



**Régime  
frais de santé  
de votre entreprise**

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

[www.umanens.fr](http://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,
- ➔ 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 patronale 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 **U** par rapport à votre CCN (Frais d'hospitalisation, frais médicaux, dentaire, aide auditive, prévention et médecines douces)
- ➔ de prestations d'assistance (prévention du stress au travail, garanties en cas d'hospitalisation, etc.),
- ➔ d'une structure de cotisation unique pour vous, employeur, avec 3 niveaux de garanties (Base, Option 1 ou Option 2),
- ➔ de garanties facultatives pour le salarié (couverture des ayants droit et souscription d'options).

\*Sous réserve des fonds disponibles alimentés par les 2% du HDS



## UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOTRE ENTREPRISE

En 2020 vous bénéficiez d'un taux d'appel (cotisation minorée) sur le taux contractuel en vigueur !

➔ Votre part employeur s'élève à 50% minimum du régime obligatoire souscrit par vos soins pour vos salariés.

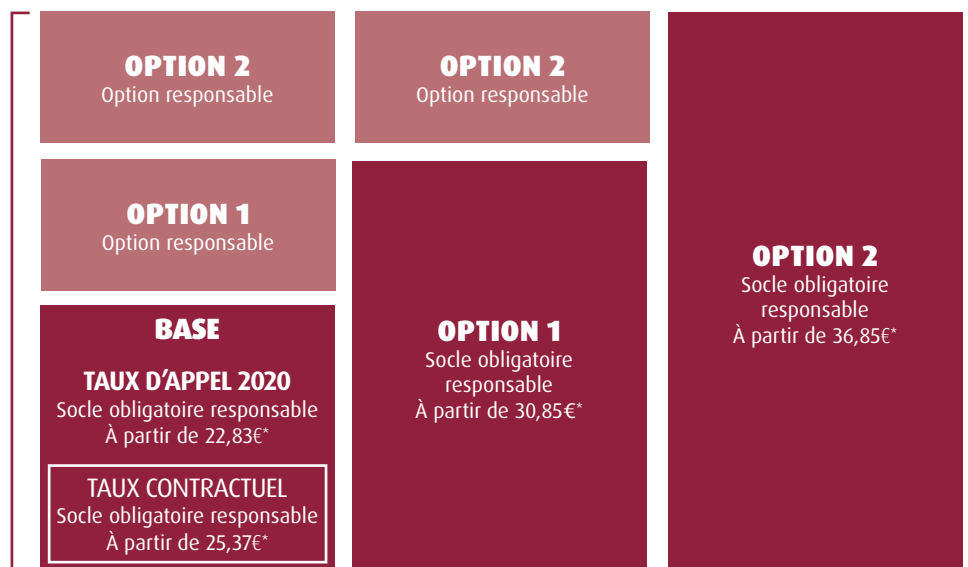
### Option pour vos salariés

➔ 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



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

### ➔ 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 €



## 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

FRAIS D'HOSPITALISATION	BASE	OPTION 1	OPTION 2
<b>Chirurgie - Hospitalisation</b>			
Frais de séjour	U 220% BR	U 250% BR	300% BR
Honoraires - Secteur conventionné OPTAM/OPTAM-CO	220% BR	U 250% BR	300% BR
Honoraires - Secteur conventionné 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 conventionnée/jour	U limité à 2% PMSS	U limité à 2,5% PMSS	U limité à 3% PMSS
Personne accompagnante par jour (enfant de moins de 16 ans) secteur conventionné	limité à 1,5% PMSS	limité à 1,5% PMSS	limité à 3% PMSS
<b>FRAIS MÉDICAUX</b>			
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	U 120% BR	U 150% BR	U 180% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	220% BR	220% BR	220% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% 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	150% BR	150% BR	170% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	130% 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 majeur/important, modéré, faible)	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 RD 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% BRR	250% BRR	250% BRR
Prothèses (pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà du plafond annuel, prise en charge à hauteur de 125% BR) <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		
Inlays Core (par an / par bénéficiaire)	150% BR dans la limite de 900€	200% BR dans la limite de 1050€	U 250% BR dans la limite de 1450€
Dents du sourire remboursées 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 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€
Dents du sourire non remboursées par la S.S. <sup>(5)</sup>	U 250% BR dans la limite de 900€	U 325% BR dans la limite de 1050€	U 450% BR dans la limite de 1450€
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	U 220% BR dans la limite de 900€	U 250% BR dans la limite de 1050€	U 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>			
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 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>			
Équipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement du panier libre (par oreille tous les 4 ans)	20% PMSS	20% PMSS	U 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) : Maximun 4 séances/an/bénéficiaire	U 25€/séance	25€/séance	U 30€/séance
Sevrage tabagique remboursé par la S.S.	U 40€/an/bénéficiaire	U 50€/an/bénéficiaire	U 60€/an/bénéficiaire
Prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale (Forfait annuel)	U 50€/an/bénéficiaire	U 50€/an/bénéficiaire	U 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.

(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.

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 pou les assuré 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).

\* Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.

\*\*En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contiats responsables.

