



**Votre régime  
frais de santé**

**CCN DES MISSIONS  
LOCALES ET PAIO  
IDCC N°2190**


[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 Missions Locales et PAIO. 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,
- des garanties améliorées  par rapport à votre CCN (pharmacie, optique, ...),
- d'un niveau intermédiaire élaboré par Umanens,
- d'une structure de cotisations compétitive, avec 3 niveaux de garanties (Base, Option 1, Option 2)
- de garanties facultatives pour vous (couverture de vos ayants droit et souscription d'options),
- du Tiers payants national pour vos salariés.



### UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOUS

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

<b>OPTION 2</b> +18,85€*	<b>OPTION 2</b> +18,85€*
<b>OPTION 1</b> +13,94€*	<b>OPTION 1</b> Socle obligatoire responsable À partir de 32,39€*
<b>BASE</b> Socle obligatoire responsable À partir de 26,57€*	

#### Option pour vous

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

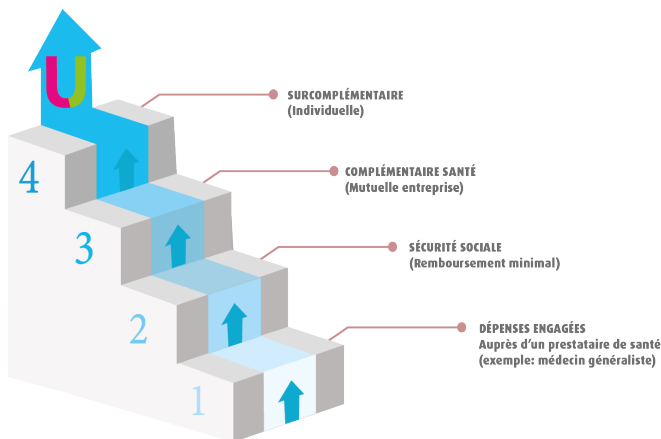
#### Régime complémentaire Santé

(Choix de votre garantie obligatoire) :

- Base : régime minimal
- Option 1 : régime avec reste à charge sur certains postes
- Option 2 : régime avec peu de reste à charge

\*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «salarié isolé», en % du PMSS (Valeur 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

#### ➤ 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 €



 FRAIS D'HOSPITALISATION	BASE	 OPTION 1 (Y compris Socle de Base)	OPTION 2 (Y compris Socle de Base)
<b>Chirurgie - Hospitalisation</b>			
Frais de séjour	100% FR	100% FR	100% FR
Honoraires OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	250% BR	300% BR
Honoraires Hors OPTAM/OPTAM-CO	180% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier <sup>(1)</sup>	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière	2% PMSS / J	2,5% PMSS / J	3% PMSS / J
Lit accompagnant (enfant moins de 16 ans)	1,5% PMSS / J	2% PMSS / J	 2,5% PMSS / J
Maternité : allocation forfaitaire naissance ou adoption	5% PMSS	10% PMSS	15% PMSS
<b> FRAIS MEDICAUX</b>			
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	200% BR	250% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	180% BR	200% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	250% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	180% BR	180% BR	200% BR
Analyses médicales, travaux de laboratoire	200 % BR	200% BR	250% BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	150% BR	200% BR	250% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	200% BR	250% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR	180% BR	200% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	200% BR	250% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	200% BR
Orthopédie, autres prothèses, appareillage <sup>(2)</sup>	180% BR	200% BR	250% BR
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR
<b> PHARMACIE</b>			
Pharmacie (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR
Pilules non remboursées par la S.S.	 50€/an/bénéficiaire	60€/an/bénéficiaire	70 €/an/bénéficiaire
Traitement des addictions médicalement prescrites et non remboursées par la S.S.	 30€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
<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	250% BR
Onlays-Inlays	200% BR	200% BR	300% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	230% BR/semestre	280% BR/semestre	330% BR/semestre
Orthodontie Non Remboursée par la S.S.	150% BRR/semestre	200% BRR/semestre	250% BRR/semestre
Prothèses (panier libre et maîtrisé) <sup>(4)</sup>			
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. <sup>(5)</sup>	250% BR	275% BR	300% BR
Dents du sourire non remboursées par la S.S. <sup>(5)</sup>	150% BRR	200% BRR	250% BRR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	250% BR	275% BR	300% BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	150% BRR	200% BRR	250% BRR
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie (implant et pilier dentaire)	300€/an/bénéficiaire	400€/an/bénéficiaire	500€/an/bénéficiaire
Actes dentaires hors nomenclature : Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire et lambeau)	 120€/an/bénéficiaire	175€/an/bénéficiaire	200€/an/bénéficiaire
<b> FRAIS OPTIQUE</b>			
Equipement 100% santé - verre	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipement 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 ou non (y compris jetables)	 3% PMSS	4% PMSS	5% PMSS
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	 15% PMSS	18% PMSS	20% PMSS
<b> AIDE AUDITIVE</b>			
Equipement 100% santé *	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipement du panier libre (tous les 4 ans)	200% BR	225% BR	250% BR
<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...)	1% PMSS/séance (Limité à 4 séances/an/bénéficiaire)	1,5% PMSS/séance (limité à 4 séances/an/bénéficiaire)	1,5% PMSS/séance(Limité à 5  séances/an/bénéficiaire)
Cures thermales acceptées par la S.S.	10% PMSS	10% PMSS	15% PMSS
Assistance Santé	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.

