



Régime conventionnel
frais de santé
de votre entreprise

CCN
Commerce
de détail
horlogerie
bijouterie

www.umanens.fr

Les signataires de la Convention collective nationale (CCN) du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie 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 du 16 décembre 2015).



Dans le cadre de la mise en œuvre de la CCN, les représentants de la branche ont recommandé **Umanens** comme organisme 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,
- ➔ d'options facultatives, pour vos salariés,
- ➔ d'une possibilité de couvrir ses ayants droit dans les mêmes conditions de garanties,
- ➔ du bénéfice du haut degré de solidarité,
- ➔ 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 socle (Choix de votre garantie obligatoire) :

- ➔ Base : régime minimal
- ➔ Base Intermédiaire : régime avec du reste à charge sur certains postes
- ➔ Base Améliorée : régime réduisant les restes à charge

BASE AMÉLIORÉE Option responsable	BASE AMÉLIORÉE Option responsable	BASE AMÉLIORÉE Socle obligatoire responsable À partir de 28,28€*
BASE INTERMÉDIAIRE Option responsable	BASE INTERMÉDIAIRE Socle obligatoire responsable À partir de 22,62€*	
BASE Socle obligatoire responsable À partir de 14,40€*		

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



VOTRE GRILLE DE GARANTIES



HOSPITALISATION – MÉDICALE ET CHIRURGICALE

	Base (Sécurité sociale incluse)	Base intermédiaire (Base incluse)	Base améliorée (Base incluse)
--	------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour	100% BR	100% BR	200% BR
Honoraires - OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	180% BR
Honoraires - Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	160% BR
Forfait hospitalier journalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière (hors maternité)	-	20 € / jour	40 € / jour
Frais d'accompagnement (- de 16 ans)	-	10 € / jour	20 € / jour
Maternité - Chambre particulière	-	25 € / jour	50 € / jour
Maternité - Prime de naissance	-	5% PMSS	10% PMSS



SOINS MÉDICAUX COURANTS

Consultations Généralistes - OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR
Consultations Généralistes - Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	180% BR
Consultations Spécialistes - OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR
Consultations Spécialistes - Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	180% BR
Analyses	100% BR	125% BR	150% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	150% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	180% BR
Radiologie - OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR
Radiologie - Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	180% BR
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100% BR	150% BR	200% BR
Transport remboursé SS	100% BR	100% BR	100% BR



PHARMACIE

SMR important, faible et homéopathie	100% BR	100% BR	100% BR
--------------------------------------	---------	---------	---------



OPTIQUE

Équipement 100% santé (verres et monture)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé (remboursée SS)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement panier libre (verres et monture)	Voir grille optique Base	Voir grille optique Base intermédiaire	Voir grille optique Base améliorée
Prestation d'adaptation et d'appairage panier libre (remboursée SS)	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles prescrites remboursées ou non SS (y compris jetables)	100% TM + 70 € / an	100% TM + 150 € / an	100% TM + 200 € / an



DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé ⁽³⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)		
Soins remboursés SS ne relevant pas du dispositif 100% santé	100% BR	120% BR	150% BR
Prothèses (limités 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 au panier libre dans la limite des HLF		
Panier libre	Actes remboursés par la sécurité sociale		
Onlays Inlays	100% BR	120% BR	150% BR
Orthodontie remboursée SS	125% BR	150% BR	200% BR
Orthodontie non remboursée SS	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Dents du sourire remboursées SS ⁽⁴⁾	125% BR	125% BR + 150 € / an / bénéficiaire	125% BR + 300 € / an / bénéficiaire
Dents de fond de bouche remboursées SS ⁽⁵⁾	125% BR	125% BR + 150 € / an / bénéficiaire	125% BR + 300 € / an / bénéficiaire
Dents du sourire non remboursées SS ⁽⁴⁾	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Dents de fond de bouche non remboursées SS ⁽⁵⁾	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Implantologie : implant et pilier dentaire (hors nomenclature)	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire



