



**Régime  
frais de santé  
de  
votre entreprise**

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

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

# LE RÉGIME DE VOTRE ENTREPRISE EN DÉTAILS

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

- d'une couverture conforme à votre CCN,
- de cotisations fixes (selon la durée établie par les partenaires sociaux de votre branche),
- des garanties conformes 100% santé,
- d'un réseau de proximité,
- d'exonération des charges salariales sur vos cotisations (sauf CSG et CRDS),
- 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  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.),
- d'une structure de cotisations unique pour vous, employeur, avec 3 niveaux de garanties (Niveau 1, Niveau 2 ou Niveau 3),
- de garanties optionnelles pour les salariés (couverture des ayants droit et souscription d'options).

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

## 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

- Quel que soit le régime collectif obligatoire mis en place par votre entreprise, vos salariés pourront souscrire une option pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

### Régime complémentaire socle

(Choix de votre garantie obligatoire) :

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



\*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «salarié seul», (2021).

## ➤ 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 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 règlementaires 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

Le symbole **U**, indique un remboursement majoré par rapport à votre accord conventionnel.

 FRAIS D'HOSPITALISATION	NIVEAU 1 (régime obligatoire)	NIVEAU 2 (régime obligatoire)	NIVEAU 3 (régime obligatoire)
<b>Chirurgie - Hospitalisation</b>			
Frais de séjour <sup>(1)</sup>	105% BR <b>U</b>	105% BR <b>U</b>	105% BR <b>U</b>
Honoraires - OPTAM/OPTAM-CO	255% BR <b>U</b>	255% BR <b>U</b>	255% BR <b>U</b>
Honoraires - Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière avec nuitée (maximum 10 J/an)	-	30 € / jour	30 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	15 € / jour	15 € / jour
Frais d'accompagnant (maximum 10 J/an)	-	30 € / jour	30 € / jour
<b>FRAIS MEDICAUX</b>			
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	250% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	200% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	250% BR	250% BR	250% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	200% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	250% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	200% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	250% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	200% BR
Orthopédie et autres prothèses <sup>(2)</sup>	105% BR <b>U</b>	150% BR	150% BR
Transport remboursé par la S.S.	105% BR <b>U</b>	105% BR <b>U</b>	105% BR <b>U</b>
<b>PHARMACIE</b>			
Pharmacie (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR
<b>DENTAIRE</b>			
Soins et prothèse 100% santé <sup>(3)</sup>	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des HLF		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	125% BR	135% BR <b>U</b>	145% BR <b>U</b>
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) <sup>(4)</sup>			
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des HLF		
Panier libre	Actes remboursés par la S.S.		
Inlay / Onlay	125% BR	125% BR	125% BR
Inlays Core	150% BR	150% BR	150% BR
Dents du sourire remboursées par la S.S. <sup>(5)</sup>	275% BR	275% BR	275% BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	275% BR	275% BR	275% BR
Actes dentaires hors nomenclature remboursés par la S.S. (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	100% BR	100% BR	100% BR
Actes dentaires hors nomenclature non remboursés par la S.S. (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	60 € / an	60 € / an	60 € / an
Actes dentaires hors nomenclature non remboursés par la S.S. (Implantologie) Max/an/bénéficiaire	200 € / an	200 € / an	200 € / an
<b>FRAIS OPTIQUE</b>			
Equipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du PLV		
Equipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du PLV		
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du PLV		
Monture du panier libre	Voir grille optique NIVEAU 1	Voir grille optique NIVEAU 2	Voir grille optique NIVEAU 3
Verres panier libre	Voir grille optique NIVEAU 1	Voir grille optique NIVEAU 2	Voir grille optique NIVEAU 3
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 + 60€/an
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	200€/œil/an	400€/œil/an	400€/œil/an
<b>AIDE AUDITIVE</b>			
Equipement 100% santé <sup>*</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite du PLV		
Equipement du panier libre personnes de 20 ans et + (tous les 4 ans)	100% BR	200% BR	1 700 € / prothèse
Equipement du panier libre personnes de moins 20 ans (tous les 4 ans)	100% BR	100% BR	1 700 € / prothèse
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR
<b>PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES <sup>(7)</sup></b>			
Actes de prévention pris en charge par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture(forfait/an/bénéficiaire)	4 x 40 €	4 x 40 €	4 x 40 €
Psychomotricien non prise en charge par la S.S.	-	100% FR (bilan) + 15 € / séance"	100% FR (bilan) + 15 € / séance"
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
Contraception prescrite non remboursée par la S.S.	-	100 € / an	100 € / an
Vaccins prescrits non remboursés par la S.S.	-	75 € / an	75 € / an
Sevrage tabagique prescrit	-	50 € / an (U+)	50 € / an (U+)

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.

(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) Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un 1 an pou les assuré de moins de 16 ans, par période 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 (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).