<sup>(1)</sup> 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. <sup>(2)</sup> 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». <sup>(3)</sup> Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. <sup>(4)</sup> : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. <sup>(5)</sup> : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45. <sup>(6)</sup> : 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
TYPE DE VERRE		1 EQUIPEMENT 2V+1M EN % PMSS	1 EQUIPEMENT 2V+1M EN % PMSS	1 EQUIPEMENT 2V+1M EN % PMSS
<b>Verres simple foyer, sphériques</b>				
sphère comprise entre -6 à +6	A	1,90%	1,90%	2,70%
sphère hors zone - 6 à +6	C	2,90%	2,90%	4,00%
<b>Verres simple foyer, sphéro-cylindriques</b>				
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	2,20%	2,20%	3,00%
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	3,20%	3,20%	4,20%
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	3,20%	3,20%	4,20%
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	3,50%	3,50%	4,80%
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	3,50%	3,50%	4,80%
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphériques</b>				
sphère comprise entre -4 à +4	C	4,00%	4,00%	5,40%
sphère hors zone de -4 à + 4	F	4,50%	4,50%	6,10%
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques</b>				
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	5,00%	5,00%	6,70%
sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	5,00%	5,00%	6,70%
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	5,00%	5,00%	6,70%
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	5,40%	5,40%	7,40%
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	5,40%	5,40%	7,40%
<b>MONTURE PANIER LIBRE</b>		<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>	<b>1 MONTURE</b>
<b>Garantie</b>		60€	75€	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 sphère cylindrique sphère hors zone - 8 + 8

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphère 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% SANTÉ**

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

RÉGIME CHOISI	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS S.S	RESTE À CHARGE
BASE	187,89€	187,89€	274,22€
OPTION 1	187,89€	281,84€	180,28€
OPTION 2	187,89€	375,78€	86,33€

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

RÉGIME CHOISI	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS S.S	RESTE À CHARGE
BASE	4,44€	220,71€	233,73€
OPTION 1	4,44€	237,26€	217,18€
OPTION 2	4,44€	306,79€	147,65€

 Chirurgie réfractive - Opération des 2 yeux : dépense 1800€

RÉGIME CHOISI	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS S.S	RESTE À CHARGE
BASE	0€	993,30€	806,70€
OPTION 1	0€	1 191,96€	608,04€
OPTION 2	0€	1 324,40€	475,60€

\*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>2</sup> )
SOCLE	187,89€	187,89€	462,11€
REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE + SURCOMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ 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€

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE (RAC <sup>2</sup> )
SOCLE	16,10€	22,40€	37,60€
REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE + SURCOMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE			
RENFORT 1	16,10€	39,10€	20,90€
RENFORT 2	16,10€	46,00€	14,00€
RENFORT 3	16,10€	57,50€	2,50€
RENFORT 4	16,10€	60,00€	0€

\* 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 à titre obligatoire.