AIDES AUDITIVES ⁽⁶⁾

Équipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement du panier libre	100%BR	100%BR + 100€ par an / bénéficiaire	100%BR + 200€ par an / bénéficiaire



PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES

Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100% BR	100% BR	100% BR
Médecines douces (ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteurs) ⁽⁷⁾	-	30 € / séance (maxi 2 séances / an / bénéficiaire)	30 € / séance(maxi 4 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 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) 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 fixes / Réparation sur prothèses. Dents n° 11/12/13/14/15/21/22/23/24/25/31/32/33/34/35/41/42/43/44/45. **(5)** Dents n° 16/17/18/26/27/28/36/37/38/46/47/48. **(6)** Périodicité de la prise en charge : tous les 4 ans. **(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 - **SS** : Sécurité Sociale - **RSS** : Remboursement de la Sécurité Sociale - **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée - **OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée, destinée au médecins exerçant en Chirurgie et Obstétrique - **TM** : Ticket Modérateur - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale



GRILLE OPTIQUE

GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIES	Base (Sécurité sociale incluse)	Base intermédiaire (Base incluse)	Base améliorée (Base incluse)
TYPE DE VERRE		2 VERRES	2 VERRES	2 VERRES
Verres simple foyer, sphériques	A et C	RSS + 100€ à 200€	RSS + 100€ à 400€	RSS + 300€ à 600€
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	A et C	RSS + 100€ à 200€	RSS + 100€ à 400€	RSS + 300€ à 600€
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	C et F	RSS + 200€	RSS + 400€	RSS + 600€
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	C et F	RSS + 200€	RSS + 400€	RSS + 600€
ÉQUIPEMENT MIXTE CONSTITUÉ DE 2 VERRES DE CATÉGORIES DISTINCTES		2 VERRES	2 VERRES	2 VERRES
Équipement mixte - plafond : contrat responsable	B	RSS+150€	RSS+300€	RSS+450€
	D	RSS+150€	RSS+300€	RSS+450€
	E	RSS+200€	RSS+300€	RSS+450€
1 MONTURE		100% BR	75 €	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 et 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 situation médicales particulières, telles que définies par arrêté.

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène), remboursement conforme contrat responsable.

CLASSE A / VERRE SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre ≤ à +4

CLASSE C / VERRE COMPLEXE / verre simple foyer hors zone - 6 à +6 et cylindre > +4 à verre multifocal ou progressif

CLASSE F / VERRE TRÈS COMPLEXE / verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère hors zone -8 +8

CLASSE F / VERRE TRÈS COMPLEXE / verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère hors zone -4 +4

Équipement mixte

VERRE SIMPLE + VERRE COMPLEXE (A+C) = B

VERRE SIMPLE + VERRE TRÈS COMPLEXE (A+F) = D

VERRE COMPLEXE + VERRE TRÈS COMPLEXE (C+F) = E



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE RESTE À CHARGE*

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



Médecine courante - Consultation spécialiste OPTAM : dépense 60€

RÉGIME CHOISI	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE	RESTE À CHARGE
BASE	19,60€	28,00€	32,00€
BASE INTERMÉDIAIRE	19,60€	42,00€	18,00€
BASE AMÉLIORÉE	19,60€	56,00€	4,00€



