

# Votre régime frais de santé

**CCN  
DES ÉTABLISSEMENTS ET  
SERVICES POUR PERSONNES  
INADAPTÉES ET  
HANDICAPÉES  
IDCC N° 413**

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

Umanens accompagne les salariés relevant de la Convention Collective Nationale des Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées.

Nous vous proposons des options permettant d'améliorer votre régime complémentaire frais de santé.

## AVEC UMANENS, VOUS BÉNÉFICIEZ POUR VOTRE ENTREPRISE ET VOS SALARIÉS :

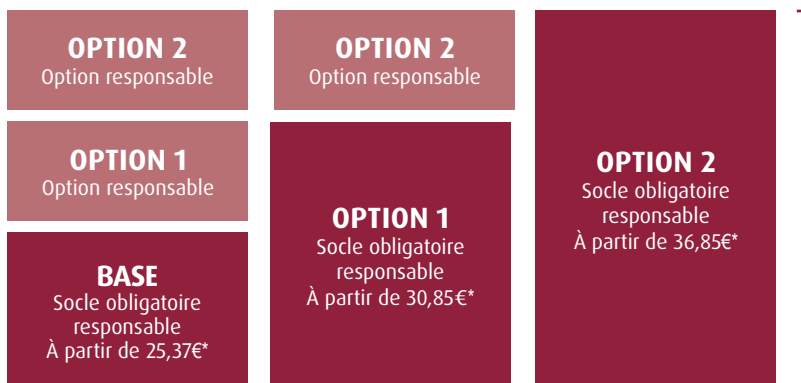
- d'une couverture conforme à votre CCN,
- des garanties conformes au 100% santé,
- d'un réseau de proximité,
- d'exonération des charge salariales sur vos cotisations (sauf CSG et CRDS),
- du bénéfice du haut degré de solidarité qui permet la prise en charge de la part salariale de la cotisation\* :
  - 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,
- la souscription et des services en ligne,
- de garanties améliorées **U** par rapport à votre CCN (Frais médicaux, dentaire, bien être et actes de prévention)
- de prestations d'assistance (prévention du stress au travail, garanties en cas d'hospitalisation, etc.),
- d'une structure de cotisation unique pour vous, employeur,
- 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 VOTRE ENTREPRISE

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



\*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «Salarié seul», en Euros (Valeur 2020).

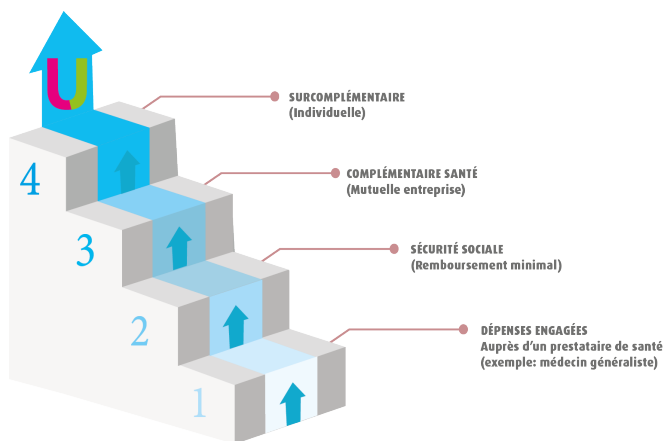
### Option pour vous

➤ Selon 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 Santé (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

