



Régime frais de santé de votre entreprise

**CCN DES
BUREAUX D'ÉTUDES
TECHNIQUES, CABINETS
D'INGÉNIEURS-CONSEILS
ET SOCIÉTÉS DE CONSEILS
IDCC N° 1486**

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,
- ➔ d'un réseau de proximité,
- ➔ de garanties conformes au 100% santé,
- ➔ 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*
 - ➔ action collective de prévention*
 - ➔ action individuelle en cas de difficultés d'ordre sociale ou économique*
- ➔ de la souscription et des services en ligne,
- ➔ des garanties améliorées  par rapport à votre CCN (acte

- de prévention),
- ➔ d'une structure de cotisations unique pour vous, employeur, avec 4 niveaux de garanties (Base, Option 1, Option 2, Option 3),
- ➔ de garanties facultatives pour les salariés (couverture des ayants droit, souscription d'une option, ou d'une couverture surcomplémentaire non responsable, améliorant la prise en charge des honoraires en hospitalisation).

* 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 facultative pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

Régime complémentaire socle (Choix de votre garantie obligatoire) :

- ➔ Base : régime minimal
- ➔ Option 1 : régime médian avec du reste à charge sur certains postes
- ➔ Option 2 : régime amélioré avec moins de reste à charge
- ➔ Option 3 : régime haut de gamme

| SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE HOSPITALISATION | | | |
|--|---|---|--|
| OPTION 3 Option responsable | OPTION 3 Option responsable | OPTION 3 Option responsable | OPTION 3 Régime obligatoire responsable À partir de 49,25€* |
| OPTION 2 Option responsable | OPTION 2 Option responsable | | |
| OPTION 1 Option responsable | OPTION 1 Régime obligatoire responsable À partir de 30€* | OPTION 2 Régime obligatoire responsable À partir de 36,75 €* | |
| BASE Régime obligatoire responsable À partir de 25 €* | | | |

*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «salarié + Enfant(s) à charge » (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).



