




**Régime frais  
de santé de  
votre entreprise**

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

[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,
- ➔ 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  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

<b>OPTION 1</b> Option responsable	<b>OPTION 2</b> Option responsable	<b>OPTION 2</b> Socle obligatoire responsable À partir de 32,57€*
<b>OPTION 1</b> Option responsable	<b>OPTION 1</b> Socle obligatoire responsable À partir de 30,68€*	
<b>SOCLE DE BASE</b> Socle obligatoire responsable À partir de 24,34€*		

\*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 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	SOCLE DE BASE	OPTION 1	OPTION 2
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	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 <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait
Chambre particulière - Secteur conventionné	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	30€ / J	50€ / J	50€ / J
Maternité : allocation forfaitaire	50 €	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 <sup>(2)</sup>	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 <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	200% BR	200% BR	250% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	250% BR	350% BR	350% BR
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>	350% BR	450% BR	450% BR
Inlays core	200% BR	200% BR	250% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	350% BR	450% BR	450% BR
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie (implant et pilier dentaire par an)	325 €	750 €	750 €
FRAIS OPTIQUE			
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 (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)	375 €	800 €	1 000 €
AIDE AUDITIVE			
Équipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement 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.	25€/an/bénéficiaire	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 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.



# GRILLE OPTIQUE (PLAFOND DES REMBOURSEMENTS : CONTRAT RESPONSABLE)

GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIES	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
TYPE DE VERRE		2 V + 1 M		2 V + 1 M		2 V + 1 M	
		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							
Équipement 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		80€	100€	100€		100€	

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement limité au plafond du contrat responsable.

### Équipement 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€

### Équipement hétérogène BDE (2 verres et une monture) 2020 :

V Simple + V Complexe (A+C)

V Simple + V T Complexe (A+F)

V Complexe + V T Complexe (C+F)

B : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 560€

D : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 610€

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.



## 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.



# MODE D'EMPLOI DE VOS COTISATIONS EN % DU PMSS 2020 (RÉGIME GÉNÉRAL)

## CHOIX DE L'EMPLOYEUR ADHÉSION DU SALARIÉ COUVERTURE OBLIGATOIRE



Salariné seul

### EXEMPLE :

Votre choix  
pour vos salariés



Régime  
obligatoire  
Option 1

PART PATRONALE  
DE LA  
COTISATION  
OBLIGATOIRE :  
30,68€

Salariné seul  
(Isolé)



Part salariale  
Option 1 :  
30,68€

Coût total  
de la couverture  
obligatoire



= 61,36€

\* 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 :

CHOIX 1						
SOCLE DE BASE = RÉGIME OBLIGATOIRE						
Régime général	Socle de Base		Option 1		Option 2	
Salariné	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			
Salariné	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					
Salariné	1,90%	Part salariale : 32,57€				
+Conjoint	+2,11%	Soit +72,33 €				
+Enfant*	+1,08%	Soit +37,02 €				

### EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

Régime souscrit par l'entreprise : Régime collectif **Option 1**.

Si vous choisissez de prendre la cotisation Option 1 pour votre entreprise, il sera possible pour vos salariés d'y ajouter l'option 2 à titre facultatif et/ou de couvrir leurs ayants droit.

### 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 :

 Salariné 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€)

\*Enfant : Gratuité à partir du 3<sup>ème</sup>

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.

## 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.