



**Votre régime
frais de santé**

**CCN
DES ACTEURS DU LIEN
SOCIAL ET FAMILIAL
IDCC N° 1261**


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 Acteurs du lien social et familial. Nous vous proposons des options permettant d'améliorer votre régime complémentaire frais de santé.

AVEC UMANENS, VOUS ÊTES CERTAINS DE BÉNÉFICIER...

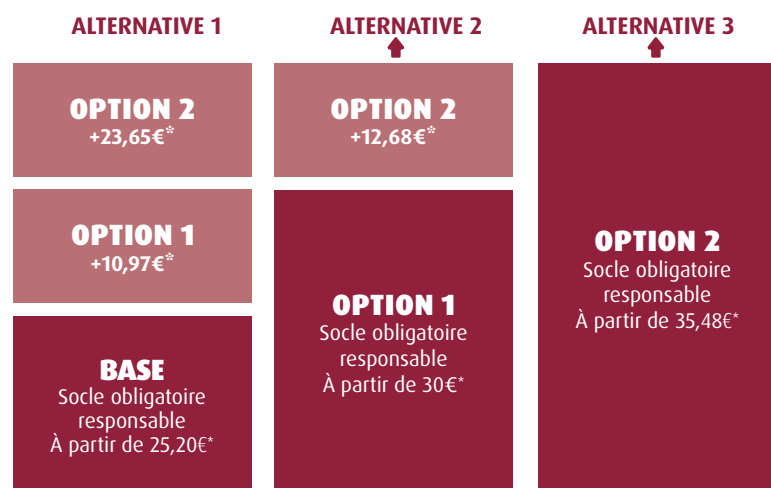
- ➔ d'une couverture conforme à votre CCN,
- ➔ d'un réseau de proximité,
- ➔ de garanties conformes au 100% santé,
- ➔ du bénéfice du haut degré de solidarité qui permet la prise en charge de la part salariale de la cotisation* :
 - ➔ des apprentis bénéficiaires d'un CDD de moins de 12 mois,
 - ➔ des salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de la rémunération brute,
- ➔ de la souscription et des services en ligne,
- ➔ de garanties améliorées  par rapport à votre CCN
- ➔ (Frais médicaux, dentaire, optique, bien être ...)
- ➔ de prestations d'assistance (prévention du stress au travail, garanties en cas d'hospitalisation, etc.),
- ➔ d'une structure de cotisation unique pour votre, employeur,
- ➔ 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

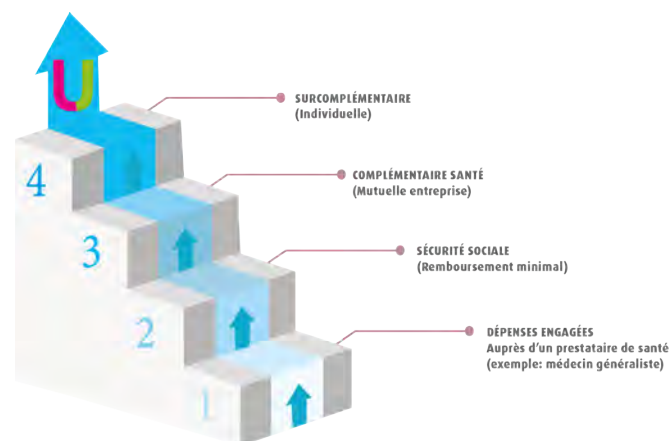
➔ Selon le régime collectif obligatoire mis en place par votre entreprise, vous pourrez souscrire une option facultative pour vous-mêmes et vos ayants droit.

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 seul», en Euros (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 €



