



Votre régime
frais de santé

CCN DE L'ENSEIGNEMENT
PRIVÉ INDÉPENDANT
IDCC N° 269 I

www.umanens.fr

umanens
L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR
LES MUTUELLES MEMBRES

Umanens accompagne les salariés relevant de la Convention Collective Nationale de l'enseignement privé indépendant.

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,
- des garanties conformes au 100% santé,
- d'un réseau de proximité,
- d'exonération des charge salariales sur vos cotisations (sauf CSG et CRDS),
- du bénéfice du haut degré de solidarité qui permet le bénéfice du régime frais de santé à titre gratuit pour* :
 - les enfants handicapés
 - les salariés en congé parental à temps plein**
- de la souscription et des services en ligne,
- de garanties améliorées par rapport à votre CCN,
- d'une structure de cotisations unique pour vous, employeur, avec 4 niveaux de garanties (Base A, Option B, Option C et Option D),
- de garanties facultatives pour vous (couverture de vos ayants droit et souscription d'options).

*Sous réserve des fonds disponibles alimentés par les 2% du HDS
** Limité à un an

UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOUS

➤ Votre part salariale s'élève à 50% minimum du régime obligatoire souscrit par votre entreprise

OPTION D +45,59€	OPTION D +27,42€	OPTION D +16,80€	OPTION D Socle obligatoire responsable À partir de 38,91€*
OPTION C +31,88€	OPTION C +13,03€	OPTION C Socle obligatoire responsable À partir de 32,74€*	
OPTION B +19,88€	OPTION B Socle obligatoire responsable À partir de 27,42€*		
BASE A Socle obligatoire À partir de 16,80€*			

*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «salarié isolé», (2020).

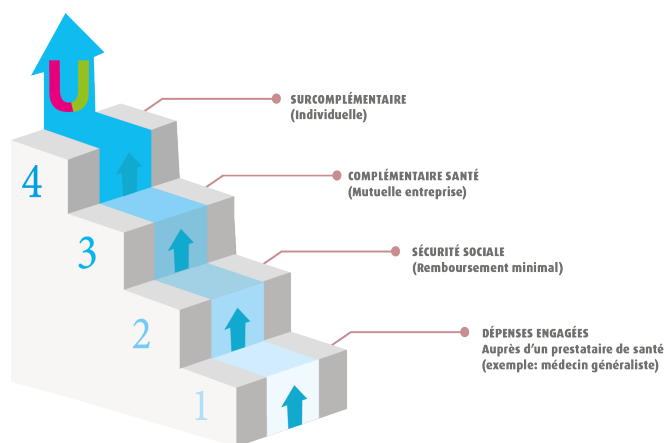
Option pour vos salariés

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

Régime complémentaire Santé (Choix de votre garantie obligatoire) :

- BASE : régime minimal
- OPTION B : régime avec du reste à charge sur certains postes
- OPTION C : régime réduisant le reste à charge
- OPTION D : régime confort

➤ 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 2020 (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 €



