



**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 **U** 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 prestations d'assistance et de prévention, 24h/24 et 7j/7,
- ➔ 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 » (2023).



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'appairage (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'appairage (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. 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 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).

⁽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	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	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	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 2023

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 2023

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.





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**.

 **MODE D'EMPLOI DE VOS COTISATIONS EN € POUR 2023 (RÉGIME GÉNÉRAL)**

**CHOIX DE L'EMPLOYEUR
ADHÉSION DU SALARIÉ
COUVERTURE OBLIGATOIRE**



Salarier + Enfant(s) à charge

EXEMPLE :

Votre choix
pour vos salariés



Régime
obligatoire
BASE

Salarier + Enfant(s)
à charge



Part salariale
BASE :
25 €

PART PATRONALE
DE LA
COTISATION
OBLIGATOIRE :
25 €

Coût total
de la couverture
obligatoire



= 50,00 €^{**}



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.