



**Régime frais
de santé de
votre entreprise**

**CCN BIJOUTERIE,
JOAILLERIE,
ORFÈVRERIE ET
ACTIVITÉS QUI S'Y
RATTACHENT
IDCC 567**

www.umanens.fr

Umanens
L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR
LES MUTUELLES MEMBRES

LE RÉGIME DE VOTRE ENTREPRISE EN DÉTAILS

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

- ➡ 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),
- ➡ des garanties améliorées **U** par rapport à votre CCN (hospitalisation, optique, prévention, maternité),
- ➡ le bénéfice du Haut Degré de Solidarité qui permet la prise en charge de la part salariale de la cotisation* :
- ➡ des apprentis dont le contrat est inférieur à 12 mois

- ➡ d'une structure de cotisation compétitive, avec 3 niveaux de garanties (Base, Option 1, Option 2),
- ➡ de garanties facultatives pour les salariés (couverture des ayants droit et souscription d'options),
- ➡ du Tiers payant national pour vos salariés.

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

UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOTRE ENTREPRISE

- ➡ 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 socle

(Choix de votre garantie obligatoire) :

- ➡ Socle de Base: régime minimal
- ➡ Option 1 : régime avec du reste à charge sur certains postes
- ➡ Option 2 : régime réduisant les restes à charge



*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «Salarié Isolé», 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 règlementaires 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

SOCLE DE BASE

OPTION 1

OPTION 2

Chirurgie - Hospitalisation

Frais de séjour et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	U 105% BR	250% BR	250% BR
Honoraires - Secteur conventionné ou non OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	200% BR	200% BR
Honoraires - Secteur conventionné ou non Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	125% BR	180% BR
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait
Chambre particulière - Secteur conventionné	U 25€ / J	50€ / J	50€ / J
Chambre particulière - Maternité (limitée à 6 jours par séjour)	30€ / J	50€ / J	50€ / J
Frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 16 ans	U 30€ / J	50€ / J	50€ / J
Maternité : allocation forfaitaire	50 €	U 75 €	100 €

FRAIS MÉDICAUX

Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	120% BR	150% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	125% BR	200% BR	200% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	105% BR	125% BR	180% BR
Analyses et frais de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux (dont frais de déplacement)	100% BR	100% BR	150% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	125% BR	200% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	105% BR	125% BR	180% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	120% BR	150% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100% BR	200% BR	200% 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)	100% FR	100% FR	100% FR
Automédication non remboursée par la S.S. (par an/bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €

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	200% BR	200% BR	250% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	250% BR	350% BR	350% BR
Prothèses (panier libre et maîtrisé) ⁽⁴⁾			
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. ⁽⁵⁾	350% BR	450% BR	450% BR
Inlays core	200% BR	200% BR	250% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	350% BR	450% BR	450% BR
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie (implant et pilier dentaire par an)	325 €	750 €	750 €

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 (y compris jetables) forfait par an/bénéficiaire	TM + 100% BR + 350€	TM + 100% BR + 400 €	TM + 100% BR + 400 €
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables) forfait par an/bénéficiaire	350 €	400 €	400 €
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	U 375 €	800 €	1 000 €

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)	100% BR	200% BR	200% BR

PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES

Cures thermales remboursées par la S.S.	100%BR	100%BR	100%BR
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...)	25€ / séance limité à 4 séances	30€ / séance limité à 5 séances	40€ / séance limité à 5 séances
Sevrage tabagique remboursé par la S.S.	U 25€/an/bénéficiaire	U 50€/an/bénéficiaire	75€ /an/bénéficiaire

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 Mutualité 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	CATÉGORIES	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
		2 V + 1 M		2 V + 1 M		2 V + 1 M	
TYPE DE VERRE		Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
Verres simple foyer, sphériques	A et C	180€ à 210€	270€ à 310€	240€ à 270€	370€ à 410€	240€ à 270€	370€ à 410€
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	A et C	190€ à 230€	300€ à 360€	250€ à 290€	400€ à 460€	250€ à 290€	400€ à 460€
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	C et F	240€ à 260€	440€ à 480€	300€ à 320€	540€ à 580€	300€ à 320€	540€ à 580€
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	C et F	280€ à 300€	540€ à 600€	340€ à 360€	640€ à 700€	340€ à 360€	640€ à 700€
TYPE DE VERRE		B	plafond : contrat responsable				
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable		D	plafond : contrat responsable				
		E	plafond : contrat responsable				
MONTURE PANIER LIBRE		1 MONTURE		1 MONTURE		1 MONTURE	
Garantie		80€	100€	100€		100€	

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

Equipement 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 sphé cylindrique sphére hors zone - 8 + 8

CLASSE F / V/T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphé cylindrique sphére hors zone - 4 + 4

Equipement mixte 2020

V Simple + V Complex (A+C) B

V Simple + V T Complex (A+F) D

V Complex + V T Complex (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.