### STRUCTURE DE COTISATION :

#### COUVERTURE OBLIGATOIRE

#### CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR

➔ Structure Salarié Isolé/Famille



Salarié seul (Isolé)



Salarié/Conjoint/Enfant(s) (Famille)

#### COUVERTURE FACULTATIVE DU SALARIÉ

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

➔ Structure Salarié Isolé/Famille/Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale



Salarié (Isolé)



Salarié/Conjoint/Enfant(s) (Famille)



Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale



## COMPRENDRE VOS COTISATIONS POUR LES GARANTIES FACULTATIVES : EXEMPLES

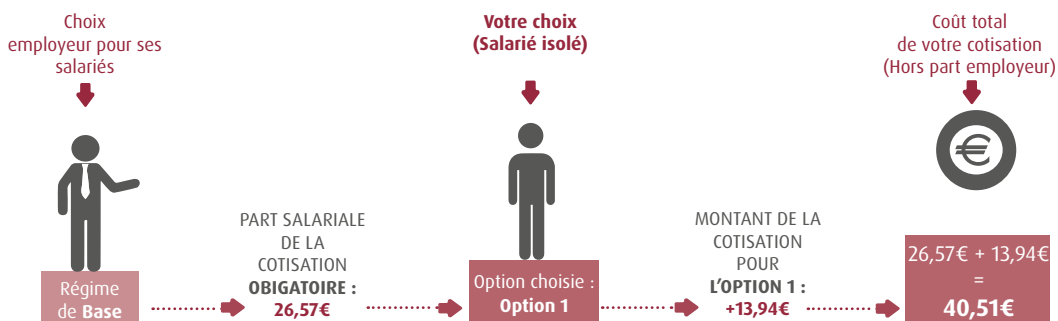
Si votre employeur a choisi de prendre la cotisation de Base pour l'entreprise, il vous est possible d'y ajouter pour vous et vos ayants droit une option.

### CHOIX 1 : Base = RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime général	BASE		Option 1		Option 2	
Salarié Isolé	1,55%	Part salariale : 26,57€	+0,41%	Soit +13,94 €	+0,55%	Soit +18,85 €
Famille	2,81%	Part salariale : 48,16€	+0,54%	Soit +18,55 €	+1,01%	Soit +34,62 €
+Conjoint non à charge de la sécurité sociale (facultatif)	+1,70%	Soit +58,28€	+0,45%	Soit +15,29 €	+0,61%	Soit +20,91 €

#### EXEMPLE :

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



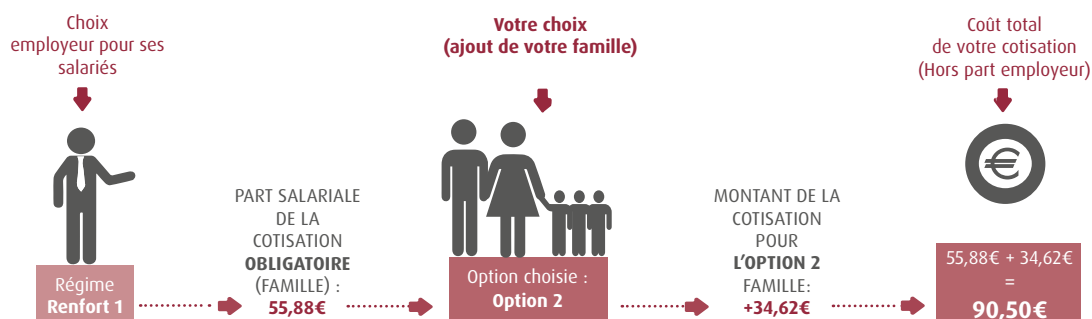
Si votre employeur a choisi de prendre la cotisation Base ou l'Option 1 pour l'entreprise, il vous est possible d'y affilier votre conjoint ou/et vos enfants, ainsi que d'améliorer votre protection.

