



**Régime frais de
santé de votre
entreprise**

**PME DU
CAOUTCHOUC
ET DE LA
PLASTURGIE**

**IDCC N° 45
ET N° 292**

www.umanens.fr

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 réseau de proximité,
- ➔ d'exonération des charges salariales sur vos cotisations (sauf CSG et CRDS),
- ➔ d'un **taux de cotisation stable pour 2018 et 2019**,
- ➔ 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 charge à l'aide d'une surcomplémentaire à caractère 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 Option non responsable	BIENÊTRE Option non responsable	BIENÊTRE Option non responsable	BIENÊTRE + Option non responsable
OPTION 3 Option responsable	OPTION 3 Option responsable	OPTION 3 Option responsable	OPTION 3 Socle obligatoire responsable À partir de 39,00€*
OPTION 2 Option responsable	OPTION 2 Option responsable	OPTION 2 Socle obligatoire responsable À partir de 35,20€*	
OPTION 1 Option responsable	OPTION 1 Socle obligatoire responsable À partir de 30,89€*		
BASE Socle obligatoire responsable À partir de 19,84€*			

*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «Isolé», en % du PMSS (Valeur 2018).

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 2018 (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	39 732 €	9 933 €	3 311 €

i 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).



GRILLE DE GARANTIES

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 (Y COMPRIS BASE)	OPTION 2 (Y COMPRIS BASE)	OPTION 3 (Y COMPRIS BASE)	BIENÊTRE	BIENÊTRE + UNIQUEMENT SUR L'OPTION 3	
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ							
Frais de séjour	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-	
Honoraires - médecin OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	+ 30% BR en secteur conventionné	+ 30% en secteur conventionné	
Honoraires - médecin hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	+ 200% BR en secteur conventionné	+ 200% en secteur conventionné	
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	-	-	
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	-	2% PMSS/jour	3% PMSS/jour	4% PMSS/jour	-	+ 40€/jour	
Chambre particulière	-	2% PMSS/jour	3% PMSS/jour	4% PMSS/jour	-	+ 50€/jour max 90j en MCO et 30j en psychiatrie	
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-	-	
ACTES MÉDICAUX COURANTS							
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	
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	
Visites généralistes / spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR	+ 30% BR	
Visites généralistes / spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	150% BR	180% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR	
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	250% BR	250% BR	250% BR	+ 30% BR	+ 30% BR	
Actes de petite chirurgie hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	160% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR	
Analyses, laboratoire	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-	
Auxiliaires médicaux	100% BR	250% BR	350% BR	450% 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	-	-	
PHARMACIE							
Pharmacie remboursée par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-	-	
Médicaments, vaccins ou homéopathie prescrits par un médecin et non remboursés par la S.S.	-	-	-	-	+ 100€	+ 100€	
DENTAIRE							
Soins dentaires remboursés par la S.S.	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-	
Inlay / onlay	100% BR	250% BR	350% BR	450% BR	-	-	
Inlay core	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-	
Parodontologie non remboursée par la S.S. (max 3 actes/an/bénéficiaire)	-	max 150€/acte	max 300€/acte	max 450€/acte	-	-	
Implantologie non remboursée par la S.S. (racine et pilier) (max 3 implants/an/bénéficiaire)	-	max 10% PMSS/ implant	max 15% PMSS/ implant	max 20% PMSS/ implant	-	+ 150€/implant	
Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-	
Prothèses dentaires non remboursées par la S.S. ^(*)	-	260% BRR	360% BRR	460% BRR	-	-	
Orthodontie remboursée par la S.S.	125% BR	260% BR	360% BR	460% BR	-	-	
Orthodontie non remboursée par la S.S.	125% BRR	260% BRR	360% BRR	460% BRR	-	-	
AUTRES PROTHÈSES							
Prothèses auditives remboursées par la S.S. /an/bénéficiaire ^(**)	100% BR	max 10% PMSS	max 15% PMSS	max 20% PMSS	-	+ 400€	
Appareillages remboursés par la S.S. /an/bénéficiaire ^(**)	100% BR	max 7,5% PMSS	max 10% PMSS	max 15% PMSS	-	+ 400€ (gros appareillage uniquement)	
OPTIQUE (***) les forfaits s'entendent par équipement et un équipement / 2 ans							
Verres remboursés par la S.S.	Verres simples ⁽¹⁾	100€	200€	280€	320€	-	+ 150€ / Verre
	Verres complexes ⁽²⁾	200€	350€	500€	600€		
	Verres hyper complexes ⁽³⁾	200€	450€	600€	700€		
Monture remboursée par la S.S.	50€	80€	110€	150€	-	-	
Lentilles remboursées par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire ^(**)	5% PMSS	5% PMSS	10% PMSS	12,5% PMSS	-	-	
Lentilles non remboursées par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire	-	5% PMSS	10% PMSS	12,5% PMSS	-	-	
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)	-	300€	400€	600€	-	+ 200€	
MATERNITÉ - ADOPTION(****)							
Indemnité forfaitaire (doublee en cas de naissance gémellaire)	5% PMSS	10% PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	-	
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S.							
Allocation forfaitaire	-	100% FR max 10% PMSS	100% FR max 15% PMSS	100% FR max 20% PMSS	-	-	