VOTRE GRILLE DE GARANTIES

 FRAIS D'HOSPITALISATION	BASE A (régime obligatoire)	OPTION B (régime obligatoire)	OPTION C (régime obligatoire)	OPTION D (régime obligatoire)
Chirurgie - Hospitalisation				
Frais de séjour Secteur conventionné ou non	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires - Secteur conventionné ou non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Honoraires - Secteur conventionné ou non Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	155% BR	180% BR
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière hors maternité	-	50 €/ jour	75 €/ jour	100 €/ jour
Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	Ⓡ 20 €/ jour	Ⓡ 35 €/ jour	Ⓡ 45 €/ jour	Ⓡ 55 €/ jour
Maternité				
Forfait naissance (doublé en cas de naissance multiple)	-	-	150 €	300 €
Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	-	-	150 €	300 €
Chambre particulière	-	50 € / jour	75 € / jour	100 € / jour
FRAIS MEDICAUX				
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	160% BR	200% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	160% BR	220% BR	300% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	140% BR	180% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	170% BR	240% BR	400% BR
Analyses et examens de laboratoire Hors OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux (dont frais de déplacement)	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	160% BR	200% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	160% BR	200% BR
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100% BR	150% BR	300% BR	500% BR
Transport remboursé par la S.S.	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
PHARMACIE				
Remboursée par la S.S. (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE				
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	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	150% BR	340% BR	420% BR	500% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	150% BR	340% BR	420% BR	500% BR
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) ⁽⁴⁾				
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			
Dents du sourire remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾	150% BR	340% BR	420% BR	500% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	150% BR	340% BR	420% BR	500% BR
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie (implant et pilier dentaire)	-	-	250 €	500 €
FRAIS OPTIQUE				
Equipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			
Equipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			
Monture panier libre	Voir grille optique Base Conventionnelle A	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION B	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION C	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION D
Verres panier libre	Voir grille optique Base Conventionnelle A	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION B	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION C	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION D
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées par la S.S. (y compris jetables)	TM+110 €	TM+140 €	TM+180 €	TM+250 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux /an /bénéficiaire)	-	330€	410€	500€
AIDE AUDITIVE				
Equipement 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			
Equipement du panier libre (tous les 4 ans)	100% BR	100% BR + 250 € / oreille	100% BR + 600 € / oreille	100% BR + 750 € / oreille (dans la limite du PLV)
PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES				
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
Médecines douces reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Podologie, Diététique, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie)	-	forfait de 120 €	forfait de 260 €	forfait de 400 €
Sur prescription médicale (par an/ bénéficiaire) : - Pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs -Sevrage tabagique -Ostéodensitométrie non remboursée par la S.S	Ⓡ Forfait de 30€	Forfait de 60 €	Forfait de 120 €	Forfait de 400 €
Cure thermique (hors thalassothérapie) remboursée par la S.S	100% BR	150% BR	300% BR	500% BR
Vaccin anti-grippe (1 par an/bénéficiaire)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR

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.

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 (REMBOURSEMENTS LIMITÉS AU PLAFOND DU CONTRAT RESPONSABLE)

GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIES	BASE A	OPTION B	OPTION C	OPTION D
		(régime obligatoire)	(régime obligatoire)	(régime obligatoire)	(régime obligatoire)
TYPE DE VERRRE		2V+1M	2V+1M	2V+1M	2V+1M
Verres simple foyer, sphériques					
sphère comprise entre -6 à +6	A	150,00 €	200,00 €	340,00 €	420,00 €
sphère hors zone - 6 à +6	C	300,00 €	370,00 €	500,00 €	700,00 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques					
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	150,00 €	200,00 €	340,00 €	420,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	300,00 €	370,00 €	420,00 €	420,00 €
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	300,00 €	370,00 €	500,00 €	700,00 €
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	300,00 €	370,00 €	500,00 €	700,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	300,00 €	370,00 €	500,00 €	700,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques					
sphère comprise entre -4 à +4	C	400,00 €	490,00 €	670,00 €	700,00 €
sphère hors zone de -4 à + 4	F	400,00 €	490,00 €	670,00 €	800,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques					
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	400,00 €	490,00 €	670,00 €	700,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	400,00 €	490,00 €	670,00 €	700,00 €
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	400,00 €	490,00 €	670,00 €	800,00 €
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	400,00 €	490,00 €	670,00 €	800,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	400,00 €	490,00 €	670,00 €	800,00 €
EQUIPEMENT MIXTE CONSTITUÉ DE DEUX VERRS DE CATÉGORIES DISTINCTES					
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	225,00 €	285,00 €	420,00 €	560,00 €
	D	275,00 €	345,00 €	505,00 €	610,00 €
	E	350,00 €	430,00 €	585,00 €	750,00 €
MONTURE PANIER LIBRE					
Garantie		100€	100€	100€	100€

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

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

Equipement 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€

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.