	ALTERNATIVE 1	ALTERNATIVE 2	ALTERNATIVE 3
	BASE	Option 1 (Base incluse)	Option 2 (Base incluse)
FRAIS D'HOSPITALISATION			
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour	200% BR	250% BR	300% BR
Honoraires OPTAM/OPTAM-CO	220% BR	Ⓢ 250% BR	Ⓢ 300% BR
Honoraires Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière - Secteur conventionné	2% PMSS / J	3% PMSS / J	3% PMSS / J
Chambre particulière - Secteur non conventionné	-	-	3% PMSS / J
Frais d'accompagnement conventionnés	1,5% PMSS	1,5% PMSS	1,5% PMSS
Frais d'accompagnement non conventionnés	-	-	1,5% PMSS
FRAIS MÉDICAUX			
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	Ⓢ 150% BR	220% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	Ⓢ 130% BR	200% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	220% BR	Ⓢ 250% BR	Ⓢ 300% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	200% BR
Analyses et frais de laboratoire	100% BR	Ⓢ 150% BR	Ⓢ 200% BR
Auxiliaires médicaux (dont frais de déplacement)	100% BR	150% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	Ⓢ 175% BR	225% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	Ⓢ 150% BR	Ⓢ 200% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	Ⓢ 120% BR	Ⓢ 150% BR	Ⓢ 200% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	Ⓢ 100% BR	Ⓢ 130% BR	Ⓢ 180% BR
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	200% BR	225% BR	300% BR
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR
PHARMACIE			
Remboursée par la S.S. (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR
Non remboursée par la S.S. (SMR important, faible et homéopathie)	1,5% PMSS	1,5% PMSS	3% PMSS
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	Ⓢ 150% BR	Ⓢ 200% BR
Onlays-Inlays	Ⓢ 175% BR	Ⓢ 225% BR	250% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	275% BR	Ⓢ 300% BR	350% BR
Orthodontie Non remboursée par la S.S.	-	-	250% BR
Prothèses (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maitrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) ⁽⁴⁾	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation		
Panier maitrisé	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 Cores	200% BR	200% BR	250% BR
Dents du sourire remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾	Ⓢ 380% BR	Ⓢ 480% BR	Ⓢ 500% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	Ⓢ 280% BR	Ⓢ 330% BR	Ⓢ 380% BR
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie (implant et pilier dentaire)	Ⓢ 5% PMSS	12% PMSS	15% PMSS
Actes dentaires hors nomenclature : Parodontologie	Ⓢ 2% PMSS	Ⓢ 4% PMSS	Ⓢ 6% PMSS
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)		
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 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)	Ⓢ 5% PMSS/an/bénéficiaire	Ⓢ 7% PMSS/an/bénéficiaire	Ⓢ 8% PMSS/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	22% PMSS	22% PMSS	32% PMSS
AIDE AUDITIVE			
Equipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipement du panier libre (tous les 4 ans)	10% PMSS (Couverture du TM pour les moins de 20 ans)	20% PMSS (dans la limite du PLV)	30% PMSS (dans la limite du PLV)
PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES			
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)	3x25€	5x30€	5x50€
Sevrage tabagique (patch anti tabac) remboursé par la S.S.	2% PMSS	2% PMSS	4% PMSS
Cure thermale (hors thalassothérapie) remboursée par la S.S	Ⓢ 5% PMSS + 100 €	Ⓢ 10% PMSS + 100€	Ⓢ 10% PMSS + 100€
Ostéodensitométrie remboursée ou non par la S.S. (par an/bénéficiaire)	Ⓢ 50 €	Ⓢ 75 €	100 €

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⁾ 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. ⁽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)

		BASE		OPTION 1		OPTION 2	
TYPE DE VERRE	CATEGORIE	VERRE		VERRE		VERRE	
		2020	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
Verres simple foyer, sphériques							
sphère comprise entre -6 à +6	A	55,00€	90,00€	60,00€	115,00€	85,00€	150,00€
sphère hors zone - 6 à +6	C	95,00€	140,00€	100,00€	155,00€	125,00€	190,00€
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques							
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	65,00€	100,00€	70,00€	125,00€	95,00€	160,00€
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	85,00€	150,00€	90,00€	165,00€	115,00€	200,00€
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	105,00€	150,00€	110,00€	165,00€	135,00€	200,00€
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	85,00€	125,00€	90,00€	145,00€	115,00€	180,00€
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	125,00€	165,00€	130,00€	185,00€	155,00€	220,00€
Verres multifocaux ou progressifs sphériques							
sphère comprise entre -4 à +4	C	115,00€	175,00€	120,00€	205,00€	170,00€	275,00€
sphère hors zone de -4 à + 4	F	135,00€	190,00€	140,00€	225,00€	190,00€	295,00€
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques							
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	145,00€	195,00€	150,00€	235,00€	200,00€	305,00€
sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	145,00€	195,00€	150,00€	235,00€	200,00€	305,00€
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	145,00€	195,00€	150,00€	235,00€	200,00€	305,00€
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	165,00€	215,00€	170,00€	255,00€	220,00€	325,00€
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	165,00€	215,00€	170,00€	255,00€	220,00€	325,00€
TYPE DE VERRE							
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	plafond : contrat responsable					
	D	plafond : contrat responsable					
	E	plafond : contrat responsable					
MONTURE PANIER LIBRE		1 MONTURE		1 MONTURE		1 MONTURE	
Garantie		90€	100€	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 ET MEDECINE DE VILLE

