




**Régime
frais de santé
de votre entreprise**

**CCN DES SERVICES
DE L'AUTOMOBILE
IDCC N° 1090**

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 (médecine courante, dentaire, optique, bien être, ...),
- ➔ d'une structure de cotisation compétitive, avec 5 niveaux de garanties (Socle, Renfort 1, Renfort 2, Renfort 3 ou Renfort 4),
- ➔ de garanties facultatives pour les salariés (couverture des ayants droit et souscription d'options),
- ➔ du Tiers payant national pour vos salariés.

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 un Renfort facultatif pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

Régime complémentaire Santé (Choix de votre garantie obligatoire) :

- ➔ SOCLE : régime minimal
- ➔ RENFORT 1 : régime avec du reste à charge sur certains postes
- ➔ RENFORT 2 : régime réduisant le reste à charge
- ➔ RENFORT 3 : régime confort
- ➔ RENFORT 4 : régime haut de gamme

RENFORT 4 Option responsable	RENFORT 4 Option responsable	RENFORT 4 Option responsable	RENFORT 4 Option responsable	RENFORT 4 Socle obligatoire responsable À partir de 33,00€*
RENFORT 3 Option responsable	RENFORT 3 Option responsable	RENFORT 3 Option responsable	RENFORT 3 Socle obligatoire responsable À partir de 28,50€*	
RENFORT 2 Option responsable	RENFORT 2 Option responsable	RENFORT 2 Socle obligatoire responsable À partir de 23,25€*		
RENFORT 1 Option responsable	RENFORT 1 Socle obligatoire responsable À partir de 19,50€*			
SOCLE Socle obligatoire responsable À partir de 15,00€*				

*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation salarié «Isolé» (2020).

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
(régime obligatoire)

RENFORT 1
(régime obligatoire)

RENFORT 2
(régime obligatoire)

RENFORT 3
(régime obligatoire)

RENFORT 4
(régime obligatoire)

Chirurgie - Hospitalisation					
Frais de séjour	250%BR	300% BR	400% BR	500% BR	600% BR
Honoraires OPTAM/OPTAM-CO	250% BR	300% BR	400% BR	500% BR	600% BR
Honoraires Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait
Chambre particulière	35€/J	50€/J	70€/J	100€/J	130€/J
Lit d'accompagnement	20€/J	25€/J	30€/J	50€/J	80€/J
Maternité : allocation forfaitaire (naissance ou adoption)	250 €	250 €	300 €	350 €	400 €



FRAIS MEDICAUX

Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	170% BR	220% BR	320% BR	370% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	Ⓡ 180% BR	Ⓡ 190% BR	Ⓡ 190% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	170% BR	220% BR	320% BR	370% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	180% BR	190% BR	190% BR
Analyses	140% BR	160% BR	210% BR	310% BR	360% BR
Auxiliaires médicaux	140% BR	160% BR	210% BR	310% BR	360% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	170% BR	220% BR	320% BR	370% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	Ⓡ 180% BR	Ⓡ 190% BR	Ⓡ 190% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	170% BR	220% BR	320% BR	370% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	Ⓡ 180% BR	Ⓡ 190% BR	Ⓡ 190% BR
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	140% BR	160% BR	210% BR	310% BR	360% BR
Grand appareillage	180% BR	200% BR	250% BR	350% BR	400% BR
Transport remboursé par la S.S.	145% BR	145% BR	145% BR	145% BR	145% BR



PHARMACIE

Pharmacie (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
--	---------	---------	---------	---------	---------



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	100% BR	170% BR	220% BR	320% BR	370% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	550% BR
Orthodontie Non Remboursée par la S.S.	96,75€ par semestre	290,25€ par semestre	387€ par semestre	580,50€ par semestre	774€ par semestre
Prothèses (panier libre et maîtrisé) ⁽⁴⁾	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation				
Panier maîtrisé	Actes remboursés par la sécurité sociale				
Panier libre	Actes remboursés par la sécurité sociale				
Dents du sourire remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾	270% BR	320% BR	370% BR	470% BR	520% BR
Dents du sourire non remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾	107,50€ par prothèse	215€ par prothèse	268,75€ par prothèse	376,25€ par prothèse	430€ par prothèse
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	270% BR	320% BR	370% BR	470% BR	520% BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	107,50€ par prothèse	215€ par prothèse	268,75€ par prothèse	376,25€ par prothèse	430€ par prothèse
Actes dentaires hors nomenclature : Implantologie (forfait par implant, 2 implants par an/bénéficiaire)	-	Ⓡ 170€	Ⓡ 320€	600€	800€
Actes dentaires hors nomenclature : Parodontologie	-	100€	Ⓡ 150€	200€	300€
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival (max 2 séances)	170% BR	170% BR	220% BR	320% BR	370% BR



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 du panier libre	100€	100€	100€	100€	100€
Verres panier libre pour les moins de 16 ans					
par verre simple	80€	90€	100€	110€	110€
par verre complexe	185€	195€	210€	230€	250€
par verre très complexe	185€	195€	210€	250€	300€
Verres panier libre pour les plus de 16 ans					
par verre simple	35€	50€	70€	90€	110€
par verre complexe	100€	125€	150€	200€	250€
par verre très complexe	195€	215€	230€	250€	300€
Autres suppléments (prisme, système antipoints, verres iséconiques)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Plafond par équipement optique (verres + monture) du panier libre					
- 2 verres simples	Plafond de 320€				
- 1 verre simple + 1 verre complexe	Plafond de 460€				
- 1 verre simple + 1 verre très complexe	Plafond de 510€				
- 2 verres complexes	Plafond de 600€				
- 1 verre complexe + 1 verre très complexe	Plafond de 650€				
- 2 verres très complexes	Plafond de 700€				
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées (y compris jetables)	100% BR + 130€ an/bénéficiaire	100% BR + 160€ an/bénéficiaire	100% BR + 200€ an/bénéficiaire	Ⓡ 100% BR + 275€ an/bénéficiaire	Ⓡ 100% BR + 325€ an/bénéficiaire
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables)	130€ /an/bénéficiaire	160€ an/bénéficiaire	200€ an/bénéficiaire	Ⓡ 275€ an/bénéficiaire	Ⓡ 325€ an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	130 €	Ⓡ 190 €	Ⓡ 250 €	300 €	400 €

