



Garanties et tarifs

Régime frais de santé
CCN DES MISSIONS
LOCALES ET PAIO DU 21
FÉVRIER 2001
IDCC N° 2190

 HOSPITALISATION (Y COMPRIS EN CAS DE MATERNITÉ)	Socle de Base	Option (Y compris Socle de Base)
Honoraire médicaux et chirurgicaux en établissements OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR	300% BR
Honoraire médicaux et chirurgicaux en établissements Hors OPTAM/ OPTAM-CO	180% BR	200% BR
Frais de séjour	100% FR	100% FR
Forfait hospitalier (y compris en service psychiatrique)	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR
Chambre particulière (y compris en cas de maternité)	2% PMSS/jour	3% PMSS/jour
Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	1,5% PMSS/jour	2% PMSS/jour
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100% BR	100% BR
 MÉDECINE GÉNÉRALE		
Consultations - visites Généralistes OPTAM/ OPTAM-CO	150% BR	250% BR
Consultations - visites Généralistes Hors OPTAM/ OPTAM-CO	130% BR	200% BR
Consultations - visites Spécialistes et Neuropsychiatre OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR	250% BR
Consultations - visites Spécialistes et Neuropsychiatre Hors OPTAM/ OPTAM-CO	180% BR	200% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité OPTAM/ OPTAM-CO	150% BR	250% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité Hors OPTAM/ OPTAM-CO	130% BR	200% BR
Analyses médicales, travaux de laboratoire	200% BR	250% BR
Radiologie, imagerie médicale OPTAM/ OPTAM-CO	150% BR	250% BR
Radiologie, imagerie médicale Hors OPTAM/ OPTAM-CO	130% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	150% BR	250% BR
 PROTHÈSES NON DENTAIRES		
Prothèses auditives	200% BR	250% BR
Autres prothèses (prothèses orthopédiques plus l'appareillage)	180% BR	250% BR
 PHARMACIE		
Frais pharmaceutiques (y compris vaccins) remboursés par la S.S.	100% BR	100% BR
Pilules contraceptives non remboursées par la S.S.	50 €/an/bénéficiaire	70 €/an/bénéficiaire
Traitement des addictions médicalement prescrit et non remboursé par la S.S.	30 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
 OPTIQUE		
Verres (Une paire tous les 2 ans*)	De 1,9% à 5,4% PMSS (par verre)	De 2,7% à 7,4% PMSS (par verre)
Monture (Une monture tous les 2 ans*)	3% PMSS	4% PMSS
Lentilles (remboursées et non remboursées par la S.S. et jetables)**	3% PMSS	5% PMSS
Chirurgie de la myopie (par œil)	15% PMSS	20% PMSS
 DENTAIRE		
Soins dentaires	150% BR	250% BR
Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la S.S. (à l'exclusion des prothèses non inscrites à la nomenclature)	150% BRR	250% BRR
Inlays - Onlays	200% BR	300% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	230% BR/semestre	330% BR/semestre
Orthodontie non remboursée par la S.S.	150% BRR/semestre	250% BRR/semestre
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire et lambeau)	120 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Implants dentaires	300 €/an/bénéficiaire	500 €/an/bénéficiaire
 CURE THERMALE		
Acceptée par la S.S.	10% PMSS	15% PMSS
 ACTES DE PRÉVENTION		
Les 7 actes figurant dans la liste de la HAS***	100% BR	100% BR
 AUTRES ACTES		
Maternité : allocation forfaitaire naissance ou adoption****	5% PMSS	15% PMSS
Médecines douces (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncteur)	1% PMSS/séance (maximum 4 séances/an/bénéficiaire)	1,5% PMSS/séance (maximum 4 séances/an/bénéficiaire)
Assistance Santé	OUI	OUI

Les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale (sauf prestations exprimées en euros).

*Sauf pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ces 2 cas, la période de renouvellement est réduite à un an).

** En tout état de cause, pour les lentilles remboursées par la S.S., prise en charge du ticket modérateur.

*** Actes des contrats responsables déterminés par l'arrêté du 8 juin 2006 publié au JO du 18 juin 2006

**** Naissance déclarée à l'état civil (ou adoption d'un enfant de moins de 12 ans). Doublée en cas de naissance multiple.

Les montants de remboursement applicables aux médecins adhérant au CAS sont identiques aux montants applicables aux médecins ayant souscrit l'OPTAM/OPTAM-CO.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - BRR : Base de remboursement reconstituée - CAS : Contrat d'Accès aux Soins FR : Frais Réels - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur - 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

Grille optique Socle de Base

Type de Verre	Rbt. par verre y compris S.S. exprimé en % du PMSS
	Socle de Base ⁽¹⁾
Verres simple foyer, sphériques	
Sphère de - 6 à + 6	1,9%
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2,6%
Sphère < - 10 ou > + 10	2,9%
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	
Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6	2,2%
Cylindre < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2,7%
Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6	3,2%
Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	3,5%
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	
Sphère de - 4 à + 4	4,0%
Sphère < - 4 ou > + 4	4,5%
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	
Sphère de - 8 à + 8	5,0%
Sphère < - 8 ou > + 8	5,4%

⁽¹⁾ Limité à une paire tous les 2 ans sauf pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ces 2 cas, la période de renouvellement est réduite à un an).