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	RESTE À CHARGE
BASE A	187,89€	-	462,11€
OPTION B	187,89€	93,95€	368,17€
OPTION C	187,89€	140,92€	321,19€
OPTION D	187,89€	187,89€	274,22€

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE A	19,60€	8,40€	32,00€
OPTION B	19,60€	25,20€	15,20€
OPTION C	19,60€	40,40€	0,00€
OPTION D	19,60€	40,40€	0,00€

 Optique - Equipement adulte (2 verres simples + 1 monture) : dépense 450€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE A	4,44€	150,00€	295,56€
OPTION B	4,44€	200,00€	245,56€
OPTION C	4,44€	340,00€	105,56€
OPTION D	4,44€	445,56€	0,00€

 Dentaire - Prothèse remboursée par la Sécurité sociale : dépense 750€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE A	75,25€	86,00€	588,75€
OPTION B	75,25€	290,25€	384,50€
OPTION C	75,25€	376,25€	298,50€
OPTION D	75,25€	462,25€	212,50€

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

EN COMPLÉMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE HORS 100% SANTÉ

 Hospitalisation - Acte de chirurgie OPTAM (ex : appendicectomie) : dépense 650€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE (RAC ²)
NIVEAU 1	187,89€	-	274,22€
REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE + SURCOMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE			
RENFORT 1	187,89€	225,26€	236,64€
RENFORT 2	187,89€	432,75€	217,85€
RENFORT 3	187,89€	450,94€	199,06€
RENFORT 4	187,89€	469,73€	180,28€

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



CHOIX D'OPTION MODE D'EMPLOI

CE QU'IL FAUT SAVOIR POUR SOUSCRIRE UNE OPTION :

1

Vous pouvez choisir une option (C ou D) 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 COTISATIONS :

COUVERTURE OBLIGATOIRE CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR

➔ Structure Salarié seul ou Famille



Salarié seul

ou



Famille

COUVERTURE FACULTATIVE

CHOIX D'OPTION POUR VOUS-MÊME ET/OU VOS AYANTS DROIT

➔ Structure Salarié seul/Conjoint/Enfant(s)/Famille



Salarié seul



Salarié/Conjoint



Salarié/Enfant



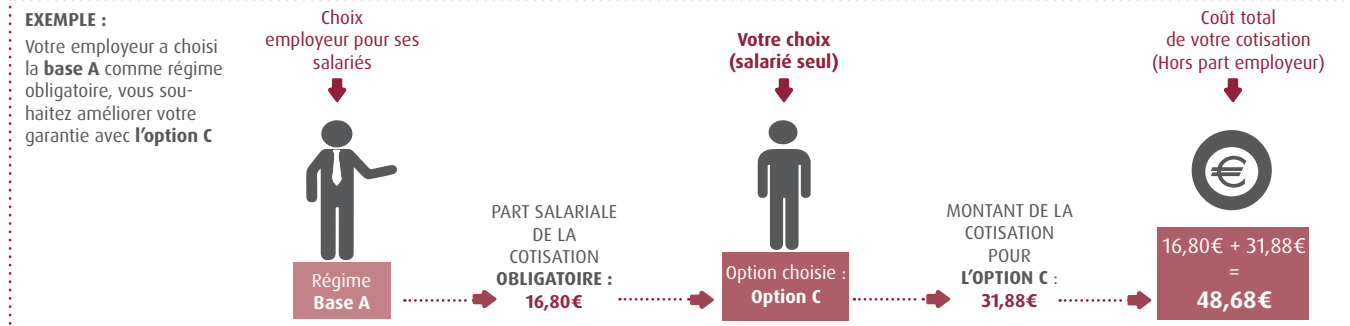
Salarié/Conjoint/Enfant(s)