➤ 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 €



# VOTRE GRILLE DE GARANTIES

	BASE	OPTION 1	OPTION 2
<b>FRAIS D'HOSPITALISATION</b>			
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour	220% BR	250% BR	300% BR
Honoraires - Secteur conventionné ou non OPTAM/OPTAM-CO	220% BR	250% BR	300% BR
Honoraires - Secteur conventionné ou non Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier <sup>(1)</sup>	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière	limité à 2% PMSS	limité à 2,5% PMSS	limité à 3% PMSS
Personne accompagnante par jour (enfant de moins de 16 ans)	limité à 1,5% PMSS	limité à 1,5% PMSS	limité à 3% PMSS
<b>FRAIS MÉDICAUX</b>			
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	150% BR	180% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	220% BR	220% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	180% BR	200% BR	200% BR
Analyses et frais de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	170% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	150% BR	150% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	145% BR	145% BR	170% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	125% BR	125% BR	150% BR
Orthopédie et autres prothèses <sup>(2)</sup>	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de transport remboursés par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires Médicaux	100% BR	100% BR	100% 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	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	300% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie Non Remboursée par la S.S.	250% BR	250% BR	250% BR
Prothèses (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) <sup>(4)</sup>			
Panier maîtrisé (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 libre	Actes remboursés par la sécurité sociale		
Inlays Cores Limité à 3 par an / par bénéficiaire	150% BR dans la limite de 900€	200% BR dans la limite de 1050€	250% BR dans la limite de 1450€
Dents de sourire remboursées ou non par la S.S. <sup>(5)</sup>	250% BR dans la limite de 900€	325% BR dans la limite de 1050€	450% BR dans la limite de 1450€
Dents de fond de bouche remboursées ou non par la S.S. <sup>(6)</sup>	220% BR dans la limite de 900€	250% BR dans la limite de 1050€	350% BR dans la limite de 1450€
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie (implant et pilier dentaire)	20% PMSS	22% PMSS	25% PMSS
<b>FRAIS OPTIQUE</b>			
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)		
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) forfait par an/bénéficiaire	3% PMSS	3% PMSS	6,5% PMSS
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	22% PMSS	22% PMSS	25% PMSS
<b>AIDE AUDITIVE</b>			
Equipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipement du panier libre (tous les 4 ans)	20% PMSS	20% PMSS	32,57% PMSS (dans la limite du PLV)
<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...) : Maximum 4 séances/an/bénéficiaires	20€/séance	25€/séance	30€/séance
Sevrage tabagique remboursé par la S.S.	40€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire	60€/an/bénéficiaire
Prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale (Forfait annuel)	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
Cures thermales remboursées par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR

**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> 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.  
<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.



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

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.

**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€

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

**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€	225,47€	236,64€
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€	36,40€	4,00€
BASE + OPTION 1	19,60€	39,20€	1,20€
BASE + OPTION 2	19,60€	40,40€	0€

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE	19,60€	30,80€	9,60€
BASE + OPTION 1	19,60€	33,60€	6,80€
BASE + OPTION 2	19,60€	36,40€	4,00€

**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€	280,00€	165,56€
BASE + OPTION 2	4,44€	330,00€	115,56€

\*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 <sup>①</sup> )
BASE	187,89€	225,47€	236,64€
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€

\* 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 du niveau 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)



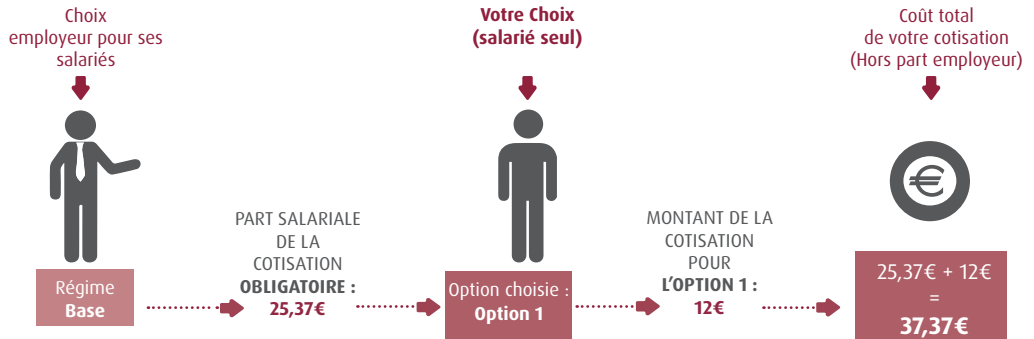
## COMPRENDRE VOS COTISATIONS POUR LES GARANTIES FACULTATIVES : EXEMPLES

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.

CHOIX 1						
BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Base		Option 1		Option 2	
Salarié seul	1,48%	Part salariale : 25,37 €	+0,35%	Soit +12,00 €	+0,74%	Soit +25,37 €
+Conjoint	+1,61%	Soit +55,19 €	+0,35%	Soit +12,00 €	+0,74%	Soit +25,37 €
+Enfant(s)	+0,73%	Soit +25,02 €	+0,18%	Soit +6,17 €	+0,36%	Soit +12,34 €