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE RESTE À CHARGE

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



Médecine courante : Consultation spécialiste Hors OPTAM (ex : psychiatre) : dépense 60€

RÉGIME CHOISI	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE	19,60€	9,80€	30,60€
OPTION 1	19,60€	15,40€	25,00€
OPTION 2	19,60€	30,80€	9,60€



Médecine courante : Radiologie - Ostéodensitométrie OPTAM : dépense 65€

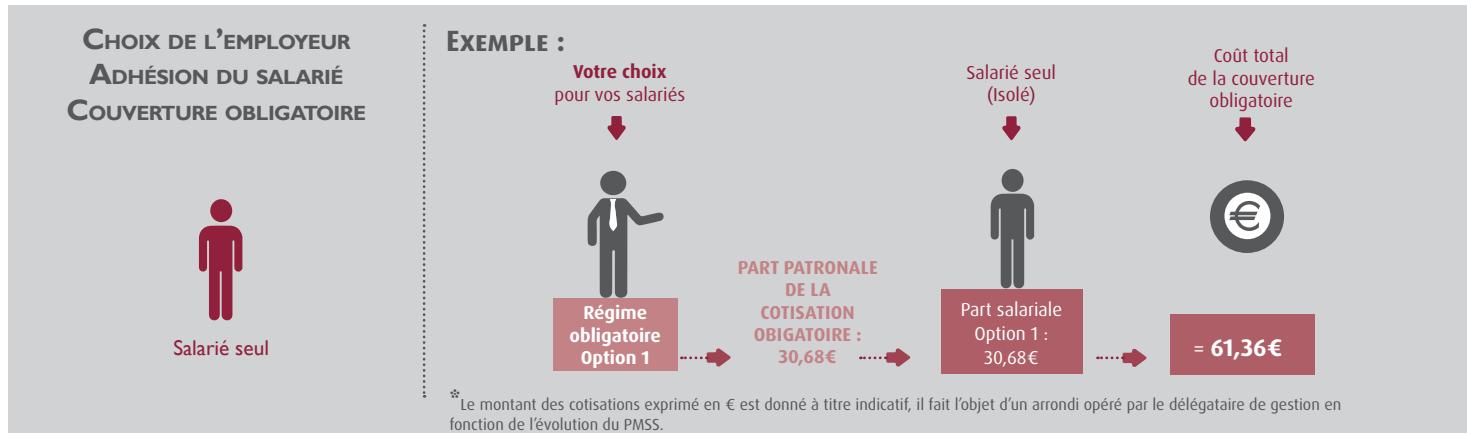
RÉGIME CHOISI	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE	27,97€	19,98€	17,05€
OPTION 1	27,97€	19,98€	17,05€
OPTION 2	27,97€	31,97€	5,06€



Dentaire : Inlay core : dépense 360€

RÉGIME CHOISI	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
BASE	100,84€	187,70€	72,03€
OPTION 1	100,84€	187,70€	72,03€
OPTION 2	100,84€	259,16€	0€

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



VOS COTISATIONS :

CHOIX 1						
SOCLE DE BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Socle de Base		Option 1		Option 2	
Salarié	1,42%	Part patronale : 24,34€	+0,42%	Soit +14,40 €	+0,55%	Soit +18,85 €
+Conjoint	+1,58%	Soit +54,16 €	+0,50%	Soit +17,14 €	+0,63%	Soit +21,60 €
+Enfant*	+0,76%	Soit +26,05 €	+0,30%	Soit +10,28 €	+0,37%	Soit +12,68 €

CHOIX 2						
OPTION 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Option 1		Option 2			
Salarié	1,79%	Part patronale : 30,68€	+0,55%	Soit +18,85 €		
+Conjoint	+2,00%	Soit +68,56 €	+0,63%	Soit +21,60 €		
+Enfant*	+1,02%	Soit +34,97 €	+0,37%	Soit +12,68 €		

CHOIX 3						
OPTION 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Option 2					
Salarié	1,90%	Part salariale : 32,57€				
+Conjoint	+2,11%	Soit +72,33 €				
+Enfant*	+1,08%	Soit +37,02 €				

*Enfant : Gratuité à partir du 3^{ème}
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.

Exemple :

CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

Option 1 ➔ Option 2 + EXTENSION AUX AYANTS DROITS

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE

(PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE : **30,68 * 2 = 61,36€**

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES **61,36 €** ET LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :

- Salarié seul**
Soit un complément de : +18,85€
- OU**
- Conjoint**
Soit un complément de : +90,16€ (68,56€+21,60€)
- OU**
- Enfant**
Soit un complément de : +47,65€ (34,97€+12,68€)



ACCÉDEZ À VOS SERVICES EN LIGNE !
sur : 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 réglements



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 connaitre, 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... !



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.