COMPRENDRE VOS COTISATIONS POUR LES GARANTIES FACULTATIVES : EXEMPLES

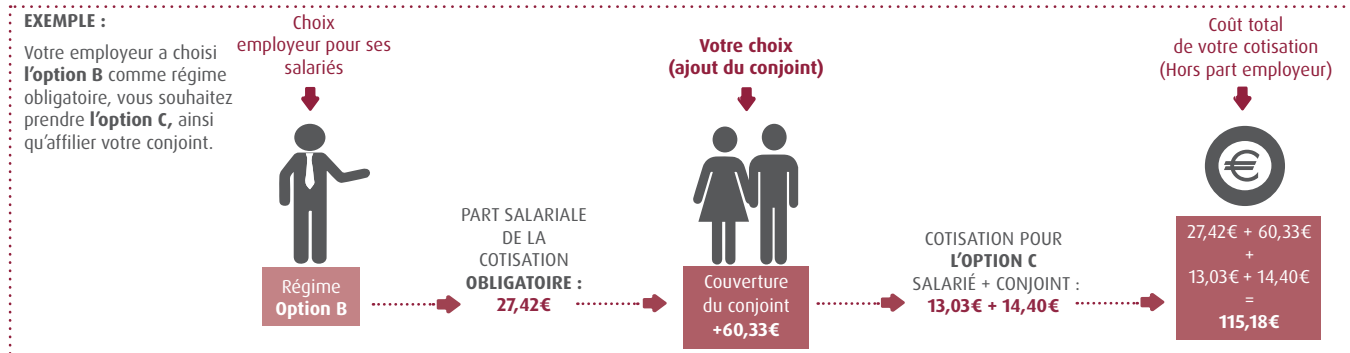
Si votre employeur a choisi de prendre le régime de **base A** avec la cotisation **salarié seul** pour l'entreprise, il vous est possible d'y ajouter pour vous et vos ayants droit l'option B, C ou D.

CHOIX 1								
BASE A = RÉGIME OBLIGATOIRE								
Régime général	BASE A	Option B	Option C	Option D				
Salarié seul	0,98%	Part salariale : 16,80 €	+0,58%	Soit +19,88 €	+0,93%	Soit +31,88 €	+1,33%	Soit +45,59 €
+Conjoint	+1,08%	Soit +37,02 €	+0,64%	Soit +21,94 €	+1,01%	Soit +34,62 €	+1,46%	Soit +50,05 €
+Enfant(s)	+0,61%	Soit +20,91 €	+0,40%	Soit +13,71 €	+0,61%	Soit +20,91 €	+0,86%	Soit +29,48 €
+Famille	+2,77%	Soit +94,96 €	+1,44%	Soit +49,36 €	+2,23%	Soit +76,44 €	+3,18%	Soit +109,01 €
Famille Obligatoire	1,77%	Part salariale : 30,34 €	+1,27%	Soit +43,54 €	+2,12%	Soit +72,67 €	+2,94%	Soit +100,78 €



Si votre employeur a choisi la cotisation **salarié seul**, il vous est possible d'y affilier vos ayants droit et d'améliorer votre protection.

CHOIX 2						
Option B = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Option B	Option C	Option D			
Salarié	1,60%	Part salariale : 27,42 €	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,80%	Soit +27,42 €
+Conjoint	+1,76%	Soit +60,33 €	+0,42%	Soit +14,40 €	+0,88%	Soit +30,17 €
+Enfant(s)	+1,03%	Soit +35,31 €	+0,24%	Soit +8,23 €	+0,50%	Soit +17,14 €
+Famille	+3,82%	Soit +130,95 €	+0,90%	Soit +30,85 €	+1,88%	Soit +64,45 €
Famille Obligatoire	2,91%	Part salariale : 49,88 €	+0,72%	Soit +24,68 €	+1,41%	Soit +48,33 €



EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

Régime souscrit par l'entreprise : Régime collectif **Base A**

PMSS 2020 : **3 428€**

Cotisation : $0,98\% \times 3428\text{€}/100 = 33,59\text{€}/2 = 16,80\text{€}$

Part salariale : **16,80€**

CHOIX 1 : Base = RÉGIME OBLIGATOIRE								
Régime général	Base A		Option B		Option C		Option D	
Salarié seul	0,98%	Part salariale : 16,80€	+0,58%	Soit +19,88 €	+0,93%	Soit +31,88 €	+1,33%	Soit +45,59 €
+Conjoint	+1,08%	Soit +37,02 €	+0,64%	Soit +21,94 €	+1,01%	Soit +34,62 €	+1,46%	Soit +50,05 €
+Enfant(s) ⁽¹⁾	+0,61%	Soit +20,91 €	+0,40%	Soit +13,71 €	+0,61%	Soit +20,91 €	+0,86%	Soit +29,48 €
+Famille ⁽²⁾	+2,77%	Soit +94,96 €	+1,44%	Soit +49,36 €	+2,23%	Soit +76,44 €	+3,18%	Soit +109,01 €
Famille ⁽³⁾ obligatoire	1,77%	Part salariale : 30,34€	+1,27%	Soit +43,54 €	+2,12%	Soit +72,67 €	+2,94%	Soit +100,78 €