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE	187,89€	225,47 €	236,64€
BASE + OPTION 1	187,89€	281,83€	180,27€
BASE + OPTION 2	187,89€	375,78€	86,33€

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

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

FRAIS D'OPTIQUE

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE	4,44€	280,00€	165,56€
BASE + OPTION 1	4,44€	330,00€	115,56€
BASE + OPTION 2	4,44€	400,00€	45,56€

*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*)
SOCLE	187,89€	225,47 €	236,64€
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

Vous pouvez choisir une option (1 ou 2) selon vos besoins pour améliorer le niveau de garantie 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



Salarié seul

COUVERTURE FACULTATIVE

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

Structure Salarié/Conjoint/Enfant(s)



Salarié seul



Salarié/Conjoint



Salarié/Enfant



Salarié/Conjoint/Enfant(s)



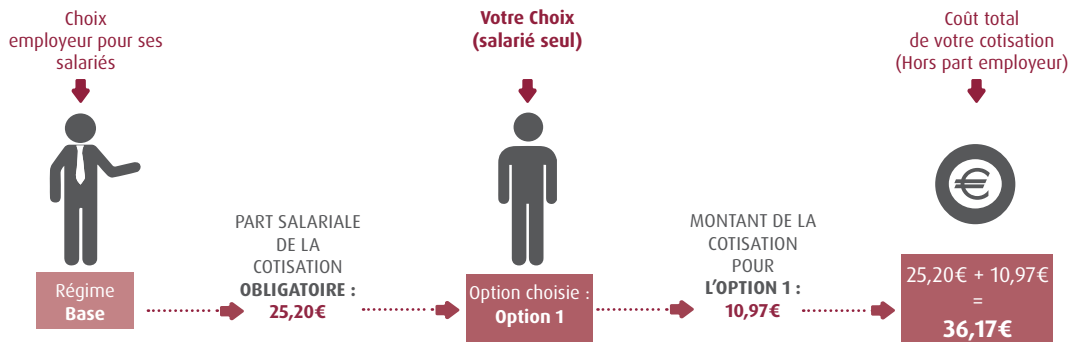
COMPRENDRE VOS COTISATIONS POUR LES GARANTIES FACULTATIVES : EXEMPLES

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

ALTERNATIVE 1						
BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Base	Option 1		Option 2		
Salarié seul	1,47%	Part salariale : 25,20 €	+0,32%	Soit +10,97 €	+0,69%	Soit +23,65 €
+Conjoint	+1,47%	Soit +50,39 €	+0,32%	Soit +10,97 €	+0,69%	Soit +23,65 €
+Enfant	+0,66%	Soit +22,62 €	+0,15%	Soit +5,14 €	+0,30%	Soit +10,28 €

EXEMPLE :

Votre employeur a choisi la **base** comme régime obligatoire, vous souhaitez améliorer votre garantie avec l'**option 1**

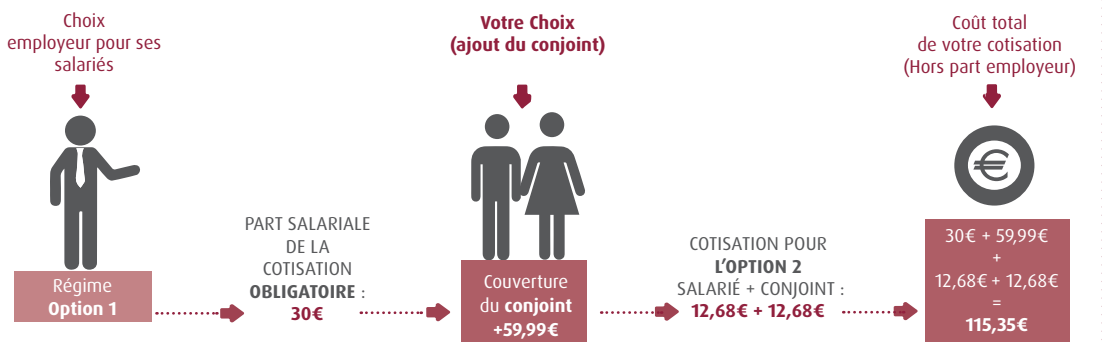


Quel que soit le niveau de garantie sélectionné par votre employeur, il vous est possible d'y affilier votre conjoint et/ou vos enfants et d'améliorer votre protection.