Grille optique Option

Type de Verre	Rbt. par verre y compris S.S. exprimé en % du PMSS
	Option (y compris Socle de Base) ⁽¹⁾
Verres simple foyer, sphériques	
Sphère de - 6 à + 6	2,7%
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	3,4%
Sphère < - 10 ou > + 10	4,0%
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques	
Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6	3,0%
Cylindre < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	3,7%
Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6	4,2%
Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	4,8%
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	
Sphère de - 4 à + 4	5,4%
Sphère < - 4 ou > + 4	6,1%
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	
Sphère de - 8 à + 8	6,7%
Sphère < - 8 ou > + 8	7,4%

⁽¹⁾ Limité à une paire tous les 2 ans sauf pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ces 2 cas, la période de renouvellement est réduite à un an).

MODALITÉS DE CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations du régime Frais de santé sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Choix de la garantie obligatoire par l'employeur :

- Socle de base : Conforme au régime conventionnel minimal
- Option : un 2^{ème} niveau de couverture pour une meilleure prise en charge

Et pour les salariés ?

Pour compléter le régime Socle de Base, vos salariés pourront souscrire l'Option facultative et en faire bénéficier leurs ayants droit

La cotisation :

- La part employeur s'élève à 50% minimum du régime obligatoire souscrit par vos soins.
- Les cotisations obligatoires (part employeur + part salarié) sont prélevées sur le bulletin de paie et sont versées au gestionnaire par l'employeur.
- Le salarié peut couvrir sa famille au moyen:
 - d'une cotisation obligatoire pour les ayants droit (structure : Isolé/Famille)
 - d'une cotisation facultative pour le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale
- En cas de souscription de garanties facultatives pour lui-même et ses ayants droit, le salarié en supporte directement la charge, ces cotisations étant prélevées sur son compte bancaire.

MONTANT DES COTISATIONS MENSUELLES 2017-2018

Le montant des cotisations dépend du régime dont relève l'entreprise et du niveau de couverture choisi. (Régime Général ou Local (Alsace-Moselle)).

Régime	CHOIX 1				CHOIX 2	
	SOCLE DE BASE (Régime Obligatoire)		OPTION (y compris Socle de Base)		OPTION (Régime Obligatoire)	
	Général	Local A/M	Général	Local A/M	Général	Local A/M
Salarié isolé	1,55%	0,93%	+0.55%	+0.55%	2,01%	1,39%
Famille (1)	2,81%	1,69%	+1.01%	+1.01%	3,65%	2,53%
Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale (facultatif)	+1,7%	+1,02%	+0.61%	+0.61%	+ 0,51%	+ 0,51%

(1) Inclut le salarié, les enfants et le conjoint à charge au sens de la sécurité sociale

Selon le régime collectif obligatoire choisi par l'employeur, les cotisations facultatives pour les options et le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale (en gras dans le tableau-case grisée).

➤ Plafond de la Sécurité sociale 2017

	Annuel	Trimestriel	Mensuel (PMSS)
Plafond de la Sécurité sociale	39 228 €	9 807 €	3 269 €

INFORMATIONS PRATIQUES

➔ Règles sociales et fiscales des cotisations

Conditions d'exonérations spécifiques aux régimes complémentaires Frais de santé

Pour ouvrir droit aux exonérations sociales, le contrat mis en place doit respecter le cahier des charges des contrats dits «responsables». Il permet de bénéficier des exonérations fiscales et sociales attachées à ce dispositif dans la limite des plafonds d'exonérations (6% du montant du PASS et 1,5% de la rémunération du salarié dans la limite de 12% du PASS).

➔ Prélèvements sociaux

Les cotisations restent soumises aux prélèvements obligatoires suivants :

(Les informations présentées sont susceptibles d'être modifiées par les lois de finances.)

	Assiette	Supporté(e) par	Charges sociales %
CSG non déductible	100 % de la part employeur finançant le régime frais de santé est assujettie en totalité à la CSG.	Le salarié	2,40 %
CSG déductible	100 % de la part employeur finançant le régime frais de santé est assujettie en totalité à la CSG.	Le salarié	5,10 %
CRDS	100 % de la part employeur finançant le régime frais de santé est assujettie en totalité à la CRDS.	Le salarié	0,5 %
Forfait social	Il concerne uniquement les entreprises employant 11 salariés et plus. Il est calculé sur la part employeur finançant le régime frais de santé. 100 % de la part employeur finançant le régime frais de santé est assujettie en totalité au forfait social.	L'employeur	8 %

Les prélèvements sociaux, CSG-CRDS et forfait social sont versés à l'URSSAF.

La contribution patronale à un contrat facultatif est soumise en totalité aux prélèvements sociaux, à la CSG et la CRDS.

➔ Taxes obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2016

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) ont fusionné. Cette nouvelle taxe est applicable aux contrats complémentaires frais de santé. Le taux de cette taxe est de 13,27%, sous réserve que le contrat réponde au cahier des charges des contrats responsables. Dans le cas contraire, le taux de cette taxe est porté à 20,27%.



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... L'expérience mutuelle !

Umanens c'est :

220 agences sur le Territoire, 1 Million de personnes protégées !

Accompagnement & Adhésion...

Rien de plus simple,

à vous de choisir la solution qui vous convient :



Contactez un conseiller

par téléphone : **01 70 98 32 12**

ou par mail : **gestion-entreprises@umanens.fr**



Par courrier en nous retournant

la demande d'adhésion, accompagnée des pièces justificatives à l'adresse suivante :

GESTION BRANCHE UMANENS

TSA 60002

75487 PARIS CEDEX 10.

