



**Régime
conventionnel
frais de santé
de votre entreprise**

CCN ECLAT

Branche des métiers de l'Éducation,
de la Culture, des Loisirs et
de l'Animation agissant pour l'utilité
sociale et environnementale,
au service des Territoires

IDCC 1518

www.umanens.fr



Les signataires de la Convention collective nationale (CCN) ECLAT anciennement ANIMATION ont négocié pour vous une complémentaire santé applicable à l'ensemble des salariés de la branche.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CCN, les représentants de la branche ont référencé **Umanens comme organisme recommandé** en charge de l'assurance et la gestion du régime frais de santé.



AVEC UMANENS, VOUS ÊTES CERTAINS DE BÉNÉFICIER...

- d'une couverture conforme à votre CCN,
- des garanties conformes 100% santé,
- d'un réseau de proximité,
- de prestations d'assistance et de prévention,
- du respect du contrat responsable,
- d'options facultatives, pour vos salariés,
- d'une possibilité de couvrir ses ayants droit dans les mêmes conditions de garanties,
- de l'exonération des charges salariales sur vos cotisations.

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 une option facultative pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

Régime complémentaire Santé

(Choix de votre garantie obligatoire) :

- Base : régime minimal
- Base + Option 1 : régime médian avec du reste à charge sur certains postes
- Base + Option 2 : régime confort avec moins de reste à charge

OPTION 2 Option responsable	OPTION 2 Option responsable	BASE + OPTION 2 Socle obligatoire responsable À partir de 30€*
OPTION 1 Option responsable	BASE + OPTION 1 Socle obligatoire responsable À partir de 25,20€*	
BASE Socle obligatoire responsable À partir de 16,11€*		

*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «Salarié seul», en Euros (Valeur 2022).

➤ Plafond de la Sécurité sociale 2021 (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	41 136 €	10 284 €	3 428 €

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 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).



VOTRE GRILLE DE GARANTIES



FRAIS D'HOSPITALISATION

	Base (Sécurité sociale incluse)	Option 1 (Base incluse)	Option 2 (Base incluse)
Chirurgie - Hospitalisation			
- Frais de séjour - Secteur conventionné	100% BR	200% BR	300% BR
- Frais de séjour - Secteur non conventionné	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	220% BR	220% BR
Honoraires Hors OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier (hospitalisation, psychiatrie) ⁽¹⁾	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Forfait actes lourds	100% du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière - Secteur conventionné	1% PMSS (si nuitée)	2% du PMSS	3% du PMSS
Personne accompagnante - Secteur conventionné	0,5% PMSS (enfant - 12 ans)	1,5% du PMSS	2% du PMSS



FRAIS MÉDICAUX

Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	120% BR	120% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	220% BR	220% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	200% BR	200% BR
Analyses, auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Sage femme	120% BR	120% BR	120% BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	145% BR	170% BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	125% BR	150% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100% BR	200% BR	300% BR
Transport remboursé par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie	100% BR (SMR faible exclu)	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la S.S.	1,5% PMSS/an/bénéficiaire	2% PMSS/an/bénéficiaire	2% PMSS/an/bénéficiaire
Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non remboursés par la S.S.	2% PMSS/an/bénéficiaire	2% PMSS/an/bénéficiaire	2% PMSS/an/bénéficiaire



FRAIS DENTAIRE

Soins et prothèse 100% santé ⁽³⁾	Prise en charge intégrale 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	100% BR	100% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	200 % BR	250% BR	300% BR
Prothèses (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) ⁽⁴⁾			
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation		
Panier libre :	Actes remboursés par la sécurité sociale		
Onlays-Inlays	125% BR	150% BR	175% BR
- Dents du sourire remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾	275% BR	350% BR	450% BR
- Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	200% BR	250% BR	350% BR
- Inlays-cores remboursés s.s	150% BR	175% BR	200% BR
Implantologie (maxi 2 tous les 3 ans / bénéficiaire)	8% PMSS / implant + pilier	10% PMSS / implant + pilier	12% PMSS / implant + pilier
Parodontologie remboursée par la S.S.	150% BR	150% BR	150% BR
Désobturation endodontique (2 actes tous les 3 ans/bénéficiaire)	2% PMSS/acte	2,5% PMSS/acte	2,5% PMSS/acte