AIDE AUDITIVE	SOCLE (régime obligatoire)	RENFORT 1 (régime obligatoire)	RENFORT 2 (régime obligatoire)	RENFORT 3 (régime obligatoire)	RENFORT 4 (régime obligatoire)
Équipement 100% santé *	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)				
Équipement du panier libre (tous les 4 ans)	260% BR dans la limite du PLV/appareil	260% BR dans la limite du PLV/appareil	310% BR dans la limite du PLV/appareil	314% BR dans la limite du PLV/appareil	314% BR dans la limite du PLV/appareil
PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES					
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
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.	100 €/an/bénéficiaire	125 €/an/bénéficiaire	140 €/an/bénéficiaire	160 €/an/bénéficiaire	180 €/an/bénéficiaire
Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans OPTAM/OPTAM-CO (tous les 5 ans)	170% BR	170% BR	220% BR	320% BR	370% BR
Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans	150% BR	150% BR	Ⓡ 180% BR	Ⓡ 190% BR	190% 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.

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.



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE RESTE À CHARGE

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

Hospitalisation : Acte de chirurgie OPTAM (ex : appendicectomie) : dépense 650€

RÉGIME CHOISI PAR L'EMPLOYEUR	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
SOCLE	187,89€	281,84€	180,28€
RENFORT 1	187,89€	375,78€	86,33€
RENFORT 2	187,89€	462,11€	0€
RENFORT 3	187,89€	462,11€	0€
RENFORT 4	187,89€	462,11€	0€

Dentaire : prothèse dentaire remboursée par la S.S. : dépense 750€

RÉGIME CHOISI PAR L'EMPLOYEUR	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	RESTE À CHARGE
SOCLE	75,25€	215,00€	459,75€
RENFORT 1	75,25€	268,75€	406,00€
RENFORT 2	75,25€	322,50€	352,25€
RENFORT 3	75,25€	430,00€	244,75€
RENFORT 4	75,25€	483,75€	191,00€

*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 € POUR 2020 (RÉGIME GÉNÉRAL)

CHOIX DE L'EMPLOYEUR ADHÉSION DU SALARIÉ COUVERTURE OBLIGATOIRE



EXEMPLE :

Votre choix pour vos salariés



Régime obligatoire Renfort 1

PART PATRONALE DE LA COTISATION OBLIGATOIRE : 19,50€

Salariné seul (Isolé)



Part salariale Renfort 1 : 19,50€

Coût total de la couverture obligatoire



= 39,00€

VOS COTISATIONS :

CHOIX 1 : Socle = RÉGIME OBLIGATOIRE					
Régime général	Socle	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3	Renfort 4
Isolé	Part patronale : 15,00€	39,00€	46,50€	57,00€	66,00€
Duo	58,00€	75,00€	87,00€	108,00€	126,00€
Famille	84,00€	105,00€	126,00€	156,00€	180,00€

CHOIX 2 : Renfort 1 = RÉGIME OBLIGATOIRE					
Régime général	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3	Renfort 4	
Isolé	Part patronale : 19,50€	46,50€	57,00€	66,00€	
Duo	75,00€	87,00€	108,00€	126,00€	
Famille	105,00€	126,00€	156,00€	180,00€	

CHOIX 3 : Renfort 2 = RÉGIME OBLIGATOIRE			
Régime général	Renfort 2	Renfort 3	Renfort 4
Isolé	Part patronale : 23,25€	57,00€	66,00€
Duo	87,00€	108,00€	126,00€
Famille	126,00€	156,00€	180,00€

CHOIX 4 : Renfort 3 = RÉGIME OBLIGATOIRE		
Régime général	Renfort 3	Renfort 4
Isolé	Part patronale : 28,50€	66,00€
Duo	108,00€	126,00€
Famille	156,00€	180,00€

CHOIX 5 : Renfort 4 = RÉGIME OBLIGATOIRE	
Régime général	Renfort 4
Isolé	Part patronale : 33,00€
Duo	126,00€
Famille	180,00€

EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

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

Si vous choisissez de prendre la cotisation Renfort 1 pour votre entreprise, il sera possible pour vos salariés d'y ajouter une option facultative (**Renfort de 2 à 4**) et/ou de couvrir leurs ayants droit.

EXEMPLE :

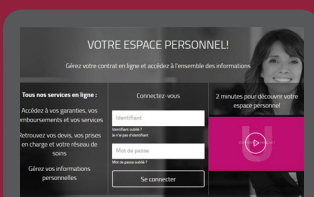
CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

Renfort 1 ➔ Renfort 2 + EXTENSION AUX AYANTS DROIT.

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE (PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE : $19,50 * 2 = 39,00 €$

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES 39,00 € ET LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :

	OU		OU		OU	
Salariné seul (Isolé)		Salariné/Conjoint (Duo)		Salariné/Enfant (Duo)		Salariné/Conjoint/Enfant(s) (Famille)
Soit + 7,50€ (46,50€ - 39,00€)		Soit + 48,00€ (87,00€ - 39,00€)		Soit + 87,00€ (126,00€ - 39,00€)		



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 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.