



**Votre régime  
frais de santé**

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

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


**umanens**  
L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR  
LES MUTUELLES MEMBRES

Umanens accompagne les salariés relevant de la Convention Collective Nationale des Bureaux d'Études Techniques, Cabinets d'Ingénieurs-Conseils et Sociétés de Conseils. Nous vous proposons des options permettant d'améliorer votre complémentaire frais de santé.



### AVEC UMANENS, VOUS ÊTES CERTAINS DE BÉNÉFICIER...

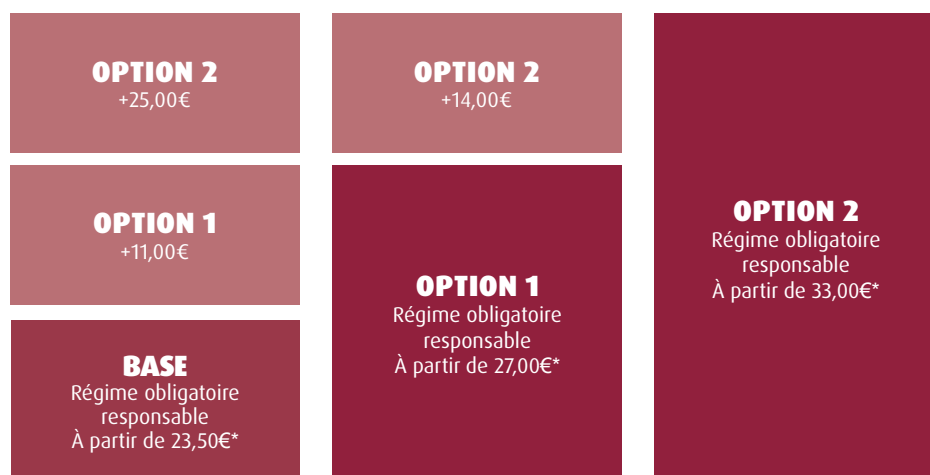
- d'une couverture conforme à votre CCN,
- d'un réseau de proximité,
- de garanties conformes au 100% santé,
- d'exonération des charges salariales sur vos cotisations (sauf CSG et CRDS),
- du bénéfice du haut degré de solidarité qui permet la prise en charge de la part salariale de la cotisation\*
  - 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, avec 3 niveaux de garanties (Base, Option 1 ou Option 2), 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



### UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOUS

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



#### Option pour vous

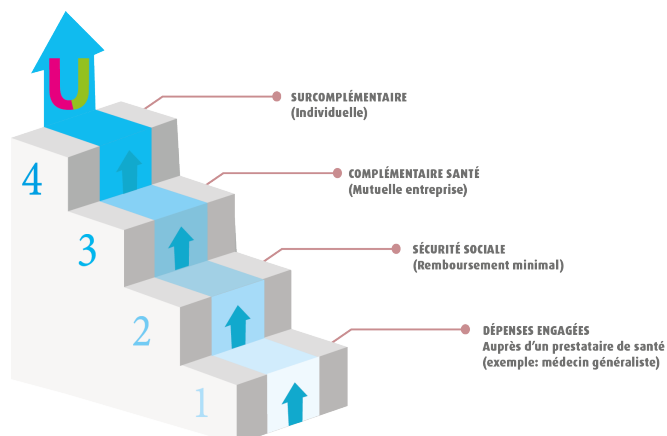
➤ Selon le régime collectif obligatoire mis en place par votre entreprise, vous pouvez souscrire une option facultative pour vous-mêmes et vos ayants droit.

#### Régime complémentaire 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

\*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «salarié + Enfant(s) à charge » (2020).