FRAIS D'OPTIQUE

Equipement 100% santé - verre ⁽⁷⁾	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipement 100% santé - monture ⁽⁷⁾	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Monture adulte du panier libre ⁽⁷⁾	80 €	100 €	100 €
Monture enfant du panier libre ⁽⁷⁾	60 €	85 €	100 €
Verres panier libre ⁽⁷⁾	Voir grille optique Base conventionnelle	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION 1	Voir grille optique Base conventionnelle + OPTION 2
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées (y compris jetables)	100% BR + 3% PMSS /an/bénéficiaire	100% BR + 3% PMSS /an/bénéficiaire	100% BR + 5% PMSS /an/bénéficiaire
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables)	-	3% PMSS	5% PMSS
Chirurgie réfractive	10% PMSS / œil	22% PMSS / œil	35% PMSS / œil

AIDE AUDITIVE			
Équipement 100% santé ⁽⁸⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement du panier libre ⁽⁸⁾	100% BR	150% BR	190% BR
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES ⁽⁹⁾			
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) remboursés par la S.S.	100% BR	100% BR + 5% PMSS	100% BR + 7% PMSS
Médecines douces reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels (ostéopathes, étioopathes, acupuncteurs, chiropracteurs, psychologues, podologues, psychomotriciens)	25 €/séance maxi 2 séances/an/bénéficiaire	35 €/séance maxi 3 séances/an/bénéficiaire	35 €/séance maxi 5 séances/an/bénéficiaire
Diététicien	25 €/séance maxi 2 séances/an/bénéficiaire	25 €/séance maxi 2 séances/an/bénéficiaire	25 €/séance maxi 2 séances/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par la S.S.	100% BR + 13 €/an/bénéficiaire	100% BR + 25 €/an/bénéficiaire	100% BR + 38 €/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par la S.S.	-	25 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	Ticket Modérateur	Ticket Modérateur	Ticket Modérateur
Traitement anti-tabac prescrit et non remboursé par la S.S.	1,5% PMSS/an/bénéficiaire	2% PMSS/an/bénéficiaire	4% PMSS/an/bénéficiaire
Forfait petit appareillage prescrit et inscrit sur la LPP, avec reste à charge (hors auditif et optique)	25 €/an/bénéficiaire	35 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur.

Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et 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.


⁽⁸⁾ 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.

⁽⁹⁾ 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 ».

⁽¹⁰⁾ Dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. ⁽¹¹⁾ Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixes / Réparation sur prothèses. ⁽¹²⁾ Dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45. ⁽¹³⁾ Dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. ⁽¹⁴⁾ La périodicité minimale du renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (une monture et 2 verres) est fixée à 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus et 1 an pour les enfants de moins de 16 ans. Un renouvellement anticipé des verres et de la monture sera possible dès 1 an en cas de dégradation de la vue dans des conditions fixées par la nomenclature. De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières.

⁽¹⁵⁾ La durée de garantie et la durée minimale avant un renouvellement de la prise en charge par la complémentaire est fixée à 4 ans. ⁽¹⁶⁾ 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.