GRILLE DE GARANTIES

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

| | BASE | OPTION 1 (Base incluse) | OPTION 2 (Base incluse) | OPTION 3 (Base incluse) | SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE HOSPITALISATION |
|---|--|---|--|--|---|
| FRAIS D'HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ ⁽¹⁾ | | | | | |
| Frais de séjour | 175% BR | 200% BR | 200% BR | 300% BR | - |
| Honoraires OPTAM/OPTAM-CO | 195% BR | 220% BR | 220% BR | 525% BR | - |
| Honoraires Hors OPTAM/OPTAM-CO | 175% BR | 200% BR | 200% BR | 200% BR | + 200% BR |
| Forfait hospitalier ⁽²⁾ | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | - |
| Forfait actes lourds | 100% du Forfait | 100% du Forfait | 100% du Forfait | 100% du Forfait | - |
| Chambre particulière | 45 € / jour | 60 € / jour | 90 € / jour | 130 € / jour | - |
| Lit accompagnant | 45 € / jour | 60 € / jour U | 90 € / jour | 130 € / jour | - |
| Allocation maternité ou adoption (doublé en cas de naissance multiple) | - | - | - | 400 € | - |
| FRAIS MEDICAUX | | | | | |
| Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO | 100% BR | 150% BR | 220% BR | 400% BR | - |
| Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO | 100% BR | 130% BR | 200% BR | 200% BR | - |
| Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO | 195% BR | 220% BR | 300% BR | 450% BR | - |
| Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO | 175% BR | 200% BR | 200% BR | 200% BR | - |
| Pharmacie (SMR important, faible et homéopathie) | 100% BR | 100% BR | 100% BR | 100% BR | - |
| Analyses, auxiliaires médicaux | 100% BR | 100% BR | 100% BR | 100% BR | - |
| Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO | 150% BR | 170% BR | 170% BR | 250% BR | - |
| Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO | 130% BR | 150% BR | 150% BR | 200% BR | - |
| Imagerie médicale, échographie OPTAM/OPTAM-CO | 150% BR U | 170% BR U | 170% BR | 350% BR | - |
| Imagerie médicale, échographie Hors OPTAM/OPTAM-CO | 130% BR U | 150% BR U | 150% BR | 200% BR | - |
| Orthopédie et autres prothèses (hors optique et auditif) | 175% BR | 200% BR | 200% BR | 200% BR | - |
| Transport remboursé par la S.S. | 100% BR | 125% BR U | 150% BR U | 150% BR U | - |
| DENTAIRE | | | | | |
| Soins et prothèse 100% santé ⁽³⁾ | Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) | | | | |
| Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé | 150% BR | 200% BR | 200% BR | 200% BR | - |
| Onlays-Inlays | 150% BR | 200% BR | 200% BR | 200% BR | - |
| Orthodontie Remboursée par la S.S. | 250% BR | 300% BR | 350% BR | 450% BR | - |
| Orthodontie Non Remboursée par la S.S. | - | 250% BRR sur base T090 | 250% BRR sur base T090 | 350% BRR sur base T090 | - |
| Prothèses (panier libre et maîtrisé) ⁽⁴⁾ | | | | | |
| - Dents du sourire remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾ | 250% BR | 300% BR | 450% BR | 550% BR | - |
| - Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾ | 175% BR | 200% BR | 350% BR | 450% BR | - |
| - Inlays cores | 150% BR | 200% BR | 200% BR | 250% BR | - |
| Prothèses non remboursées par la S.S. (/ an / bénéficiaire) | 150 € | 200 € | 300 € | 300 € | - |
| Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie (racine et pilier dentaire) | 500 €/an | 500 €/an | 500 €/an | 800 €/an | - |
| Actes dentaires hors nomenclature : Parodontologie | - | 200 €/an | 300 €/an | 300 €/an | - |
| FRAIS OPTIQUE ⁽⁷⁾ | | | | | |
| Équipement 100% santé - verre | Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV) | | | | |
| Équipement 100% santé - monture | Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV) | | | | |
| Prestation d'adaptation et d'appariage (remboursée S.S) 100% santé | Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV) | | | | |
| Monture adulte du panier libre | Voir grille optique Base | Voir grille optique Option 1 | Voir grille optique Option 2 | Voir grille optique Option 3 | - |
| Monture enfant du panier libre | Voir grille optique Base | Voir grille optique Option 1 | Voir grille optique Option 2 | Voir grille optique Option 3 | - |
| Verres panier libre | Voir grille optique Base U | Voir grille optique Option 1 U | Voir grille optique Option 2 U | Voir grille optique Option 3 U | - |
| Prestation d'adaptation et d'appariage (remboursée S.S) panier libre | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100% BR | - |
| Lentilles prescrites remboursées (y compris jetables) | 85 €/an/bénéficiaire | 100 €/an/bénéficiaire | 200 €/an/bénéficiaire | 350 €/an/bénéficiaire | - |
| Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables) | 85 €/an/bénéficiaire | 100 €/an/bénéficiaire | 200 €/an/bénéficiaire | 350 €/an/bénéficiaire | - |
| Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire) | 600 € | 700 € | 750 € | 1 000 € | - |
| AIDE AUDITIVE | | | | | |
| Équipement 100% santé | Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV) | | | | |
| Équipement du panier libre (tous les 4 ans) | 100% BR + forfait 2 x 450 €/appareil (dans la limite du PLV/ appareil) | 100% BR + forfait 2 x 600 €/appareil (dans la limite du PLV/ appareil) | 100% BR + forfait 2 x 1000 €/appareil (dans la limite du PLV/ appareil) | 100% BR + forfait 2 x 1000 €/appareil (dans la limite du PLV/ appareil) | - |
| Accessoires et fournitures | 100% BR | 100% BR | 100% BR | 100% BR | - |
| 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, Pédiacre, Podologie, Diététique, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie...) ⁽⁸⁾ | 30€/séance - 2x/an | 30€/séance - 3x/an | 30€/séance - 4x/an | 50€/séance - 5x/an | - |
| Sevrage tabagique ⁽⁹⁾ | - | 25 €/an U | 50 €/an | 100€/an | - |
| Vaccin antigrippal ⁽⁹⁾ | 15 €/an U | 15 €/an U | 15 €/an | 70 €/an | - |
| Contraception féminine ⁽⁹⁾ | 25 €/an U | 25 €/an U | 50 €/an | 100 €/an | - |
| Équilibre alimentaire et produits diététiques ⁽⁹⁾ | 30 €/an U | 30 €/an U | 60 €/an | 60 €/an | - |
| Ostéodensitométrie osseuse ⁽⁹⁾ | - | - | 50 €/an | 100 €/an | - |
| Autres vaccins ⁽⁹⁾ | - | - | 90 €/an | 100 €/an | - |
| Assistance santé | oui | oui | oui | oui | - |

