




**Régime  
frais de santé  
de votre entreprise**

**CCN DES TRANSPORTS  
ROUTIERS  
(MARCHANDISES,  
LOCATION, FRET)**

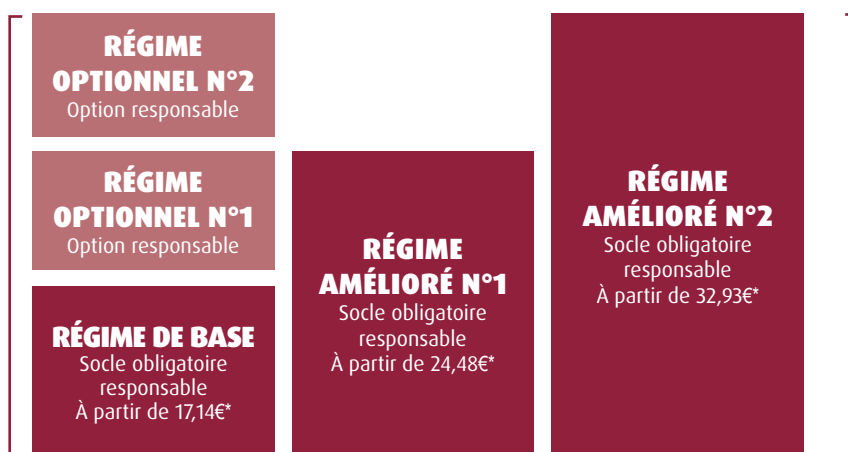
# LE RÉGIME DE VOTRE ENTREPRISE EN DÉTAILS

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

- d'une couverture conforme à votre CCN,
- de garanties conformes 100% santé,
- d'un réseau de proximité,
- d'exonération des charges salariales sur vos cotisations (sauf CSG et CRDS),
- des garanties améliorées  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 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» (2020).