PACK BIEN-ÊTRE	BASE	OPTION 1 (Y COMPRIS BASE)	OPTION 2 (Y COMPRIS BASE)	OPTION 3 (Y COMPRIS BASE)	BIENÊTRE	BIENÊTRE +
Ostéopathie, Chiropracteur, Microkinésiste, Etiopathe, Acupuncteur, Sevrage tabagique, Podologue, Dététique, et Psychologie	20€ / séance (max 2 séances/an/bénéficiaire)	30€ / séance (max 3 séances/an/bénéficiaire)	40€ / séance (max 4 séances/an/bénéficiaire)	50€ / séance (max 5 séances/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€

(*) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418. (***) En tout état de cause, remboursement du ticket modérateur, inclut dans la garantie. (****) Prise en charge limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 équipement tous les ans). La part de prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. (1) Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. (2) Verres simple foyer, dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. (3) Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries (****) Naissance déclarée à l'état civil (ou adoption d'un enfant de moins de 12 ans), sous réserve de fourniture du justificatif

BR : Base de remboursement de la Séc. Soc. BRR : Base de remboursement reconstituée. - FR : Frais réels - MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - S.S. : Sécurité sociale.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE RESTE À CHARGE

EN COMPLÉMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE*



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

RÉGIME CHOISI PAR L'EMPLOYEUR	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS LA SÉCURITÉ SOCIALE		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 Y COMPRIS LA SÉCURITÉ SOCIALE		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€



Actes médicaux : Consultation spécialiste HORS OPTAM (ex: psychiatre) : dépense 60€

RÉGIME CHOISI PAR L'EMPLOYEUR	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS LA SÉCURITÉ SOCIALE		RESTE À CHARGE
BASE	19,60€	28,00€		32,00€
OPTION 1	19,60€		42,00€	18,00€
OPTION 2	19,60€		42,00€	18,00€
OPTION 3	19,60€		56,00€	4,00€



Dentaire : Prothèse dentaire acceptée : dépense 750€

RÉGIME CHOISI PAR L'EMPLOYEUR	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS LA SÉCURITÉ SOCIALE		RESTE À CHARGE
BASE	75,25€	134,38€		615,63€
OPTION 1	75,25€		268,72€	468,75€
OPTION 2	75,25€		376,25€	373,75€
OPTION 3	75,25€		483,00€	266,25€

*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 2018 (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 : 30,89€

Salarié (Isolé)



Part salariale Option 1 : 30,89€

Cout total de la couverture obligatoire



= 61,78€

* 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 2018

Choix 1 BASE = régime obligatoire								
Régime général	BASE		Option 1		Option 2		Option 3	
Isolé	1,199% PMSS	Part patronale : 19,84€	+0,763% PMSS	Soit +25,26€	+1,141% PMSS	Soit +37,78€	+1,594% PMSS	Soit +50,96€
Famille	2,533% PMSS	Part patronale : 41,93€	+1,575% PMSS	Soit +52,15€	+2,257% PMSS	Soit +74,73€	+3,009% PMSS	Soit +99,63€
Choix 2 OPTION 1 = régime obligatoire								
Régime général	OPTION 1		Option 2		Option 3			
Isolé	1,845% PMSS	Part patronale : 30,54€	+0,324% PMSS	Soit +10,73€	+0,654% PMSS	Soit +21,65€		
Famille	3,867% PMSS	Part patronale : 64,02€	+0,575% PMSS	Soit +19,04€	+1,188% PMSS	Soit +39,33€		
Choix 3 OPTION 2 = régime obligatoire								
Régime général	OPTION 2		Option 3					
Isolé	2,127% PMSS	Part patronale : 35,20€	+0,282% PMSS	Soit +9,34€				
Famille	4,368% PMSS	Part patronale : 72,31€	+0,526% PMSS	Soit +17,42€				
Choix 4 OPTION 3 = régime obligatoire								
Régime général	OPTION 3							
Isolé	2,356% PMSS	Part patronale : 39,00€						
Famille	4,795% PMSS	Part patronale : 79,38€						

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 : $30,89 * 2 = 61,78€$

COTISATION POUR UN SALARIÉ AVEC DES AYANTS DROIT : $64,02 * 2 = 128,04€$

➔ Structure Isolé/Famille



Salarié (Isolé)

Soit + 10,73€ pour l'option 2

OU



Salarié/Conjoint/Enfant(s) (Famille)

Soit + 19,04€ pour l'option 2

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.

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.



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
Retrouvez nous en un clic!



Contactez un conseiller
par téléphone : **01 85 78 13 13**
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.