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⁾ En établissement hospitalier non conventionné, la prise en charge est limitée au remboursement du Ticket Modérateur. ⁽²⁾ Sans limitation de durée. ⁽³⁾ Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. ⁽⁴⁾ Limité à 3 prothèses / an / bénéficiaire y compris couronne sur implant. Au-delà de ce plafond, la prise en charge est limitée à 125% BR. Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. ⁽⁵⁾ Dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 21 / 22 / 23 / 24 / 31 / 32 / 33 / 34 / 41 / 42 / 43 / 44. ⁽⁶⁾ Dents n° 15 / 16 / 17 / 18 / 25 / 26 / 27 / 28 / 35 / 36 / 37 / 38 / 45 / 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). ⁽⁸⁾ 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. ⁽⁹⁾ Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée.

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 | BASE | | OPTION 1 | | OPTION 2 | | OPTION 3 | |
|---|------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | ADULTE | ENFANT | ADULTE | ENFANT | ADULTE | ENFANT | ADULTE | ENFANT |
| TYPE DE VERRE (GARANTIE PAR VERRE) | | | | | | | | | |
| Verres simple foyer, sphériques | A et C | 70 € à 90 € | 40 € à 80 € | 80 € à 100 € | 50 € à 90 € | 90 € à 110 € | 60 € à 100 € | 115 € à 140 € | 75 € à 125 € |
| Verres simple foyer, sphéro-cylindriques | A et C | 80 € à 110 € | 50 € à 100 € | 90 € à 120 € | 60 € à 110 € | 100 € à 130 € | 70 € à 120 € | 125 € à 165 € | 90 € à 150 € |
| Verres multifocaux ou progressifs sphériques | C et F | 130 € à 140 € | 105 € à 115 € | 140 € à 150 € | 115 € à 125 € | 160 € à 170 € | 125 € à 135 € | 200 € à 215 € | 155 € à 170 € |
| Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques | C et F | 150 € à 160 € | 125 € à 135 € | 160 € à 170 € | 135 € à 145 € | 180 € à 190 € | 145 € à 155 € | 225 € à 235 € | 180 € à 190 € |
| MONTURE PANIER LIBRE | | 1 MONTURE |
| Garantie | | 80 € | 60 € | 100 € | 75 € | 100 € | 100 € | 100 € | 100 € |

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

Équipement Homogène 2021

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

Équipement hétérogène 2021

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 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 des pertes d'efficacité du verre correcteur.

Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, telles que définies par arrêté.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE RESTE À CHARGE

Y COMPRIS RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE* HORS 100% SANTE

 **Frais médicaux - Consultation spécialiste OPTAM (ex : pédiatre) : dépense 90€**

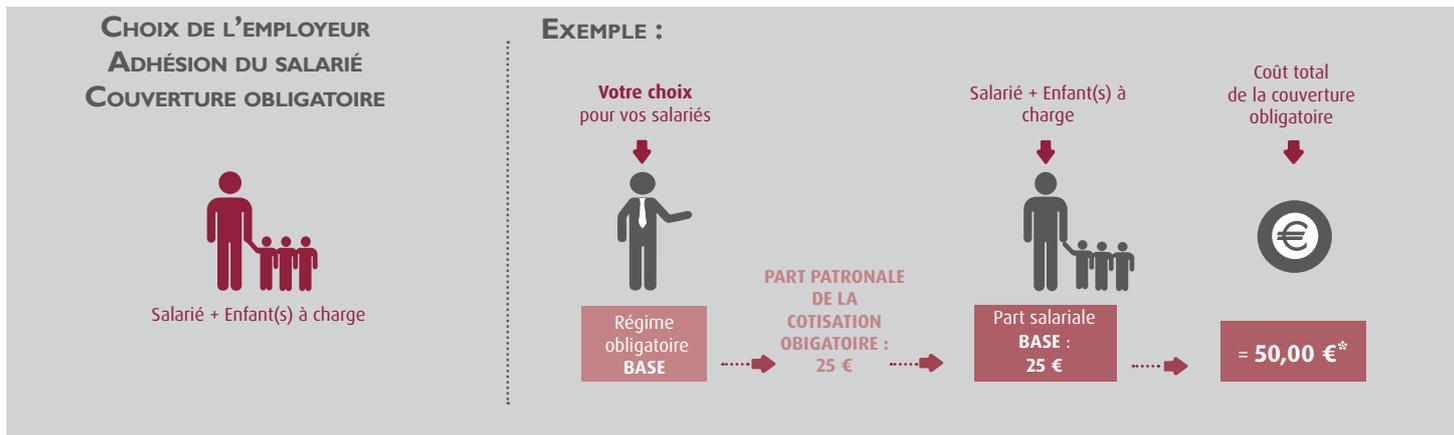
| | REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE | REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS REMBOURSEMENT SS | RESTE À CHARGE** |
|-----------------|--------------------------------|--|------------------|
| BASE | 19,60€ | 54,60 € | 35,40 € |
| OPTION 1 | 19,60€ | 61,60 € | 28,40 € |
| OPTION 2 | 19,60€ | 84,00 € | 6,00 € |
| OPTION 3 | 19,60€ | 90 € | 0,00 € |

