



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 et de prévention, 24h/24 et 7j/7,
- de garanties optionnelles 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



Option pour vous salariés

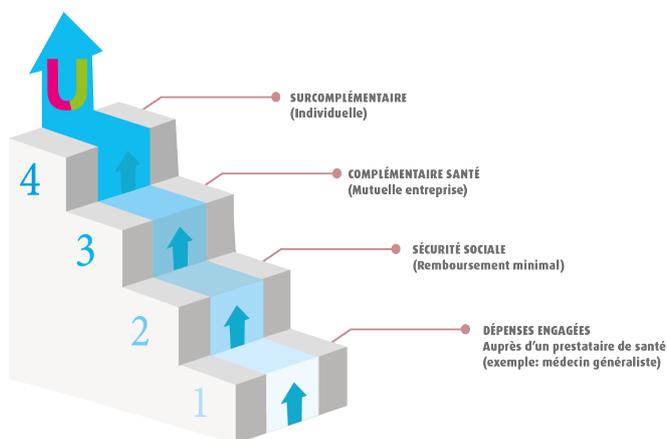
➤ Selon le régime collectif obligatoire mis en place par votre entreprise, vous pouvez souscrire une option pour vous-mêmes et vos ayants droit.

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» (2023).

➤ 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 2023 (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	43 992€	10 998 €	3 666 €



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)
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour ⁽¹⁾	105% BR U	105% BR U	105% BR U
Honoraires - OPTAM/OPTAM-CO	255% BR U	255% BR U	255% BR U
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
FRAIS MEDICAUX			
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 ⁽²⁾	105% BR U	150% BR	150% BR
Transport remboursé par la S.S.	105% BR U	105% BR U	105% BR U
PHARMACIE			
Pharmacie (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE			
Soins et prothèse 100% santé ⁽³⁾	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 U	145% BR U
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) ⁽⁴⁾			
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. ⁽⁵⁾	275% BR	275% BR	275% BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	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
FRAIS OPTIQUE			
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
AIDE AUDITIVE			
Equipement 100% santé [*]	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
PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES ⁽⁷⁾			
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.

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⁾ Prévus 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.

*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 an pour les assurés 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)
EQUIPEMENT		2V+1M	2V+1M	2V+1M
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 €
EQUIPEMENT MIXTE CONSTITUÉ DE DEUX VERRES DE CATÉGORIES DISTINCTES				
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	225 €	225 €	225 €
	D	225 €	225 €	225 €
	E	275 €	275 €	275 €
DONT 1 MONTURE				
Garantie		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 sphère cylindrique sphère hors zone - 8 + 8

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphère 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





SUR UMANENS.FR, VOUS AVEZ DESORMAIS LA POSSIBILITÉ D'UTILISER UN **SIMULATEUR DE RESTE À CHARGE**, ET DE VISUALISER LES **EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS DE VOTRE GARANTIE**.



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)





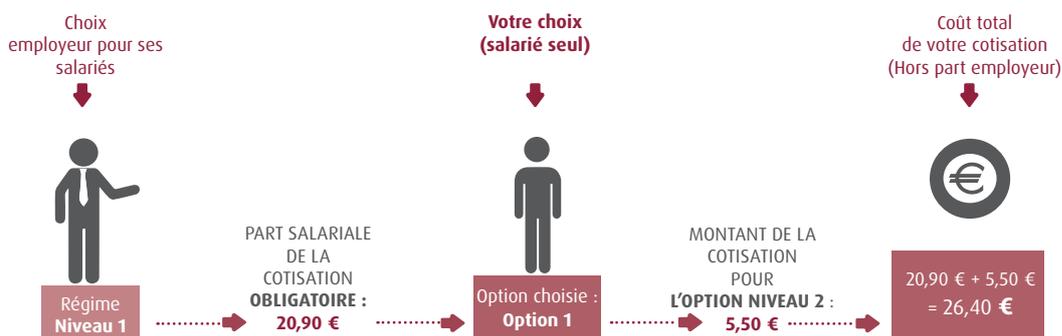
COMPRENDRE VOS COTISATIONS POUR LES GARANTIES FACULTATIVES : EXEMPLES

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 2 ou 3.