(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

GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIES	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
		(régime obligatoire)	(régime obligatoire)	(régime obligatoire)
<b>EQUIPEMENT</b>		<b>2V+1M</b>	<b>2V+1M</b>	<b>2V+1M</b>
Verres simple foyer, sphériques	A et C	De 175 € à 275 €	De 175 € à 275 €	De 175 € à 275 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	A et C	De 175 € à 275 €	De 175 € à 275 €	De 175 € à 275 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	C et F	275 €	275 €	275 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	C et F	225 €	225 €	225 €
<b>EQUIPEMENT MIXTE CONSTITUÉ DE DEUX VERRES DE CATÉGORIES DISTINCTES</b>				
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	225 €	225 €	225 €
	D	225 €	225 €	225 €
	E	275 €	275 €	275 €
<b>DONT 1 MONTURE</b>				
<b>Garantie</b>		100€	100€	100€

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

Equipement homogène :

CLASSE A / V SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4

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

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif spher cylindrique sphère hors zone - 8 + 8

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif spher cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

Equipement mixte :

V Simple + V Complexe (A+C) B

V Simple + V T Complexe (A+F) D

V Complexe + V T Complexe (C+F) E

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.



## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE RESTE À CHARGE\*

### EN COMPLÉMENT DU RÉGIME GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE\* HORS 100% SANTÉ

#### Radiologie OPTAM - Panoramique dentaire OPTAM : dépense 60 €

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
<b>NIVEAU 1</b>	20,41 €	29,16 €	30,84 €
<b>NIVEAU 2</b>	20,41 €	43,74 €	16,26 €
<b>NIVEAU 3</b>	20,41 €	60,00 €	0,00 €

#### Acte technique médical OPTAM - Ablation d'un grain de beauté : dépense 120 €

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
<b>NIVEAU 1</b>	48,16 €	68,80 €	51,20 €
<b>NIVEAU 2</b>	48,16 €	103,20 €	16,80 €
<b>NIVEAU 3</b>	48,16 €	120,00 €	0,00 €

\*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 2021 (RÉGIME GÉNÉRAL)

CHOIX DE L'EMPLOYEUR  
ADHÉSION DU SALARIÉ  
COUVERTURE OBLIGATOIRE



Salarie seul

EXEMPLE EXPRIMÉ EN € :

Votre choix  
pour vos salariés



Régime  
obligatoire  
Niveau 2

PART PATRONALE  
DE LA  
COTISATION  
OBLIGATOIRE :  
21,77€

Salarie seul



Part salariale  
Niveau 2 :  
21,77€

Coût total  
de la couverture  
obligatoire



= 43,54€\*

\* 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.

## VOS COTISATIONS :

CHOIX 1						
NIVEAU 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Niveau 1	Option Niveau 2		Option niveau 3		
Salarie obligatoire	<b>1,14%</b>	<b>Part patronale : 19,54€</b>	+0,15%	Soit +5,14 €	+0,33%	Soit +11,31 €
Conjoint facultatif	+1,23%	Soit +42,16 €	+0,20%	Soit +6,86 €	+0,40%	Soit +13,71 €
Enfant facultatif	+0,70%	Soit +24,00 €	+0,06%	Soit +2,06 €	+0,10%	Soit +3,43 €

CHOIX 2				
NIVEAU 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	Niveau 2	Option niveau 3		
Salarie obligatoire	<b>1,27%</b>	<b>Part patronale : 21,77€</b>	0,17%	Soit +5,83 €
Conjoint facultatif	1,40%	Soit +47,99 €	0,14%	Soit +4,80 €
Enfant facultatif	0,75%	Soit +25,71 €	0,03%	Soit +1,03 €

### EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

Régime souscrit par l'entreprise :  
Régime collectif de Niveau 2

Si vous choisissez de prendre la cotisation Niveau 2 pour votre entreprise, il sera possible pour vos salariés d'y ajouter une option (Option niveau 3) et/ou de couvrir leurs ayants droit.

CHOIX 3		
NIVEAU 3 = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	Niveau 3	
Salarie obligatoire	<b>1,41%</b>	<b>Part patronale : 24,17€</b>
Conjoint facultatif	1,52%	Soit +52,11 €
Enfant facultatif	0,76%	Soit +26,05 €

### Exemple :

#### Choix d'options facultatives par le salarié

Niveau 2 ➔ Option niveau 3 + EXTENSION AUX AYANTS DROIT

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE (PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE :  $21,77 * 2 = 43,54 €$

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES 43,54 € ET LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :

Salarie seul  
Soit + 5,83€

OU

Salarie/Conjoint  
Soit +58,62€  
47,99€ + (5,83€ + 4,80€)

OU

Salarie/Enfant  
Soit +32,57€  
25,71€ + (5,83€ + 1,03€)

OU

Salarie/Conjoint/Enfant  
Soit +85,36€  
(47,99€ + 25,71€) + (5,83€ + 4,80€ + 1,03€)



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