



**Régime frais de  
santé de votre  
entreprise**

**PME DU  
CAOUTCHOUC  
ET DE LA  
PLASTURGIE**

**IDCC N° 45  
ET N° 292**

# LE RÉGIME DE VOTRE ENTREPRISE EN DÉTAILS

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

- ➔ d'un respect du contrat responsable dans le cadre du régime complémentaire,
- ➔ d'un régime conformes au 100% santé,
- ➔ d'un réseau de proximité, (sauf CSG et CRDS),
- ➔ d'un choix entre 3 structures de cotisations (Isolé/famille ou Isolé/Duo/Famille ou Uniforme),
- ➔ d'une souscription par le salarié d'options facultatives,
- ➔ d'une possibilité pour le salarié de réduire son reste à non responsable,
- ➔ d'une possibilité pour le salarié de couvrir ses ayants droit dans les mêmes conditions de garanties.



## 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

BIENÊTRE + surcomplémentaire			BIENÊTRE + surcomplémentaire
BIENÊTRE surcomplémentaire	BIENÊTRE surcomplémentaire	BIENÊTRE surcomplémentaire	BIENÊTRE surcomplémentaire
<b>OPTION 3</b> Option responsable	<b>OPTION 3</b> Option responsable	<b>OPTION 3</b> Option responsable	<b>OPTION 3</b> Socle obligatoire responsable À partir de 40,38€*
<b>OPTION 2</b> Option responsable	<b>OPTION 2</b> Option responsable	<b>OPTION 2</b> Socle obligatoire responsable À partir de 36,45€*	
<b>OPTION 1</b> Option responsable	<b>OPTION 1</b> Socle obligatoire responsable À partir de 31,63€*		
<b>BASE</b> Socle obligatoire responsable À partir de 20,55€*			

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

### Régime surcomplémentaire :

Si votre entreprise fait le choix de proposer le régime surcomplémentaire aux salariés, ces derniers pourront bénéficier, pour eux-mêmes et leurs ayants droit, d'un régime allant au-delà des plafonds du contrat responsable.

### 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) :

- ➔ Base : régime minimal
- ➔ Option 1 : reste à charge sur certains postes
- ➔ Option 2 : avec peu de reste à charge
- ➔ Option 3 : haut de gamme

## ➔ 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 ainsi que la surcomplémentaire 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).



**REGIME SURCOMPLEMENTAIRE**  
Les prestations sont servies en complément des prestations de la Sécurité sociale et de celles du régime complémentaire. Elles sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