CHOIX 1						
NIVEAU 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Niveau 1		Option Niveau 2		Option niveau 3	
Salarié obligatoire	1,14%	Part salariale : 20,90 €	+0,15%	Soit +5,50 €	+0,33%	Soit +12,10 €
Conjoint facultatif	+1,23%	Soit +45,09 €	+0,20%	Soit +7,33 €	+0,40%	Soit +14,66 €
Enfant facultatif	+0,70%	Soit +25,66 €	+0,06%	Soit +2,20 €	+0,10%	Soit +3,67 €

EXEMPLE :

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

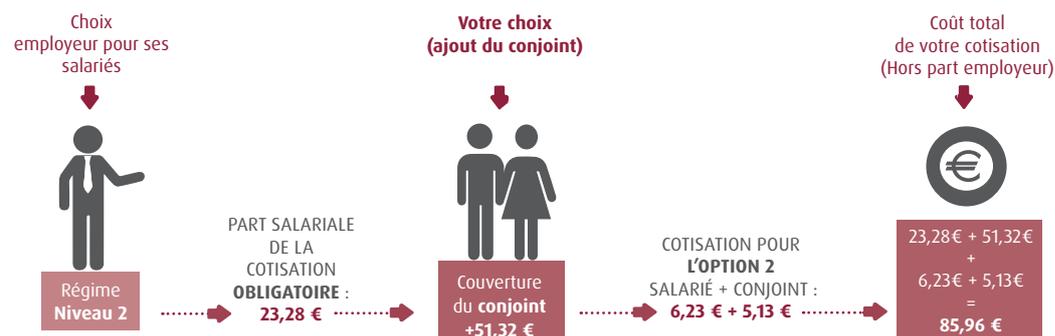


Quel que soit le niveau de garantie sélectionné par votre employeur, il vous est possible d'y affilier votre conjoint et/ou vos enfants et d'améliorer votre protection.

CHOIX 2					
NIVEAU 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE					
Régime général	Niveau 2			Option niveau 3	
Salarié obligatoire	1,27%	Part salariale : 23,28 €		0,17%	Soit +6,23 €
Conjoint facultatif	1,40%	Soit +51,32 €		0,14%	Soit +5,13 €
Enfant facultatif	0,75%	Soit +27,50 €		0,03%	Soit +1,10 €

EXEMPLE :

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



EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

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

PMSS 2023 : **3 666 €**

Cotisation : 1,14% x 3 666 € = 41,80 €/2 = **20,90 €**

Part salariale : **20,90 €**

CHOIX 1						
NIVEAU 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Niveau 1		Option Niveau 2		Option niveau 3	
Salarié obligatoire	1,14%	Part salariale : 20,90 €	+0,15%	Soit +5,50 €	+0,33%	Soit +12,10 €
Conjoint facultatif	+1,23%	Soit +45,09 €	+0,20%	Soit +7,33 €	+0,40%	Soit +14,66 €
Enfant facultatif	+0,70%	Soit +25,66 €	+0,06%	Soit +2,20 €	+0,10%	Soit +3,67 €

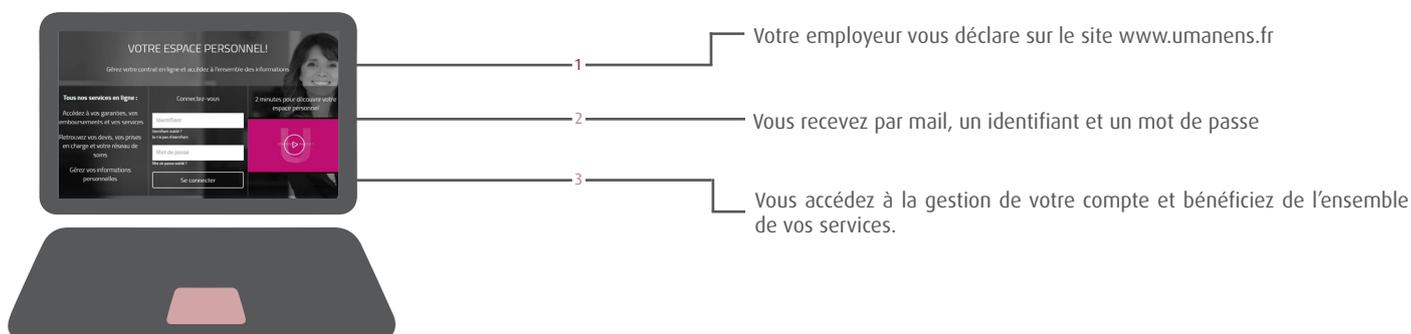
CHOIX 2				
NIVEAU 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	Niveau 2		Option niveau 3	
Salarié obligatoire	1,27%	Part salariale : 23,28 €	0,17%	Soit +6,23 €
Conjoint facultatif	1,40%	Soit +51,32 €	0,14%	Soit +5,13 €
Enfant facultatif	0,75%	Soit +27,50 €	0,03%	Soit +1,10 €

CHOIX 3		
NIVEAU 3 = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	Niveau 3	
Salarié obligatoire	1,41%	Part salariale : 25,85 €
Conjoint facultatif	1,52%	Soit +55,72 €
Enfant facultatif	0,76%	Soit +27,86 €

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 2023, 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.