### CHOIX 2 : Option 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime général	Option 1		Option 2	
Salarié Isolé	1,89%	Part salariale : 32,39€	+0,55%	Soit +18,85 €
Famille	3,26%	Part salariale : 55,88€	+1,01%	Soit +34,62 €
+Conjoint non à charge de la sécurité sociale (facultatif)	+2,07%	Soit +70,96€	+0,61%	Soit +20,91 €

#### EXEMPLE :

Votre employeur a choisi l'**Option 1** comme régime obligatoire, vous souhaitez prendre l'**Option 2**, comme option :



**EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)**

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

Calcul des cotisations :  $(1,55\% \times 3428)/100 = 53,13\text{€}$

Cotisation :  $52,34\text{€}/2 = 26,57\text{€}$ .

Part salariale : **26,57€**

CHOIX 1 : Base = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	BASE		Option 1		Option 2	
Salarié Isolé	1,55%	Part salariale : 26,57€	+0,41%	Soit +13,94 €	+0,55%	Soit +18,85 €
Famille	2,81%	Part salariale : 48,16€	+0,54%	Soit +18,55 €	+1,01%	Soit +34,62 €
+Conjoint non à charge de la sécurité sociale (facultatif)	+1,70%	Soit +58,28€	+0,45%	Soit +15,29 €	+0,61%	Soit +20,91 €

CHOIX 2 : Option 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	Option 1		Option 2	
Salarié Isolé	1,89%	Part salariale : 32,39€	+0,55%	Soit +18,85 €
Famille	3,26%	Part salariale : 55,88€	+1,01%	Soit +34,62 €
+Conjoint non à charge de la sécurité sociale (facultatif)	+2,07%	Soit +70,96€	+0,61%	Soit +20,91 €

CHOIX 3 : Option 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	Option 2	
Salarié Isolé	2,01%	Part salariale : 34,45€
Famille	3,65%	Part salariale : 62,56€
+Conjoint non à charge de la sécurité sociale (facultatif)	+2,21%	Soit +75,76€

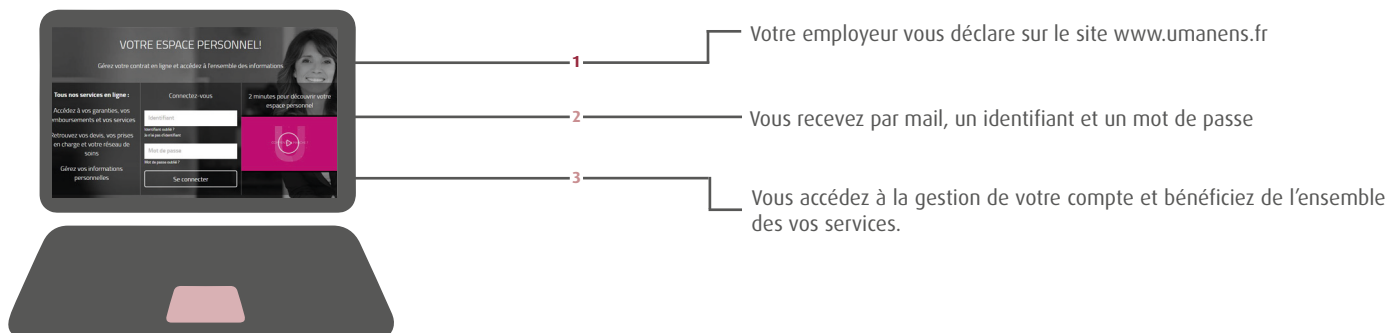
\*Inclut le salarié, les enfants et le conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale.

Le montant des cotisations exprimé en € est donné à titre indicatif, il fait l'objet d'un arrondi opéré par le déléguataire de gestion en fonction de l'évolution du PMSS.

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 choisis, 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... !



#### Contacter 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.