 **Hospitalisation - Acte de chirurgie OPTAM (ex : appendicectomie) : dépense 750 €**

| | REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE | REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS REMBOURSEMENT SS | RESTE À CHARGE** |
|-----------------|--------------------------------|--|------------------|
| BASE | 187,89 € | 366,38 € | 383,62 € |
| OPTION 1 | 187,89 € | 413,36 € | 336,64 € |
| OPTION 2 | 187,89 € | 413,36 € | 336,64 € |
| OPTION 3 | 187,89 € | 750 € | 0 € |

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

** Hors 1€ du parcours de soins



VOS COTISATIONS :

| CHOIX 1 | | | | |
|---------------------------------|------------------------|----------|----------|----------|
| BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE | | | | |
| Régime général | Base | Option 1 | Option 2 | Option 3 |
| Salarié seul+Enfant(s) à charge | Part patronale 25,00 € | +12,00 € | +27,50 € | +52,50 € |
| +Conjoint | 43,50 € | +10,50 € | +23,50 € | +46,50 € |

EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

Le régime collectif souscrit par l'entreprise est la **BASE**

Si vous choisissez de prendre la cotisation de **Base** pour votre entreprise, il sera possible pour vos salariés d'y ajouter une option facultative (**Option 1, 2 ou 3**) et/ou de couvrir leurs ayants droit.

| CHOIX 2 | | | |
|---------------------------------|------------------------|----------|----------|
| OPTION 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE | | | |
| Régime général | Option 1 | Option 2 | Option 3 |
| Salarié seul+Enfant(s) à charge | Part patronale 30,00 € | +15,50 € | +40,50 € |
| +Conjoint | +54,00 € | +13,00 € | +36,00 € |

| CHOIX 3 | | |
|---------------------------------|------------------------|----------|
| OPTION 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE | | |
| Régime général | Option 2 | Option 3 |
| Salarié seul+Enfant(s) à charge | Part patronale 36,75 € | +25,00 € |
| +Conjoint | +67,00 € | +23,00 € |

| CHOIX 4 | |
|---------------------------------|------------------------|
| OPTION 3 = RÉGIME OBLIGATOIRE | |
| Régime général | Option 3 |
| Salarié seul+Enfant(s) à charge | Part patronale 49,25 € |
| +Conjoint | +90,00 € |

| SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE HOSPITALISATION | |
|---|--------|
| Salarié seul+Enfant(s) à charge | 1,75 € |
| +Conjoint | 1,50 € |

EXEMPLE :

CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

Base ➔ Option 1 + EXTENSION DU CONJOINT

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE (PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE : 25,00 * 2 = 50,00 €

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES 50,00 € ET LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :


Salarié + Enfant(s) à charge
Soit +12,00€

OU


Salarié + Enfant(s) à charge/Conjoint
Soit +66,00€
43,50€ + (12,00€ + 10,50€)



**ACCÉDEZ À VOS SERVICES EN LIGNE !
sur : www.umanens.fr**

- ➔ Gérez vos salariés : affiliation, modification, radiation, droit d'accès et habilitation
- ➔ Importez 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.