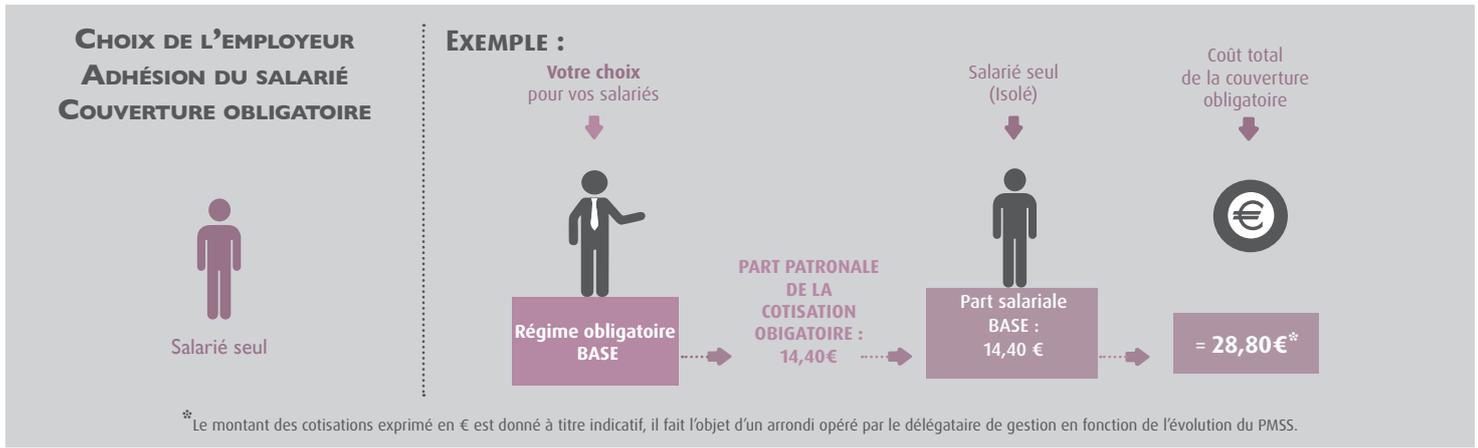
Dentaire - Prothèses dentaires (ex : prothèse dentaire fixe céramique) : dépense 580 €

RÉGIME CHOISI	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE	RESTE À CHARGE
BASE	75,25 €	134,38 €	445,62 €
BASE INTERMÉDIAIRE	75,25 €	284,38 €	295,62 €
BASE AMÉLIORÉE	75,25 €	434,38 €	145,62 €

*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 EN % DU PMSS (RÉGIME GÉNÉRAL)



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.

CHOIX 1						
BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Base		Base Intermédiaire		Base Améliorée	
Salarié	0,84%	Part patronale: 14,40€	+0,55%	Soit +18,85 €	+0,93%	Soit +31,88 €
+ Conjoint (facultatif)	+0,93%	Soit +31,88 €	+0,60%	Soit +20,57 €	+1,03%	Soit +35,31 €
+ Enfant (facultatif)*	+0,50%	Soit +17,14 €	+0,33%	Soit +11,31 €	+0,56%	Soit +19,20 €
CHOIX 2						
BASE INTERMÉDIAIRE = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Base Intermédiaire		Base Améliorée			
Salarié	1,32%	Part patronale : 22,62€	+0,39%	Soit +13,37 €	+0,42%	Soit +14,40 €
+ Conjoint (facultatif)	+1,46%	Soit +50,05 €	+0,23%	Soit +7,88 €	+0,23%	Soit +7,88 €
+ Enfant (facultatif)*	+0,80%	Soit +27,42 €				
CHOIX 3						
BASE AMÉLIORÉE = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Base Améliorée					
Salarié seul	1,65%	Part patronale : 28,28€				
+ Conjoint (facultatif)	+1,82%	Soit +62,39 €				
+ Enfant (facultatif)*	+0,99%	Soit +33,94 €				

EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)
Régime souscrit par l'entreprise : Régime collectif Base Intermédiaire.

Si vous choisissez de prendre la cotisation Base Intermédiaire pour votre entreprise, il sera possible pour vos salariés d'y ajouter la Base Améliorée à titre facultatif et/ou de couvrir leurs ayants droit.

*Enfant : Gratuité à partir du 3^{ème}

Exemple :

CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

Base Intermédiaire Base Améliorée + EXTENSION AUX AYANTS DROITS

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE

(PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE : 22,62 * 2 = 45,24€

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES 22,62 € ET LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :



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 oeuvre 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 directement en ligne !



Par courrier en nous retournant

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