### 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

## 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

	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>FRAIS D'HOSPITALISATION</b>					
Chirurgie - Hospitalisation					
Frais de séjour - Secteur conventionné	105% BR	185% BR	260% BR	190% BR	280% BR
Honoraires - Secteur conventionné OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	185% BR	260% BR	190% BR	280% BR
Honoraires - Secteur conventionné Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	165% BR	200% BR	170% BR	200% BR
Forfait hospitalier <sup>(1)</sup>	100%BR	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
Chambre particulière	1% PMSS/J	1,2% PMSS / J	2% PMSS / J	1,5% PMSS / J	2,5% PMSS / J
Frais d'accompagnant (-de 16 ans)	1,2% PMSS / J	1,2% PMSS / J	1,4% PMSS / J	1,5% PMSS / J	2% PMSS / J
Maternité - Prime de naissance	1% PMSS	6% PMSS	12% PMSS	6% PMSS	12% PMSS
<b>FRAIS MEDICAUX</b>					
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	155% BR	200% BR	165% BR	220% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	135% BR	180% BR	145% BR	200% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	155% BR	200% BR	160% BR	220% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	135% BR	180% BR	140% BR	200% BR
Analyses	105% BR	105% BR	190% BR	105% BR	210% BR
Auxiliaires médicaux	105% BR	105% BR	190% BR	105% BR	210% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	155% BR	200% BR	160% BR	220% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	135% BR	180% BR	140% BR	200% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	120% BR	200% BR	140% BR	220% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	180% BR	120% BR	200% BR
Orthopédie et autres prothèses <sup>(2)</sup>	105% BR	145% BR	165% BR	155% BR	175% BR
Transport remboursé par la S.S.	125% BR	125% BR	185% BR	130% BR	190% BR
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie (SMR important, faible et homéopathie)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<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	110% BR	170% BR	200% BR	170% BR	200% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	155% BR	220% BR	220% BR	220% BR	220% BR
Orthodontie Non Remboursée par la S.S.	-	100% BRR	100% BRR	100% BRR	100% BRR
Prothèses (panier libre et maîtrisé) <sup>(4)</sup>	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. <sup>(5)</sup>	150% BR	195% BR	315% BR	215% BR	315% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	150% BR	195% BR	315% BR	215% BR	315% BR
Dents du sourire non remboursées par la S.S. <sup>(5)</sup>	-	100% BRR	220% BRR	100% BRR	220% BRR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. <sup>(6)</sup>	-	100% BRR	220% BRR	100% BRR	220% BRR
Actes dentaires hors nomenclature (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	-	-	7% PMSS	-	8% PMSS
<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 BASE	Voir grille optique RÉGIME OPTIONNEL 1	Voir grille optique RÉGIME OPTIONNEL 2	Voir grille optique RÉGIME AMÉLIORÉ 1	Voir grille optique RÉGIME AMÉLIORÉ 2
Verres panier libre	Voir grille optique BASE	Voir grille optique RÉGIME OPTIONNEL 1	Voir grille optique RÉGIME OPTIONNEL 2	Voir grille optique RÉGIME AMÉLIORÉ 1	Voir grille optique RÉGIME AMÉLIORÉ 2
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/an/bénéficiaire)	6% PMSS - tous les 2 ans	7,5% PMSS	8,5% PMSS	9% PMSS	10% PMSS
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables/an/bénéficiaire)	-	8% PMSS	10% PMSS	8% PMSS	10% PMSS
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	-	8% PMSS par œil/an/bénéficiaire	10% PMSS par œil/an/bénéficiaire	8% PMSS par œil/an/bénéficiaire	10% PMSS par œil/an/bénéficiaire
<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 dans la limite du prix limite de vente PLV)	105% BR	145% BR	165% BR	150% BR	165% BR
<b>PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCES</b>					
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésies, Etiopathie, Acupuncture, sevrage tabagique, Podologie, Dététique, et Psychologie (forfait/an/bénéficiaire)	80€	110€	150€	110€	150€
Cures Thermales (acceptées par la S.S.)					
Honoraires	-	-	100% BR	-	100% BR
Transport remboursé par la S.S.	-	-	7% PMSS	-	8% PMSS
Patch anti-tabac (forfait/an/bénéficiaire en complément S.S.)	55€	55€	55€	55€	55€

**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	RÉGIME	RÉGIME	RÉGIME	RÉGIME	RÉGIME	RÉGIME
		(régime oblig)	OPTIONNEL N°1 (régime fac)	OPTIONNEL N°2 (régime fac)	AMÉLIORÉ N°1 (régime oblig)	AMÉLIORÉ N°2 (régime oblig)	AMÉLIORÉ N°2 (régime oblig)	AMÉLIORÉ N°2 (régime oblig)
TYPE DE VERRE		2V+1M	2V+1M	ENFANT 2V + 1M	ADULTE 2V+1M	2V+1M	ENFANT 2V + 1M	ADULTE 2V+1M
Verres simple foyer, sphériques	A et C	4,3% à 5,4% PMSS	5,7% à 7,1% PMSS	5,8% à 7,1% PMSS	8,6% à 13,20% PMSS	6,6% à 8% PMSS	6% à 7,5% PMSS	9% à 14,5% PMSS
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	A et C	4,3% à 5,4% PMSS	5,7% à 7,1% PMSS	5,8% à 7,1% PMSS	8,6% à 13,20% PMSS	6,6% à 8% PMSS	6% à 7,5% PMSS	9% à 14,5% PMSS
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	C et F	5,4% PMSS	7,1% PMSS	7,1% PMSS	13,20% PMSS	8% PMSS	7,5% PMSS	14,5% PMSS
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	C et F	5,4% PMSS	7,1% PMSS	7,1% PMSS	13,20% PMSS	8% PMSS	7,5% PMSS	14,5% PMSS
TYPE DE VERRE								
Équipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	5,4% PMSS	7,1% PMSS	7,1% PMSS	13,20% PMSS	8% PMSS	7,5% PMSS	14,5% PMSS
	D	5,4% PMSS	7,1% PMSS	7,1% PMSS	13,20% PMSS	8% PMSS	7,5% PMSS	14,5% PMSS
	E	5,4% PMSS	7,1% PMSS	7,1% PMSS	13,20% PMSS	8% PMSS	7,5% PMSS	14,5% PMSS
MONTURE PANIER LIBRE		1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE
<b>Garantie</b>		100€	100€	100€	100€	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) B : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 560€