**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

GRILLES OPTIQUES (SECURITE SOCIALE INCLUSE)	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
<b>UNIFOCAUX</b>						
sphère de 0 à -/+2	100% PLV(*)	35,00€	100% PLV	75,00€	100% PLV	90,00€
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00€		75,00€		90,00€
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00€		90,00€		100,00€
sphère < -8 ou > +8		100,00 €		125,00€		130,00€
cylindres +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S s 2	100% PLV	40,00€	100% PLV	85,00€	100% PLV	100,00€
cylindres +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S s 4		45,00€		85,00€		100,00€
cylindres +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S s 8		55,00€		95,00€		110,00€
cylindres +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00€		110,00€		120,00€
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	55,00€	100% PLV	135,00€	100% PLV	140,00€
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00€		135,00€		140,00€
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00€		140,00€		150,00€
cylindre > +4 sphère > -8		120,00€		150,00€		160,00€
<b>MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS</b>						
sphère de 0 à -/+2	100% PLV(*)	75,00€	100% PLV	160,00 €	100% PLV	180,00€
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00€		160,00 €		180,00€
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00€		175,00 €		200,00€
sphère < -8 ou > +8		130,00€		175,00 €		200,00€
cylindres +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S s 2	100% PLV	90,00€	100% PLV	180,00 €	100% PLV	210,00€
cylindres +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S s 4		95,00€		180,00€		210,00€
cylindres +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S s 8		105,00€		190,00€		220,00€
cylindres +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €		200,00€		230,00€
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	115,00€	100% PLV	180,00 €	100% PLV	210,00€
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00€		180,00 €		210,00€
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €		190,00 €		220,00€
cylindre > +4 sphère > -8		170,00 €		200,00 €		230,00€
<b>MONTURES ET AUTRES LPP</b>						
Verre neutre	100% PLV	35,00€	100% PLV	75,00€	100% PLV	90,00€
Monture		100,00€		100,00€		100,00€
Supplément monture Enfant de moins de 6 ans		-		-		-





SUPPLEMENTS			
Prisme incorporé adulte			
Prisme incorporé enfant			
Prisme souple enfant moins de 6 ans			
Antiptosis Adulte			
Antiptosis Enfant			
Iséiconiques Adulte	100% BR	100% BR	100% BR
Iséiconiques Enfant			
Filtre teinté			
Filtre ultraviolet moins de 18 ans			
Filtre occlusion partielle moins de 6 ans			
Adaptation verres de dalle A			
Adaptation verres de dalle B	-	10 € par adaptation	10 € par adaptation
Appairage niveau 1			
Appairage niveau 2	100% BR	100% BR	100% BR
Appairage niveau 3			

(\*) PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret

S = Cylindre + Sphère

\* Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.

\*\* En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.





## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE RESTE À CHARGE

### 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€

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



## MODE D'EMPLOI DE VOS COTISATIONS EN % DU PMSS POUR 2018 (RÉGIME GÉNÉRAL)

### EXEMPLE EXPRIMÉ EN € :

CHOIX DE L'EMPLOYEUR  
ADHÉSION DU SALARIÉ  
COUVERTURE OBLIGATOIRE



Salariné seul

Votre choix  
pour vos salariés



Régime  
obligatoire  
Base

Salariné seul



Part patronale  
Niveau 2 :  
25,37€

Coût total  
de la couverture  
obligatoire



= 50,73€\*

PART PATRONALE  
DE LA  
COTISATION  
OBLIGATOIRE :  
25,37€

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

## VOS COTISATIONS :

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

Profitez d'une cotisation avantageuse (taux d'appel exceptionnel sur le taux contractuel en vigueur/cotisation minorée) en 2020 !

CHOIX 1								
BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE								
Régime général	Base Taux contractuel		Base Taux d'appel 2020		Option 1		Option 2	
Salarié seul	1,48%	Part patronale : 25,37 €	1,33%	Part patronale : 22,83 €	+0,35%	Soit +12,00 €	+0,74%	Soit +25,37 €
+Conjoint	+1,61%	Soit +55,19 €	+1,45%	Soit +49,67 €	+0,35%	Soit +12,00 €	+0,74%	Soit +25,37 €
+Enfant*	+0,73%	Soit +25,02 €	+0,66%	Soit +22,52 €	+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	1,80%			Part patronale : 30,85€
+Conjoint	+1,93%			Soit +66,16 €
+Enfant(s)*	+0,89%			Soit +30,51 €

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

**EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)**  
Régime souscrit par l'entreprise: Régime collectif de 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 ou 2) et/ou de couvrir leurs ayants droit.

\*Enfant(s) : Gratuité à partir du 3ème enfant





### EXEMPLE :

#### CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

##### Base ➔ Option 1 + EXTENSION AUX AYANTS DROITS

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE (PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE :  $25,37 * 2 = 50,73€$

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES 50,73€ ET LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :

 Salarié seul <b>Soit +12€</b>	OU	 Salarié/Conjoint <b>Soit +79,19€</b> 55,19€+ (12€ + 12€)	OU	 Salarié/Enfant <b>Soit +43,19€</b> 25,02€ + (12€ + 6,17€)	OU	 Salarié/Conjoint/Enfant(s) <b>Soit +110,38€</b> (55,19€ + 25,02€) + (12€ + 12€ + 6,17€)
---	----	---	----	--	----	--

### ACCÉDEZ À VOS SERVICES EN LIGNE ! sur : [www.umanens.fr](http://www.umanens.fr)

- ➔ Gérez vos salariés : affiliation, modification, radiation, droit d'accès et habilitation
- ➔ Importer 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.