



**Régime  
frais de santé  
de votre entreprise**

**CCN  
DES TRANSPORTS ROUTIERS  
ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES  
DU TRANSPORT**

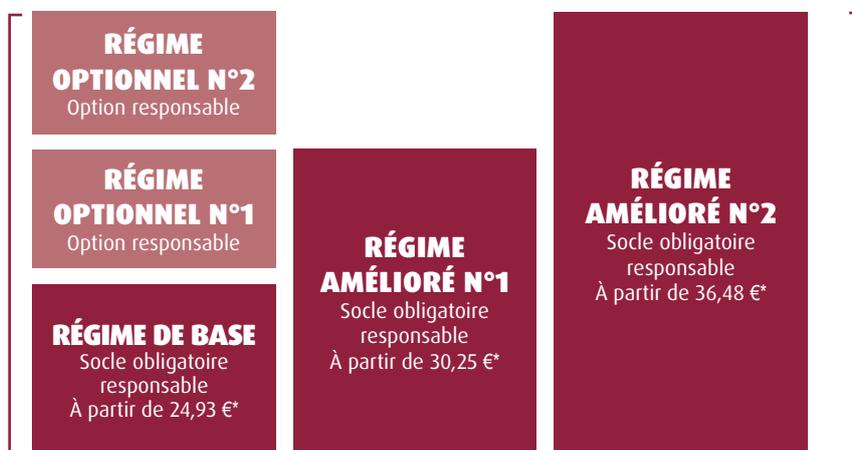
# LE RÉGIME DE VOTRE ENTREPRISE EN DÉTAILS

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

- ➔ d'une couverture conforme à votre CCN,
- ➔ des garanties conformes 100% santé,
- ➔ d'un réseau de proximité,
- ➔ d'exonération des charge salariales sur vos cotisations (sauf CSG et CRDS),
- ➔ des garanties améliorées **U** par rapport à votre CCN (médecine courante, dentaire, optique, ...),
- ➔ d'une structure de cotisation avec 3 niveaux de garanties (Régime de Base, régime Amélioré n°1 et régime Amélioré n°2),
- ➔ de prestations d'assistance et de prévention, 24h/24 et 7j/7,
- ➔ 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



\*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation salarié «Salarié» (2023).

### Option pour vos salariés

- ➔ Selon le régime collectif obligatoire mis en place par votre entreprise, vos salariés pourront souscrire une option facultatif pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

### Régime complémentaire Santé

(Choix de votre garantie obligatoire) :

- ➔ BASE : régime minimal
- ➔ Régime Amélioré n°1 : régime avec du reste à charge sur certains postes
- ➔ Régime Amélioré n°2 : régime réduisant les restes à charge

## ➔ Plafond de la Sécurité sociale 2023 (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	43 992€	10 998 €	3 666 €

## 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

Le symbole **U**, indique un remboursement majoré par rapport à votre accord conventionnel.

