- de garanties conformes au 100% santé,
- d'exonération des charges salariales sur vos cotisations,
- de prestations d'assistance et de prévention,
- du respect du contrat responsable,
- d'une structure de cotisation compétitive pour vos salariés, avec 2 niveaux de garanties (Base et Option 1),
- de garanties facultatives pour les salariés, (couverture des ayants droit et souscription d'options),
- du Tiers payant national pour vos salariés.

UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOTRE ENTREPRISE

➤ Votre part employeur s'élève à 60% 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 socle

(Choix de votre garantie obligatoire) :

- Socle de Base : régime minimal
- Option 1 : régime réduisant les restes à charge



*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (60%) d'une cotisation «Famille hors conjoint», sur la base du PMSS (Valeur 2021) et sur la base d'un salaire de référence de 1 810 €. Socle de base : 2,36% TA TB + 0,32% PMSS 2021 / Option 1 : 2,42% TATB + 0,96% PMSS 2021. La Tranche A (TA) correspond à la part de salaire mensuel inférieur ou égale au PMSS 2021, soit jusqu'à 3 428 €. La Tranche B (TB) correspond à la part de salaire mensuel située entre le PMSS 2021 et 4 fois le PMSS 2021, soit entre 3 428 € et 13 712 €

➤ Plafond de la Sécurité sociale 2021 (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 60% 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

 FRAIS D'HOSPITALISATION	SOCLE DE BASE	OPTION 2
Chirurgie - Hospitalisation		
Frais de séjour - Secteur conventionné	100% BR	100% FR
Frais de séjour - Secteur non conventionné	100% BR	100% BR
Honoraires OPTAM/OPTAM-CO	180% BR	220% BR
Honoraires Hors OPTAM/OPTAM-CO	160% BR	200% BR
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	100% du forfait	100% du forfait
Forfait actes lourds	100% du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière (limité à 90 jours par an en psychiatrie)	1,3% PMSS	2,5% PMSS
Personne accompagnante (limité à 90 jours par an en psychiatrie)	1,3% PMSS	2,5% PMSS
 FRAIS MÉDICAUX		
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	180% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	160% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	180% BR	220% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	160% BR	200% BR
Analyses, auxiliaires médicaux	100% BR	150% BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	180% BR	220% BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	160% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	180% BR
Actes d'imagerie médicale Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	160% BR
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100% BR	210% BR
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	150% BR
Pharmacie	100% BR	100% BR
 FRAIS DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé ⁽³⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)	
Soins pris en charge par la S.S. ne relevant pas du dispositif 100% santé	100% BR	100% BR
Inlay onlay remboursé par la S.S.	100% BR	280% BR
Prothèses remboursées par la S.S.	280% BR	350% BR
Prothèses non remboursées par la S.S. (maxi 3 actes / an / bénéficiaire)	-	120 € / an
Implantologie (implant + pilier implantaire) (maxi 3 actes / an / bénéficiaire)	300 € / implant	400 € / implant
Orthodontie remboursée par la S.S.	230% BR	300% BR
 FRAIS OPTIQUE		
Equipement 100% santé - verre ⁽⁴⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)	
Equipement 100% santé - monture ⁽⁴⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)	
Verres et monture panier libre ⁽⁴⁾	Voir grille optique Base conventionnelle	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION 1
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S.)	100 % BR	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées (y compris jetables)	100% BR + 100 € /an/bénéficiaire	100% BR + 150 € /an/bénéficiaire
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables)	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive	-	300 € / œil
 AIDE AUDITIVE		
Equipement 100% santé ⁽⁵⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)	
Equipement du panier libre ⁽⁵⁾	100% BR	100% BR + 300 € / oreille /bénéficiaire
 PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES		
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) remboursés par la S.S.	100% BR	100% BR + 100 € / an / bénéficiaire
Médecines douces reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels (ostéopathes, homéopathes, chiropracteurs) ⁽⁶⁾	25 €/séance maxi 5 séances/an/bénéficiaire	35 €/séance maxi 5 séances/an/bénéficiaire

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur.

Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et 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⁾ dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

⁽⁴⁾ La périodicité minimale du renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (une monture et 2 verres) est fixée à 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus et 1 an pour les enfants de moins de 16 ans. Un renouvellement anticipé des verres et de la monture sera possible dès 1 an en cas de dégradation de la vue dans des conditions fixées par la nomenclature. De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières.

⁽⁵⁾ La durée de garantie et la durée minimale avant un renouvellement de la prise en charge par la complémentaire est fixée à 4 ans.