**REGIME COMPLEMENTAIRE**  
Les prestations indiquées comprennent le remboursement de la Sécurité sociale et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	BASE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	BIEN ETRE	BIEN ETRE +
<b>FRAIS D'HOSPITALISATION</b>						
Chirurgie - Hospitalisation						
Frais de séjour (selon la prise en charge S.S. 80% ou 100%)	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Honoraires - Secteur conventionné OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Honoraires - Secteur conventionné Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+200% BR	+200% BR
Forfait hospitalier <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Forfait actes lourds	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait
Chambre particulière	-	2% PMSS/J	3% PMSS/J	4% PMSS/J	-	+ 50€ / J max 90J en MCO et 30J en psychiatrie
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	-	2% PMSS/J	3% PMSS/J	4% PMSS/J	-	+40 € / J
Maternité Indemnité forfaitaire ( doublé en cas de naissance gémellaire)	5%PMSS	10% PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	-
<b>FRAIS MEDICAUX</b>						
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	+30% BR	+30% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	+30% BR	+30% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	160% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Analyses	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Auxiliaires médicaux	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	250% BR	250% BR	+30% BR	+30% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	160% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	160% BR	200% BR	-	-
Orthopédie et autres prothèses <sup>(2)</sup>	100% BR	Max 7,5% PMSS an/ bénéficiaire	Maxe 10% PMSS an/ bénéficiaire	Max 15% PMSS an/ bénéficiaire	-	+400€ gros appareillage uniquement
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
<b>PHARMACIE</b>						
Pharmacie (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments/Homéopathie/Vaccins non remboursés par la S.S,	-	-	-	-	100 €	100 €
<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	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Inlay / Onlay	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-
Inlay Cores	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Orthodontie Remboursée par la S.S.	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Orthodontie Non Remboursée par la S.S. (bénéficiaire de moins de 25 ans)	125% BR	260% BR	360% BR	460% 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	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>	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Dents du sourire non remboursées par la S.S. <sup>(5)</sup>	-	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	-	260% BR	360% BR	460% BR	-	-
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie an/bénéficiaire	-	10% PMSS/IMPLANT (Maximum 3 actes)	15% PMSS/IMPLANT (Maximum 3 actes)	20% PMSS/IMPLANT (Maximum 3 actes)	-	+150€ / Implant
Actes dentaires hors nomenclature : Parodontologie an/bénéficiaire	-	150€/actes (Maximum 3 actes)	300€/actes (Maximum 3 actes)	450/actes (Maximum 3 actes)	-	-
<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)					
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 du panier libre	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
Verres panier libre	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	-	-
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Lentilles prescrites remboursées (y compris jetables)	5% PMSS / an / bénéficiaire	5% PMSS / an / bénéficiaire	10% PMSS / an / bénéficiaire	12,5% PMSS / an / bénéficiaire	-	-
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables)	-	5% PMSS / an / bénéficiaire	10% PMSS / an / bénéficiaire	12,5% PMSS / an / bénéficiaire	-	-
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	-	300 € œil /an / bénéficiaire	400 € œil /an / bénéficiaire	600 € œil /an / bénéficiaire	-	+200 €
<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)	100% BR	Max 10% PMSS dans la limite du PLV/appareil	Max 15% PMSS dans la limite du PLV/ appareil	Max 20% PMSS dans la limite du PLV/appareil	-	-





## PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES

Médecines douces reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Podologie, Diététique, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie...) et Médicaments prescrits mais non remboursés par la S.S.	20 €/Séance (max 2/an/bénéficiaire)	30 €/Séance (max 3/an/bénéficiaire)	40 €/Séance (max 4/an/bénéficiaire)	50 €/Séance (max 5/an/bénéficiaire)	-	-
Sevrage tabagique sur prescription, médicale (forfait annuel)	-	-	-	-	-	+50 €
Contraception prescrite non remboursée par la S.S (forfait annuel)	-	-	-	-	-	+50 €
Forfait bandelette d'autosurveillance glycémique (forfait annuel)	-	-	-	-	-	+50 €

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.

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

GRILLE OPTIQUE	CATÉGORIES	BASE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	BIEN ETRE	BIEN ETRE +
<b>TYPE DE VERRE</b>		2 Verres	2 Verres	2 Verres	2 Verres	2 Verres	2 Verres
Verres simple foyer, sphériques	A et C	100€ à 200€	200€ à 350€	280€ à 500€	320€ à 600€	-	+150€ par verre
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	A et C	100€ à 200€	200€ à 350€	280€ à 500€	320€ à 600€	-	+150€ par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	C et F	200€	450€	600€	700€	-	+150€ par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	C et F	200€	450€	600€	700€	-	+150€ par verre
<b>TYPE DE VERRE</b>							
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	560€	560€	560€	560€	-	+150€ par verre
	D	610€	610€	610€	610€	-	+150€ par verre
	E	750€	750€	750€	750€	-	+150€ par verre
<b>MONTURE PANIER LIBRE</b>		1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE
<b>Garantie</b>		50€	80€	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 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 sphère cylindrique sphère hors zone - 8 + 8  
 CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphère cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

### Equipement mixte 2020

V Simple + V Complexe (A+C) B  
 V Simple + V T Complexe (A+F) D  
 V Complexe + V T Complexe (C+F) E