CHOIX 2 : Option B = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Option B		Option C		Option D	
Salarié seul	1,60%	Part salariale : 27,42€	+0,38%	Soit +13,03 €	+0,80%	Soit +27,42 €
+Conjoint	+1,76%	Soit +60,33 €	+0,42%	Soit +14,40 €	+0,88%	Soit +30,17 €
+Enfant(s) ⁽¹⁾	+1,03%	Soit +35,31 €	+0,24%	Soit +8,23 €	+0,50%	Soit +17,14 €
+Famille ⁽²⁾	+3,82%	Soit +130,95 €	+0,90%	Soit +30,85 €	+1,88%	Soit +64,45 €
Famille ⁽³⁾ obligatoire	2,91%	Part salariale : 49,88€	+0,72%	Soit +24,68 €	+1,41%	Soit +48,33 €

CHOIX 3 : Option C = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	Option C		Option D	
Salarié seul	1,91%	Part salariale : 32,74€	+0,49%	Soit +16,80 €
+Conjoint	+2,10%	Soit +71,99 €	+0,54%	Soit +18,51 €
+Enfant(s) ⁽¹⁾	+1,23%	Soit +42,16 €	+0,30%	Soit +10,28 €
+Famille ⁽²⁾	+4,56%	Soit +156,32 €	+1,16%	Soit +39,76 €
Famille ⁽³⁾ obligatoire	3,47%	Part salariale : 59,48€	+0,59%	Soit +20,23 €

CHOIX 4 : OPTION D = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	Option D	
Salarié seul	2,27%	Part salariale : 38,91€
+Conjoint	+2,49%	Soit +85,36 €
+Enfant(s) ⁽¹⁾	+1,44%	Soit +49,36 €
+Famille ⁽²⁾	+5,37%	Soit +184,08 €
Famille ⁽³⁾ obligatoire	4,10%	Part salariale : 70,27€

⁽¹⁾ Enfant : Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

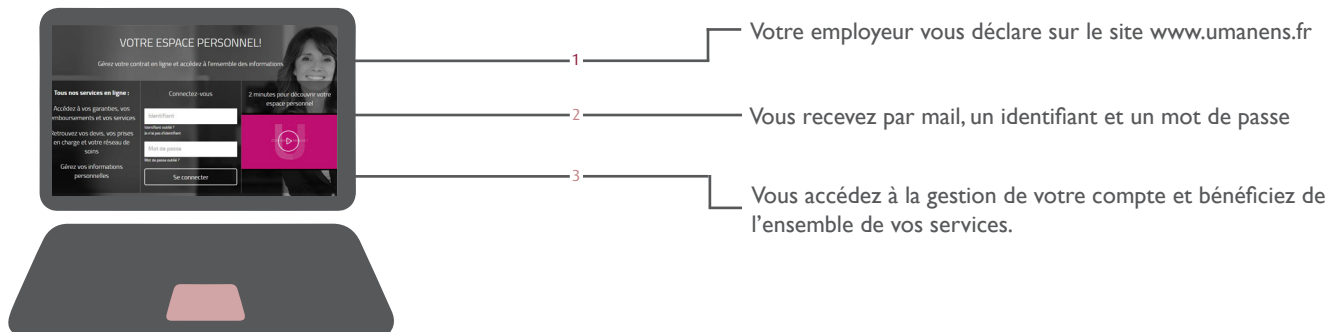
⁽²⁾ Famille : Inclut le conjoint et les enfants. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation équivalente au «salarié seul»

⁽³⁾ Famille obligatoire : Inclut le salarié, les enfants et le conjoint. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation équivalente à la «Famille obligatoire»

Vous pourrez choisir une option pour améliorer le régime obligatoire choisi par votre employeur. **Le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge.** Les cotisations pour votre ayant droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à votre charge.

BON À SAVOIR

COMMENT ACCÉDER 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.