#### EXEMPLE :

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

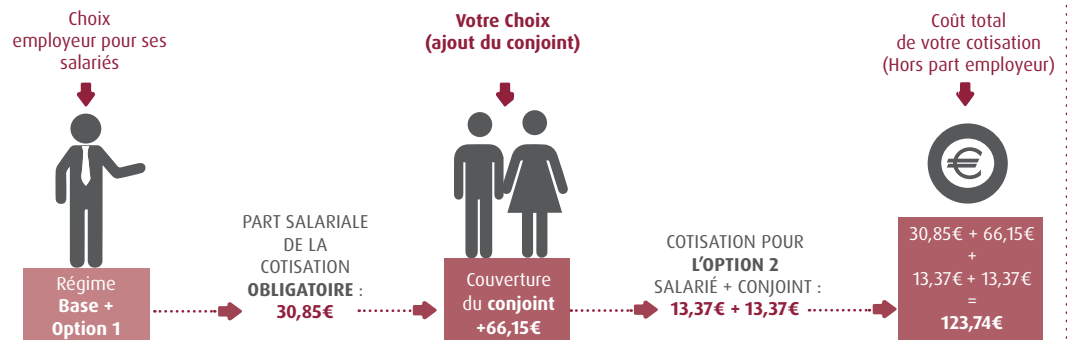


Quel que soit le niveau de garantie sélectionné par votre employeur, il vous est possible d'y affilier votre conjoint et/ou vos enfants et d'améliorer votre protection.

CHOIX 2				
BASE + OPTION 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	Base + Option 1		Option 2	
Salarié	1,80%	Part salariale : 30,85€	+0,39%	Soit +13,37 €
+Conjoint	+1,93%	Soit +66,16 €	+0,39%	Soit +13,37 €
+Enfant(s)	+0,89%	Soit +30,51 €	+0,18%	Soit +6,17 €

#### EXEMPLE :

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



# % VOS COTISATIONS EN % DU PMSS POUR 2020 (RÉGIME GÉNÉRAL)

## EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

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

PMSS 2020 : **3 428€**

Cotisation :  $1,48\% \times 3\,458\text{€}/100 = 50,73\text{€}/2 = 25,37\text{€}$

Part salariale : **25,37€**

CHOIX 1						
BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Base		Option 1		Option 2	
Salarié seul	<b>1,48%</b>	Part salariale : <b>25,37 €</b>	+0,35%	Soit +12,00 €	+0,74%	Soit +25,37 €
+Conjoint	+1,61%	Soit +55,19 €	+0,35%	Soit +12,00 €	+0,74%	Soit +25,37 €
+Enfant*	+0,73%	Soit +25,02 €	+0,18%	Soit +6,17 €	+0,36%	Soit +12,34 €

CHOIX 2				
BASE + OPTION 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE				
Régime général	Base + Option 1		Option 2	
Salarié seul	<b>1,80%</b>	Part salariale : <b>30,85€</b>	+0,39%	Soit +13,37 €
+Conjoint	+1,93%	Soit +66,16 €	+0,39%	Soit +13,37 €
+Enfant(s)*	+0,89%	Soit +30,51 €	+0,18%	Soit +6,17 €

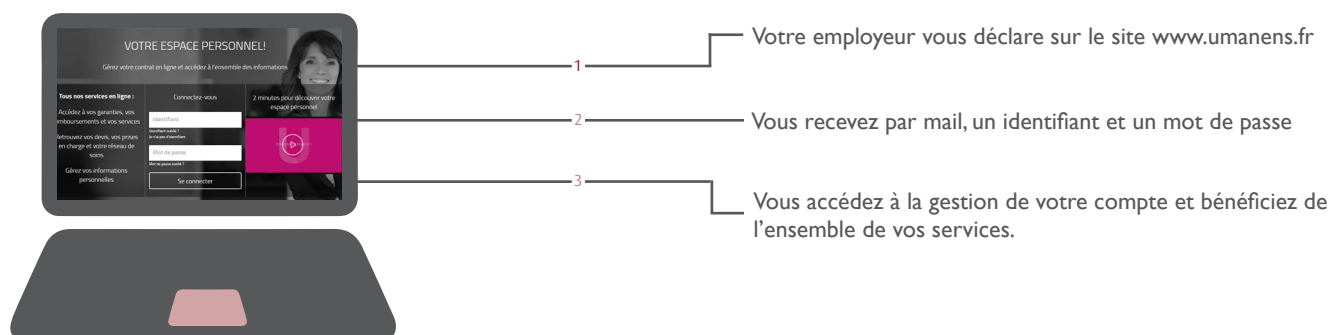
CHOIX 3		
BASE + OPTION 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	Base + Option 2	
Salarié seul	<b>2,15%</b>	Part salariale : <b>36,85€</b>
+Conjoint	+2,28%	Soit +78,16 €
+Enfant(s)*	+1,06%	Soit +36,34 €

\* Enfant : Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant.

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 choisi, et sont uniquement à votre charge. Le montant des cotisations exprimé en € est donné à titre indicatif en référence au PMSS 2020, il fait l'objet d'un arrondi opéré par le délégataire de gestion.

## BON À SAVOIR

### COMMENT ACCÉDER À VOTRE ESPACE PERSONNEL ?



 [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... !



##### Contacteur 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.