⁽⁶⁾ 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 (PLAFOND DES REMBOURSEMENTS : CONTRAT RESPONSABLE))

	BASE		OPTION 1	
TYPE DE VERRE (PAR VERRE) ⁽¹⁾				
	ENFANT ⁽²⁾	ADULTE	ENFANT ⁽²⁾	ADULTE
Verres simple*	70 €	70 €	90 €	90 €
Verre complexe**	150 €	150 €	180 €	180 €
Verre très complexe***	200 €	200 €	250 €	250 €
MONTURE PANIER LIBRE				
Garantie	50 €	70 €	70 €	90 €

*Simple : Verres unifocaux sphériques sphère entre -6 et +6,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère entre -6 et 0 et cylindre <= +4
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère >0 et sphère + cylindre <= +6

**Complexe: Verres unifocaux sphériques sphère hors zone -6 à +6
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère entre -6 et 0 et cylindre > +4
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère < -6 et cylindre >= +0,25
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère >0 et sphère + cylindre > +6
Verres multifocaux ou progressifs sphériques entre -4 et +4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère entre -8 et 0 et cylindre <= +4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère >0 et sphère + cylindre <= +8

***Très complexe : Verres unifocaux Sphérique hors zone -4 à +4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère entre -8 et 0 et cylindre > +4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère < -8 et dont le cylindre >= à +0,25
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère >0 et sphère + cylindre > +8

⁽¹⁾ 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.

⁽²⁾ Enfant de moins de 16 ans

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT ET DE RESTE À CHARGE

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 Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE	RESTE À CHARGE
BASE	187,89 €	338,20 €	311,80 €
OPTION 1	187,89 €	413,36 €	236,64 €

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE	RESTE À CHARGE
BASE	19,60 €	50,40 €	9,60 €
OPTION 1	19,60 €	60,00 €	0,00 €

Autres prothèses - Orthopédie (ex : semelles orthopédiques) : dépense 125 €

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE	RESTE À CHARGE
BASE	17,32 €	28,86 €	96,14 €
OPTION 1	17,32 €	60,61 €	64,39 €

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



MODE D'EMPLOI DE VOS COTISATIONS POUR 2022 (RÉGIME GÉNÉRAL)

CHOIX DE L'EMPLOYEUR ADHÉSION DU SALARIÉ COUVERTURE OBLIGATOIRE



Famille hors conjoint

EXEMPLE :

Votre choix
pour vos salariés



Régime
obligatoire
BASE

PART PATRONALE
DE LA
COTISATION
OBLIGATOIRE :
32,21 €*

Famille
hors conjoint



Part salariale
BASE :
21,48 €*

Coût total
de la couverture
obligatoire



= 53,69€*

* 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 2021 et sur la base d'un salaire de référence de 1 810 €.

VOS COTISATIONS :

* 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 2021 et sur la base d'un salaire de référence de 1 810 €.

Socle de base : 2,36% TA TB + 0,32% PMSS 2021 / Option 1 : 2,42% TATB + 0,96% PMSS 2021.

La Tranche A (TA) correspond à la part de salaire mensuel inférieur ou égale au PMSS 2021, soit jusqu'à 3 428 €.

La Tranche B (TB) correspond à la part de salaire mensuel située entre le PMSS 2021 et 4 fois le PMSS 2021, soit entre 3 428 € et 13 712 €.

CHOIX 1				
SOCLE DE BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	BASE		OPTION 1	
Famille hors conjoint	2,36% TATB + 0,32% PMSS *	Part patronale 60% minimum de la cotisation : 32,21 € *	+ 0,80% PMSS *	Soit + 27,42 € *
+ Conjoint (facultatif)	+ 1,46% PMSS *	Soit + 50,05 € *	+ 0,66% PMSS *	Soit + 22,62 € *

CHOIX 2				
OPTION 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	OPTION 1		OPTION 1	
Famille hors conjoint	2,42% TATB + 0,96% PMSS *	Part patronale 60% minimum de la cotisation : 46,03 € *		
+ Conjoint (facultatif)	+ 1,96% PMSS *	Soit + 67,19 € *		

EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

Régime souscrit par l'entreprise : Régime collectif **BASE**.

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

Exemple :

CHOIX D'UNE OPTION FACULTATIVE PAR LE SALARIÉ SUR LA BASE D'UN SALAIRE DE RÉFÉRENCE DE 1 810 €

BASE ➔ **Option 1** + EXTENSION AUX AYANTS DROITS

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

32,21 (PART PATRONALE) + 21,48 (PART SALARIALE) = 53,69 €

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES 53,69 € ET LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :

Famille hors conjoint
+ Option 1
Soit un complément
de : + 27,42 €

+

Conjoint
+ Option 1
Soit un complément
de : + 72,67 € (50,05 € + 22,62 €)



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.