## 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€

RÉGIME CHOISI PAR L'EMPLOYEUR	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		RESTE À CHARGE
BASE	187,89€	187,89€		462,11€
OPTION 1	187,89€		507,30€	142,70€
OPTION 2	187,89€		650,00€	0€
OPTION 3	187,89€		650,00€	0€



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

RÉGIME CHOISI PAR L'EMPLOYEUR	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		RESTE À CHARGE
BASE	4,44€	150,00€		295,56€
OPTION 1	4,44€		280,00€	165,56€
OPTION 2	4,44€		390,00€	55,56€
OPTION 3	4,44€		450,00€	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)

## STRUCTURE DE COTISATION :

**COUVERTURE OBLIGATOIRE  
CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR  
AYANT DROIT OBLIGATOIRE**

➔ Structure Isolé/Famille

➔ Structure Uniforme



Salarié isolé



Salarié/Conjoint  
/Enfant(s)  
(Famille)



Uniforme  
(cotisation identique quelle  
que soit la structure familiale  
du salarié)

**COUVERTURE OBLIGATOIRE  
CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR  
AYANT DROIT FACULTATIF**

➔ Structure Isolé



Salarié isolé

## EXEMPLE :

Votre choix  
pour vos salariés



Régime  
obligatoire  
Option 1

PART  
PATRONALE  
DE LA  
COTISATION  
OBLIGATOIRE :

32,17€

Salarié  
(Isolé)



Part salariale  
Option 1 :

32,17 €

Coût total  
de la couverture  
obligatoire



= 64,33€

\* 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.

## EXEMPLE : COTISATION ISOLÉ/FAMILLE EN % PMSS ET ÉQUIVALENCE EN € SUR LA BASE DU PMSS 2020

Choix 1 BASE = régime obligatoire								
Régime général	BASE		Option 1		Option 2		Option 3	
Isolé	1,199% PMSS	Part patronale : 20,55€	+0,763% PMSS	Soit +26,16€	+1,141% PMSS	Soit +39,11€	+1,539% PMSS	Soit +52,76€
Famille	2,533% PMSS	Part patronale : 43,42€	+1,575% PMSS	Soit +53,99€	+2,257% PMSS	Soit +77,37€	+3,009% PMSS	Soit +103,15€
Choix 2 OPTION 1 = régime obligatoire								
Régime général	OPTION 1		Option 2		Option 3			
Isolé	1,845% PMSS	Part patronale : 31,63€	+0,324% PMSS	Soit +11,11€	+0,654% PMSS	Soit +22,42€		
Famille	3,867% PMSS	Part patronale : 66,29€	+0,575% PMSS	Soit +19,71€	+1,188% PMSS	Soit +40,72€		
Choix 3 OPTION 2 = régime obligatoire								
Régime général	OPTION 2		Option 3					
Isolé	2,127% PMSS	Part patronale : 36,45€	+0,282% PMSS	Soit +9,67€				
Famille	4,368% PMSS	Part patronale : 74,87€	+0,526% PMSS	Soit +18,03€				
Choix 4 OPTION 3 = régime obligatoire								
Régime général	OPTION 3							
Isolé	2,356% PMSS	Part patronale : 40,38€						
Famille	4,795% PMSS	Part patronale : 82,19€						

### EXEMPLE :

### POUR LA STRUCTURE ISOLÉ/FAMILLE

### CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

Option 1 ➔ Option 2 + EXTENSION AUX AYANTS DROIT.

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE (PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE

COTISATION POUR UN SALARIÉ ISOLÉ :  $31,63 * 2 = 63,25€$

COTISATION POUR UN SALARIÉ AVEC DES AYANTS DROIT :  $66,29 * 2 = 132,58 €$

➔ Structure Isolé/Famille



Salarié  
(Isolé)

Soit + 11,11€  
pour l'option 2

OU



Salarié/Conjoint/Enfant(s)  
(Famille)

Soit + 19,71€  
pour l'option 2



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.