ALTERNATIVE 2				
OPTION 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	Option 1	Option 2		
Salarié	1,75%	Part salariale : 30 €	+0,37%	Soit +12,68 €
+Conjoint	+1,75%	Soit +59,99 €	+0,37%	Soit +12,68 €
+Enfant	+0,79%	Soit +27,08 €	+0,15%	Soit +5,14 €

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 (RÉGIME GÉNÉRAL)

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

PMSS 2020 : **3428€**

Cotisation : $1,47\% \times 3428\text{€}/100 = 50,39\text{€}/2 = 25,20\text{€}$

Part salariale : **25,20€**

ALTERNATIVE 1						
BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Base		Option 1		Option 2	
Salarié seul ⁽¹⁾	1,47%	Part salariale : 25,20€	+0,32%	Soit +10,97 €	+0,69%	Soit +23,65 €
+Conjoint	+1,47%	Soit +50,39 €	+0,32%	Soit +10,97 €	+0,69%	Soit +23,65 €
+Enfant ⁽²⁾	+0,66%	Soit +22,62 €	+0,15%	Soit +5,14 €	+0,30%	Soit +10,28 €

ALTERNATIVE 2				
OPTION 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	Option 1		Option 2	
Salarié seul ⁽¹⁾	1,75%	Part salariale : 30€	+0,37%	Soit +12,68 €
+Conjoint	+1,75%	Soit +59,99 €	+0,37%	Soit +12,68 €
+Enfant ⁽²⁾	+0,79%	Soit +27,08 €	+0,15%	Soit +5,14 €

ALTERNATIVE 3		
OPTION 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	Option 2	
Salarié seul ⁽¹⁾	2,07%	Part salariale : 35,48€
+Conjoint	+2,07%	Soit +70,96 €
+Enfant ⁽²⁾	+0,92%	Soit +31,54 €

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**.

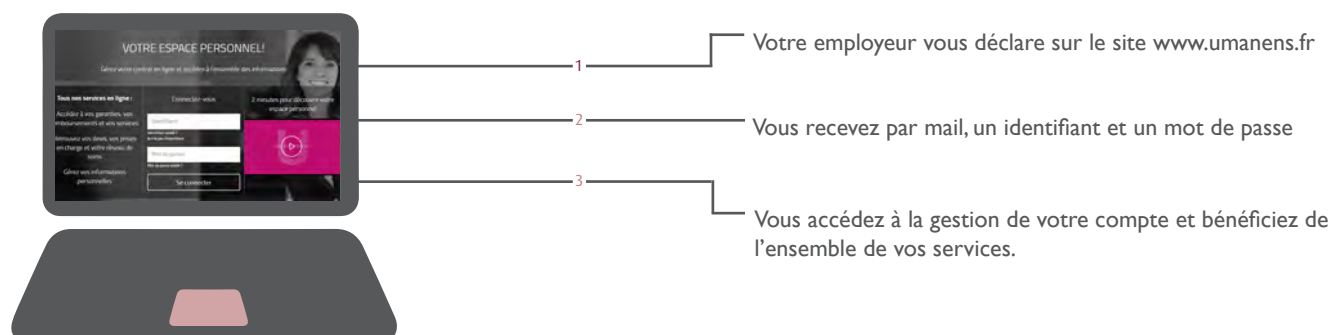
Le montant des cotisations exprimé en € est donné à titre indicatif en référence au PMSS 2018, il fait l'objet d'un arrondi opéré par le délégataire de gestion.

⁽¹⁾ La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre obligatoire est financée à hauteur de 50% minimum par l'employeur.

⁽²⁾ La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre facultatif, est financée par l'employeur à hauteur de 25% (pour les 2 premiers enfant inscrits). Gratuité à partir du 3^{ème} enfant.

i BON À SAVOIR

COMMENT ACCÉDER À VOTRE ESPACE PERSONNEL ?



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.