➤ 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



# GRILLE DE GARANTIES

 FRAIS D'HOSPITALISATION	BASE	OPTION 1 (Base incluse)	OPTION 2 (Base incluse)
<b>Chirurgie - Hospitalisation</b>			
Frais de séjour	175% BR	200% BR	200% BR
Honoraires - OPTAM/OPTAM-CO	195% BR	220% BR	220% BR
Honoraires - Hors OPTAM/OPTAM-CO	175% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait
Chambre particulière	100% FR limité à 45 €/J	100% FR limité à 60 €/J	100% FR limité à 90 €/J
Personne accompagnante	10€/J	10€/J	20€/J
<b>FRAIS MEDICAUX</b>			
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	220% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	200% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	195% BR	220% BR	300% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	175% BR	200% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	170% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	170% BR	170% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	150% BR
Orthopédie et autres prothèses <sup>(2)</sup>	100% BR	145% BR	170% BR
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	125% BR	150% BR
<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 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	150% BR	200% BR	200% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	250% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie Non Remboursée par la S.S.	-	250% de la BRR sur base T090	250% de la BRR sur base T090
Prothèses (panier libre et maîtrisé) <sup>(4)</sup>	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation		
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		
Inlay / Onlay	150% BR	200% BR	200% BR
Dents du sourire remboursées par la S.S. <sup>(5)</sup>	250% BR	300% BR	450% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	175% BR	200% BR	350% BR
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie (implant et pilier dentaire)	500 €	500€	500€
Actes dentaires hors nomenclature : Parodontologie	-	200€	300€
<b>FRAIS OPTIQUE</b>			
Equipelement 100% santé - verre	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipelement 100% santé - monture	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Monture adulte du panier libre	Voir grille optique Base conventionnelle	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION 1	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION 2
Monture enfant du panier libre	Voir grille optique Base conventionnelle	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION 1	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION 2
Verres panier libre	Voir grille optique Base conventionnelle	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION 1	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION 2
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles prescrites remboursées (y compris jetables)	100%BR + 85 €/an/bénéficiaire	100% BR + 100 €/an/bénéficiaire	300€/œil/an
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables)	85 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	600 €	700 €	750 €
<b>AIDE AUDITIVE</b>			
Equipelement 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipelement 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 750 €/appareil (dans la limite du PLV/appareil)
<b>PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES</b>			
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100% BR	100% BR	100% BR
Médecines douces reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Podologie, Diététique, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie...)	U 25€/ séance - 2x/an	U 25€/ séance - 3x/an	30€/ séance - 4x/an
Patch anti-tabac	-	U 25 €/an	50 €/an
Vaccin antigrippal	U 15 €/an	U 15 €/an	15 €/an
Contraception féminine	U 25 €/an	U 25 €/an	50 €/an
Diététique (sous prescription non prise en charge par la S.S)	U 30 €/an	U 30 €/an	60 €/an
Ostéodensitométrie osseuse	-	25 €/an	50 €/an
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	90 €/an

**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

GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIES	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
		ENFANT PAR VERRE	ADULTE PAR VERRE	ENFANT PAR VERRE	ADULTE PAR VERRE	ENFANT PAR VERRE	ADULTE PAR VERRE
<b>Verres simple foyer, sphériques</b>							
sphère comprise entre -6 à +6	A	40,00€	70,00€	50,00€	80,00€	60,00€	115,00€
sphère hors zone - 6 à +6	C	80,00€	90,00€	90,00€	100,00€	100,00€	135,00€
<b>Verres simple foyer, sphéro-cylindriques</b>							
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	50,00€	80,00€	60,00€	90,00€	70,00€	125,00€
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	50,00€	80,00€	60,00€	90,00€	70,00€	125,00€
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	90,00€	100,00€	100,00€	110,00€	110,00€	145,00€
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	80,00€	90,00€	90,00€	100,00€	100,00€	135,00€
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	100,00€	110,00€	110,00€	120,00€	120,00€	155,00€
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphériques</b>							
sphère comprise entre -4 à +4	F	105,00€	130,00€	115,00€	140,00€	125,00€	185,00€
sphère hors zone de -4 à + 4	F	115,00€	140,00€	125,00€	150,00€	135,00€	195,00€
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques</b>							
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	F	125,00€	150,00€	135,00€	160,00€	145,00€	205,00€
sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	F	125,00€	150,00€	135,00€	160,00€	145,00€	205,00€
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	125,00€	150,00€	135,00€	160,00€	145,00€	205,00€
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	135,00€	160,00€	145,00€	170,00€	155,00€	215,00€
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	135,00€	160,00€	145,00€	170,00€	155,00€	215,00€
<b>MONTURE PANIER LIBRE</b>		<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>
<b>Garantie</b>		60€	80€	75€	100€	100€	100€

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

### Équipement Homogène 2020

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 mixte 2020

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.

EN COMPLÉMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE\* HORS 100% SANTE

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE	19,60€	35,00€	5,40€
OPTION 1	19,60€	40,40€	0€
OPTION 2	19,60€	40,40€	0€

 Optique - Equipement optique simple (verres + monture) : dépense 450€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE	4,44€	220€	225,56€
OPTION 1	4,44€	260€	185,56€
OPTION 2	4,44€	330€	115,56€

 Chirurgie réfractive - Opération des 2 yeux : dépense 1800€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE	0€	1200€	600,00€
OPTION 1	0€	1400€	400,00€
OPTION 2	0€	1500€	300,00€

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

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT SURCOMPLÉMENTAIRE UMANENS :

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE (RAC <sup>o</sup> )
SOCLE	187,89€	178,50€	283,61€
REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE + SURCOMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SECURITÉ SOCIALE			
RENFORT 1	187,89€	507,31€	142,70€
RENFORT 2	187,89€	563,85€	86,33€
RENFORT 3	187,89€	620,04€	29,96€
RENFORT 4	187,89€	620,04€	29,96€

\* Exemples à titre illustratif, pour indiquer le fonctionnement d'une surcomplémentaire



## CHOIX D'OPTION MODE D'EMPLOI

### CE QU'IL FAUT SAVOIR POUR SOUSCRIRE UNE OPTION :

1

Se rapprocher de son employeur, afin de déterminer quel niveau de garanties il a choisi pour l'entreprise.