VOS GARANTIES OPTIQUE

GRILLE OPTIQUE	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
TYPE DE VERRE (PAR VERRE) (1)						
	Enfant (2)	Adulte	Enfant (2)	Adulte	Enfant (2)	Adulte
Verres simple *	40 €	40 €	80 €	120 €	90 €	130 €
Verres complexe**	90 €	90 €	180 €	220 €	190 €	230 €
Verres très complexe***	90 €	150 €	180 €	250 €	190 €	260 €
MONTURE PANIER LIBRE	1 MONTURE		1 MONTURE		1 MONTURE	
Garantie	60 €	80 €	85 €	100 €	100 €	100 €

*Simple: Verres unifocaux sphériques sphère entre -6 et +6, Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère entre -6 et 0 et cylindre <= +4 Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère >0 et sphère + cylindre <= +6

**Complexe: Verres unifocaux sphériques sphère hors zone -6 à +6 Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère entre -6 et 0 et cylindre > +4 Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère < -6 et cylindre >= +0,25 Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère >0 et sphère + cylindre > +6 Verres multifocaux ou progressifs sphériques entre -4 et +4 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère entre -8 et 0 et cylindre <= +4 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère >0 et sphère + cylindre <= +8

***Très complexe : Verres unifocaux Sphérique hors zone -4 à +4

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère entre -8 et 0 et cylindre > +4 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère < -8 et dont le cylindre >= à +0,25 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère >0 et sphère + cylindre > +8

(1) 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.

(2) Enfant de moins de 16 ans

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT ET DE RESTE À CHARGE

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

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

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SECURITE SOCIALE	RESTE À CHARGE
BASE	187,89 €	187,89 €	462,11 €
BASE + OPTION 1	187,89 €	375,78 €	274,22 €
BASE + OPTION 2	187,89 €	563,67 €	86,33 €

 Autres prothèses - Orthopédie (ex : semelles orthopédiques) : dépense 125 €

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Y COMPRIS SECURITE SOCIALE	RESTE À CHARGE
BASE	17,32 €	28,86 €	96,14 €
BASE + OPTION 1	17,32 €	57,72 €	67,28 €
BASE + OPTION 2	17,32 €	86,58 €	38,42 €

*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 2022 (RÉGIME GÉNÉRAL)

CHOIX DE L'EMPLOYEUR ADHÉSION DU SALARIÉ COUVERTURE OBLIGATOIRE



Salaré seul

EXEMPLE :

Votre choix
pour vos salariés



Régime obligatoire
BASE

PART PATRONALE
DE LA
COTISATION
OBLIGATOIRE :
16,11€

Salaré seul
(isolé)



Part salariale
BASE :
16,11€

Coût total
de la couverture
obligatoire



= 32,22€*

* 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 : EN % PMSS ET ÉQUIVALENCE EN € SUR LA BASE DU PMSS 2021*

EXEMPLE POUR UN SALARIÉ (RÉGIME GÉNÉRAL)

Régime souscrit par l'entreprise: Régime collectif de Base

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

*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.

** Enfant : Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

Exemple :

CHOIX D'OPTIONS FACULTATIVES PAR LE SALARIÉ

Base ➔ OPTION 1 + EXTENSION AUX AYANTS DROITS

RAPPEL : COTISATION OBLIGATOIRE PRÉLEVÉE PAR L'ENTREPRISE (PART PATRONALE ET SALARIALE) SUR LE BULLETIN DE SALAIRE : 16,11 * 2 = 32,22€

LE SALARIÉ ACQUITTERA SUR SON COMPTE BANCAIRE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES 32,22€ ET LE MONTANT DE L'OPTION CHOISIE :



Salaré seul

Soit + 21,94 €

+



Conjoint

Soit + 62,04 €
(37,02 € + 25,02 €)

ET/OU



Enfant

Soit + 34,97€
(24 € + 10,97 €)



ACCÉDEZ À VOS SERVICES EN LIGNE ! sur : 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





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 :



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 :



N°Cristal 09 69 32 96 10

APPEL NON SURTAXE

Un conseiller à votre écoute !



www.umanens.fr

Souscrivez en ligne !



Par courrier en nous retournant

- Votre Bulletin d'Adhésion
(adresse de correspondance figurant dans le document),
- Vos pièces justificatives.