HOSPITALISATION (CONVENTIONNÉE OU NON)	CHOIX 1			CHOIX 2	CHOIX 3
	BASE (régime obligatoire)	RÉGIME OPTIONNEL N°1 (régime facultatif)	RÉGIME OPTIONNEL N°2 (régime facultatif)	RÉGIME AMÉLIORÉ N°1 (régime obligatoire)	RÉGIME AMÉLIORÉ N°2 (régime obligatoire)
<b>HOSPITALISATION (CONVENTIONNÉE OU NON)</b>					
Chirurgie - Hospitalisation					
Frais de séjour	225% BR	225% BR	225% BRR	225% BR	225% BRR
Honoraires-actes chirurgicaux OPTAM/OPTAM-CO	250% BR	270% BR	300% BR	270% BR	300% BR
Honoraires -actes chirurgicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	<b>U</b> 140% BR	150% BR	160% BR	150% BR	160% BR
Forfait journalier <sup>(1)</sup>	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière	<b>U</b> 80 € / jour	85 € / jour	90 € / jour	85 € / jour	90 € / jour
Forfait accompagnant (moins de 16 ans)	50 €/jour	55 € / jour	60 € / jour	55 € / jour	60 € / jour
Allocation forfaitaire naissance ou adoption	350 €	400 €	450 €	400 €	450 €
<b>SOINS COURANTS</b>					
Consultations - visite généraliste OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	180% BR	220% BR	180% BR	220% BR
Consultations - visite généraliste Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	200% BR	150% BR	200% BR
Consultations - visite spécialiste OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	220% BR	250% BR	220% BR	250% BR
Consultations - visite spécialiste Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	170% BR	200% BR	170% BR	200% BR
Honoraires- actes chirurgicaux OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	220% BR	250% BR	220% BR	250% BR
Honoraires- actes chirurgicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	170% BR	200% BR	170% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux	<b>U</b> 110% BR	150% BR	190% BR	150% BR	190% BR
Examens- analyses laboratoire	<b>U</b> 110% BR	150% BR	190% BR	150% BR	190% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	220% BR	250% BR	220% BR	250% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	170% BR	200% BR	170% BR	200% BR
Transport	<b>U</b> 125% BR	125% BR	185% BR	125% BR	185% BR
Othopédie et autres prothèses <sup>(2)</sup>	<b>U</b> 105% BR	145% BR	165% BR	145% BR	165% BR
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie remboursée à 65% par la S.S	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30% par la S.S	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 15% par la S.S	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>OPTIQUE (1 ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS À PARTIR DE 16 ANS)</b>					
Equipement 100% santé (verre, monture, prestations d'adaptation et appairage)					
Equipement du panier libre :					
A/ Equipement composé de 2 verres simples	280 €	300 €	320 €	300 €	320 €
B/ Equipement mixte composé d'un verre simple (A) et d'un verre complexe (C)	310 €	330 €	350 €	330 €	350 €
C/ Equipement composé de 2 verres complexes	340 €	360 €	380 €	360 €	380 €
D/ Equipement mixte composé d'un verre simple (A) et d'un verre très complexe (F)	320 €	340 €	360 €	340 €	360 €
E/ Equipement mixte composé d'un verre complexe (C) et d'un verre très complexe (F)	350 €	370 €	400 €	370 €	400 €
F/ Equipement composé de 2 verres très complexes	360 €	380 €	410 €	380 €	410 €
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	100% BR	100% BR		100% BR	
Lentilles remboursées par la S.S. (par bénéficiaire)	<b>U</b> 220 € (tous les 2 ans)	260 € (tous les 2 ans)	300 € (tous les 2 ans)	260 € (tous les 2 ans)	300 € (tous les 2 ans)
Lentilles refusées par la S.S. (par bénéficiaire)	<b>U</b> 100 € (tous les 2 ans)	150 € (tous les 2 ans)	200 € (tous les 2 ans)	150 € (tous les 2 ans)	200 € (tous les 2 ans)
Chirurgie laser de la myopie	<b>U</b> 100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>					
Soins et prothèse 100% santé <sup>(3)</sup>					
Soins remboursés par la S.S hors dispositif 100% santé	<b>U</b> 110% BR	170% BR	200% BR	170% BR	200% BR
Prothèses non remboursées par la S.S.	<b>U</b> 100% BR	150% BR	200% BR	150% BR	200% BR
Prothèses remboursées par la S.S. (honoraires libres et dans la limite de HLF pour les honoraires maîtrisés) <sup>(4)</sup>	200% BR	250% BR	300% BR	250% BR	300% BR
Actes dentaire hors nomenclature (par pilier + implant)	<b>U</b> 150 € / acte maxi 3/a/b	200 € / acte maxi 3/a/b	250 € / acte maxi 3/a/b	200 € / acte maxi 3/a/b	250 € / acte maxi 3/a/b
Parodontologie	<b>U</b> dans forfait ci-dessus	dans forfait ci-dessus	dans forfait ci-dessus	dans forfait ci-dessus	dans forfait ci-dessus
Orthodontie remboursée par la S.S.	<b>U</b> 250% BR	300% BR	350% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.	150 € / semestre	200 € / semestre	250 € / semestre	200 € / semestre	250 € / semestre



## AIDE AUDITIVE

Equipement 100% santé

Equipement du panier libre(tous les 4 ans dans la limite du PLV)	170% BR	200% BR	250% BR	200% BR	250% BR
--	---------	---------	---------	---------	---------

Petit accessoire (piles) remboursé SS	170% BR	200% BR	250% BR	200% BR	250% BR
---------------------------------------	---------	---------	---------	---------	---------



## AUTRES PRESTATIONS (S)

Ostéopathie, chiropractie, microkinésie, étioopathie, acupuncture, podologie, diététique, psychologie (par an/bénéficiaire)	110 €	150 €	180 €	150 €	180 €
---	-------	-------	-------	-------	-------

Sevrage tabagique (par an/bénéficiaire)	65 €	65 €	65 €	65 €	65 €
---	------	------	------	------	------

Forfait global vaccins prescrits non remboursés (par an / bénéficiaire)	30 €	40 €	50 €	40 €	50 €
---	------	------	------	------	------

Cure thermale acceptée par la S.S.

-Honoraires	100% BR				
-------------	---------	---------	---------	---------	---------

-Transport et hébergement (par an/bénéficiaire)	-	100 €	200 €	100 €	200 €
---	---	-------	-------	-------	-------



## SERVICES INCLUS

Assistance (hospi, aide aux aidants) et second avis médical	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
---	--------	--------	--------	--------	--------

Consultation 24h/24 7j/7	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
--------------------------	--------	--------	--------	--------	--------

Réseau de soins	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
-----------------	--------	--------	--------	--------	--------

Espace employeur	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
------------------	--------	--------	--------	--------	--------

### Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur.

Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR. 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) Professionnels de santé réglementés : praticien justifiant d'un numéro ADELI. Professionnels de santé non réglementés : praticien inscrit à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif) de son aptitude professionnelle.

**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.



## RESTE À CHARGE - EXEMPLES DE REMBOURSEMENT



**SUR UMANENS.FR**, VOUS AVEZ DESORMAIS LA POSSIBILITÉ D'UTILISER UN **SIMULATEUR DE RESTE À CHARGE**, ET DE VISUALISER LES **EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS DE VOTRE GARANTIE**.





# MODE D'EMPLOI DE VOS COTISATIONS EN € POUR 2023 (RÉGIME GÉNÉRAL)

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



Salarie  
(seul)

### EXEMPLE :

Votre choix  
pour vos salariés



Régime  
obligatoire  
de Base

Salarie seul  
(Isolé)



Part salariale  
Régime de Base :

Coût total  
de la couverture  
obligatoire



= 49,86 €

PART PATRONALE  
DE LA  
COTISATION  
OBLIGATOIRE :  
24,93 €

<sup>3</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.



## VOS COTISATIONS :

### EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

Régime souscrit par l'entreprise : Régime collectif **BASE**.

Choix 1 RÉGIME DE BASE = régime obligatoire						
Régime général	RÉGIME DE BASE		RÉGIME OPTIONNEL N°1	RÉGIME OPTIONNEL N°2		
Salarié	1,36% PMSS	Part patronale : 24,93 €* Soit + 24,93 €	+ 0,46% PMSS Soit + 16,86 €	+ 0,97% PMSS Soit + 35,56 €		
Conjoint	+1,47% PMSS	Soit + 53,89 €	+ 0,50% PMSS Soit + 18,33 €	+ 1,05% PMSS Soit + 38,49 €		
Enfant <sup>(1)</sup>	+0,90% PMSS	Soit + 33,00 €	+ 0,31% PMSS Soit + 11,36 €	+ 0,68% PMSS Soit + 24,93 €		

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

Choix 2 AMÉLIORÉ N°1 = régime obligatoire		
Régime général	AMÉLIORÉ N°1	
Salarié	1,65% PMSS	Part patronale : 30,25 €* Soit + 30,25 €
Conjoint	+ 1,78% PMSS	Soit + 65,25 €
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 1,13% PMSS	Soit + 41,43 €
<b>ou</b>		
Isolé	1,65% PMSS	Part patronale : 30,25 €* Soit + 30,25 €
Famille <sup>(2)</sup>	4,70% PMSS	Part patronale : 86,15 €* Soit + 86,15 €

Choix 3 AMÉLIORÉ N°2 = régime obligatoire		
Régime général	AMÉLIORÉ N°2	
Salarié	1,99% PMSS	Part patronale : 36,48 €* Soit + 36,48 €
Conjoint	+ 2,15% PMSS	Soit + 78,82 €
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 1,40% PMSS	Soit + 51,32 €
<b>ou</b>		
Isolé	1,99% PMSS	Part patronale : 36,48 €* Soit + 36,48 €
Famille <sup>(2)</sup>	5,66% PMSS	Part patronale : 103,75 €* Soit + 103,75 €

<sup>(1)</sup> Enfant : gratuité à partir du 3<sup>ème</sup> enfant

<sup>(2)</sup> Famille : Salarié + ayants droit (conjoint et/ou enfants)

Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garanties supérieur, **le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge**. Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à votre charge.

La structure de cotisation «isolé/famille» est conditionnée à un effectif minimum de 5 salariés dans l'entreprise et également à l'affiliation des salariés en fonction de leur situation de famille réelle impliquant la prise en charge employeur à 50% sur la cotisation famille.

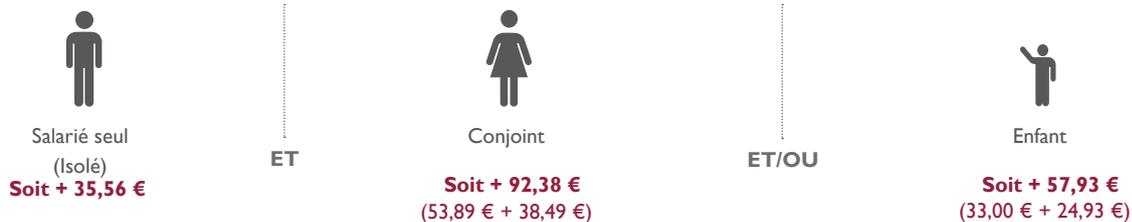
### EXEMPLE :

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

Base ➔ Régime optionnel n°2 + EXTENSION AUX AYANTS DROIT.

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE (PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE : 24,93 \* 2 = 49,86 €

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :



## Accédez à vos services en ligne ! sur : [www.umanens.fr](http://www.umanens.fr)

### TOUS NOS SERVICES EN LIGNE :

- 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.