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+Enfant(s) à charge



Salarié + Enfant(s) à charge

##### COUVERTURE FACULTATIVE

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

➔ Structure Salarié+Enfant(s)/Conjoint



Salarié/Enfant(s)



Salarié/Conjoint/Enfant(s)



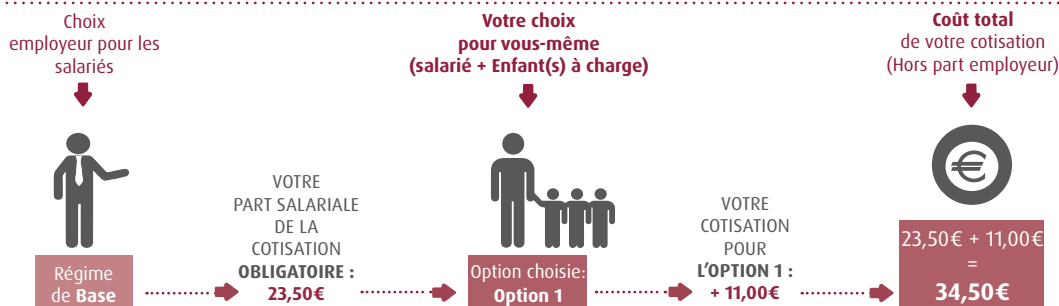
## COMPRENDRE VOS COTISATIONS POUR LES GARANTIES FACULTATIVES : EXEMPLES

Si votre employeur a choisi de prendre le régime de Base pour l'entreprise, il vous est possible d'y ajouter pour vous et vos ayants droit les options 1 ou 2.

CHOIX 1			
BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE			
Régime général	Base	Option 1	Option 2
Salarié + Enfant(s) à charge	Part salariale : 23,50€	+11,00€	+25,00€
+ Conjoint (facultatif)	+32,00€	+8,00€	+18,00€

#### EXEMPLE :

Votre employeur a choisi la **Base** comme régime obligatoire, vous souhaitez prendre l'**option 1** comme option :

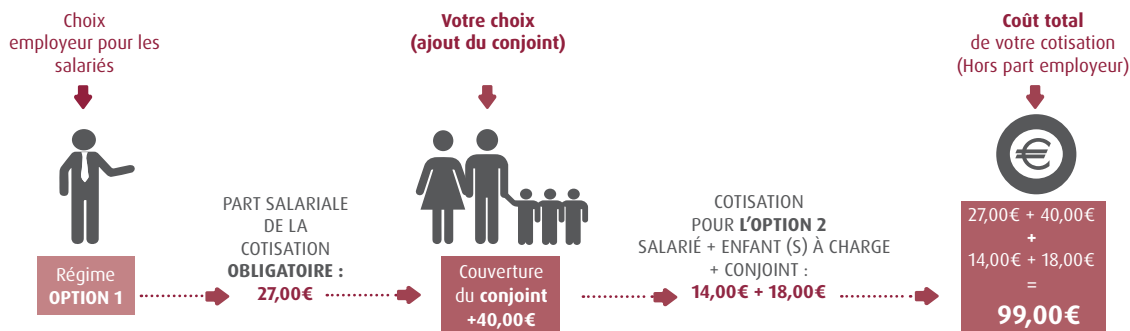


Si votre employeur a choisi de prendre la cotisation Base, option 1 ou 2 pour l'entreprise, il vous est possible d'y affilier votre conjoint, ainsi que d'améliorer votre protection.

CHOIX 2		
OPTION 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	OPTION 1	OPTION 2
Salarié + Enfant(s) à charge	Part salariale : 27,00€	+14,00€
+ Conjoint (facultatif)	+40,00€	+18,00€

#### EXEMPLE :

Votre employeur a choisi l'**option 1** comme régime obligatoire, vous souhaitez prendre l'**option 2**, ainsi qu'affilier un ayant droit (conjoint).





## EXEMPLE POUR UN SALARIÉ+ENFANT(S) À CHARGE (RÉGIME GÉNÉRAL)

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

Cotisation : 47,00€/2 = **23,50€**

Part salariale : **23,50€**

CHOIX 1			
BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE			
Régime général	BASE	OPTION 1	OPTION 2
Salarié seul + Enfant(s) à charge	Part salariale 23,50€	+11,00€	+25,00€
+Conjoint	+32,00€	+8,00€	+18,00€

CHOIX 2		
OPTION 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	OPTION 1	OPTION 2
Salarié seul + Enfant(s) à charge	Part salariale 27,00€	+14,00€
+Conjoint	+40,00€	+18,00€

CHOIX 3	
OPTION 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE	
Régime général	OPTION 2
Salarié seul + Enfant(s) à charge	Part salariale 33,00€
+Conjoint	+50,00€

Vous pourrez choisir une option (option 1 ou 2) pour améliorer le régime obligatoire (base, option 1 ou option 2) 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 ?



1 — Votre employeur vous déclare sur le site [www.umanens.fr](http://www.umanens.fr)

2 — Vous recevez par mail, un identifiant et un mot de passe

3 — Vous accédez à la gestion de votre compte et bénéficiez de l'ensemble de vos services.



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