V Simple + V T Complexe (A+F) D : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 610€

V Complexe + V T Complexe (C+F) 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



Soins courant : visite chez un spécialiste OPTAM (Cardiologue) : dépense 60€

CHOIX EMPLOYEUR	BASE	REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT	RESTE À CHARGE
		SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE	
CHOIX EMPLOYEUR	BASE	19,60€	29,40€	30,60€
CHOIX SALARIÉ	RÉGIME OPTIONNEL N°1	19,60€	43,40€	16,60€
CHOIX SALARIÉ	RÉGIME OPTIONNEL N°2	19,60€	56,00€	4,00€
OU				
CHOIX EMPLOYEUR	RÉGIME AMÉLIORÉ N°1	19,60€	46,20€	13,80€
CHOIX EMPLOYEUR	RÉGIME AMÉLIORÉ N°2	19,60€	60,00€	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 € POUR 2020 (RÉGIME GÉNÉRAL)

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



Salariné  
(seul)

### EXEMPLE :

Votre choix  
pour vos salariés



Régime  
obligatoire  
Amélioré n°1

PART PATRONALE  
DE LA  
COTISATION  
OBLIGATOIRE :  
24,48€

Salariné seul  
(Isolé)



Part salariale  
Amélioré n°1 :  
24,48 €

Coût total  
de la couverture  
obligatoire



= 48,96€

<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**.

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 1 RÉGIME DE BASE = régime obligatoire						
Régime général	RÉGIME DE BASE		RÉGIME OPTIONNEL N°1		RÉGIME OPTIONNEL N°2	
Salariné	1,00% PMSS	Part patronale : 17,14€*	+0,50% PMSS	Soit +17,14 €	+1,00% PMSS	Soit +34,28 €
Conjoint	+1,00% PMSS	Soit +34,28 €	+0,50% PMSS	Soit +17,14 €	+1,00% PMSS	Soit +34,28 €
Enfant <sup>(1)</sup>	+0,50% PMSS	Soit +17,14 €	+0,22% PMSS	Soit +7,54 €	+0,40% PMSS	Soit +13,71 €

Choix 2 AMÉLIORÉ N°1 = régime obligatoire		
Régime général	AMÉLIORÉ N°1	
Salariné	1,45% PMSS	Part patronale : 24,48€*
Conjoint	+1,45% PMSS	Soit +49,71 €
Enfant <sup>(1)</sup>	+0,69% PMSS	Soit +23,65 €
<b>ou</b>		
Isolé	1,45% PMSS	Part patronale : 24,86€*
Famille <sup>(2)</sup>	3,90% PMSS	Part patronale : 66,85€*

Choix 3 AMÉLIORÉ N°2 = régime obligatoire		
Régime général	AMÉLIORÉ N°2	
Salariné	1,95% PMSS	Part patronale : 32,93€*
Conjoint	+1,95% PMSS	Soit +66,85 €
Enfant <sup>(1)</sup>	+0,85% PMSS	Soit +29,14 €
<b>ou</b>		
Isolé	1,95% PMSS	Part patronale : 33,43€*
Famille <sup>(2)</sup>	5,29% PMSS	Part patronale : 90,67€*

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

<sup>(2)</sup> Famille : Salariné + 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.

### 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 :  $17,14 * 2 = 34,28 €$

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



Salariné seul

(Isolé)

Soit + 34,28€

ET



Conjoint

Soit + 68,56€  
(34,28€ + 34,28€)

ET/OU



Enfant

Soit + 30,85€  
(17,14€ + 13,71€)



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.