



Renault

Notice d'information Santé

Edition septembre 2014

Garanties réservées à l'ensemble du personnel

Votre entreprise a choisi de vous faire bénéficier des avantages d'un contrat d'assurance collective obligatoire assuré par Humanis Prévoyance et Mutuelle Renault. Une couverture facultative complémentaire vous est également proposée.

Cette notice d'information est destinée à vous informer sur vos garanties Santé.



123

Chiffres clés

LE GROUPE HUMANIS :

- > **7 millions** de personnes protégées
- > **700 000** entreprises clientes, de la TPE aux grandes entreprises
- > **1^{er}** acteur en retraite complémentaire
- > **2^{ème}** rang des institutions de prévoyance
- > **1^{er}** acteur en santé collective
- > **3^{ème}** rang des groupements mutualistes
- > **1^{er}** intervenant paritaire en épargne salariale
- > **6 400 collaborateurs** répartis sur plus de 50 sites et 59 agences

Chiffres au 31.12.2013

sommaire

Votre complémentaire santé	3
Pour mieux se comprendre	5
Le détail de vos garanties	6
Le remboursement de vos soins	11
Votre contrat en pratique	12
Dispositions générales	16
Principe règlementaire de remboursement	19

Votre complémentaire santé

○ Qui est couvert par le contrat Santé ?

- > **Vous-même**, en tant que salarié affilié au contrat.

○ Quels sont vos bénéficiaires ?

- > **Votre conjoint ou assimilé** (partenaire lié par un PACS ou concubin) même bénéficiant à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale.
- > **Vos enfants** à charge.

Régime de base

Votre affiliation au contrat santé est effective :

- dès la date d'effet du contrat,
- à votre date d'embauche si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat.

Après avoir rempli la Déclaration d'Affiliation et fourni toute déclaration et justificatifs nécessaires, le salarié affilié est dénommé « participant » dans cette notice.

○ Quels sont les enfants à charge couverts ?

On entend par enfant(s), le ou les enfants du salarié, ceux de son conjoint à charge fiscale du salarié ou de son conjoint :

- Jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire, Copie de votre dernier avis d'imposition
- Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 25^{ème} anniversaire. Copie de la carte d'invalidité

La durée d'affiliation des ayants droit est strictement liée à la durée d'affiliation du salarié. La perte de la qualité d'assuré du salarié entraîne automatiquement et immédiatement la résiliation de l'affiliation de ses ayants droit.

○ Comment changer de formule ?

La souscription au régime optionnel est effectuée pour un minimum de 2 ans. Le changement de formule (option vers base et retour ensuite base vers option, ou option cotisation isolé vers option cotisation famille et inversement) est possible dans les conditions suivantes :

- au 1^{er} jour du mois suivant la réception par notre organisme de la demande en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, séparation, divorce, naissance, adoption, veuvage), sur présentation des justificatifs correspondants,

Précisions

Conjoint : Le terme « conjoint » désigne la personne mariée avec le salarié bénéficiaire de l'accord Renault, la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité ou encore la personne vivant maritalement avec le salarié à condition d'en apporter la preuve. Cette preuve pourra être apportée par la production des documents ci-après datant de moins de 6 mois :

- un certificat de vie commune établi par la Mairie du domicile commun
ou
- une attestation sur l'honneur certifiant l'état de vie commune accompagnée de deux factures ou documents officiels mentionnant les noms des personnes concernées ainsi que la résidence commune.

Régime Optionnel

Vous pouvez choisir d'adhérer à un régime optionnel complémentaire, totalement à votre charge. L'adhésion individuelle prend effet :

- soit à la même date que le régime de base,
- à défaut, à une date postérieure, au 1^{er} jour du mois suivant la réception par notre organisme de votre demande.

Les bénéficiaires du régime optionnel sont à votre choix :

- uniquement vous-même (cotisation isolé),
- vous-même et votre famille (cotisation famille). En cas de choix de l'option famille, les bénéficiaires couverts sont les mêmes que ceux du régime de base.

- dans les autres cas, au 1^{er} janvier d'une année si la demande est faite avant le 31 octobre de l'année précédente.

En cas de résiliation du régime optionnel, la réaffiliation au régime optionnel ne sera ensuite possible qu'après un délai d'affiliation de 2 ans au régime de base seul.

Comment inscrire un bénéficiaire ?

Votre bénéficiaire va bénéficier des mêmes prestations que vous. Certains documents nous sont donc nécessaires pour l'affilier.

Vous devez nous adresser :

- Pour votre **partenaire lié par un PACS** : une attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité
- Pour votre **concubin** : une attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins et de 2 documents officiels mentionnant les noms des personnes concernées ainsi que la résidence commune (par exemple, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...) ou un certificat de vie commune établie par la Mairie du domicile commun datant de moins de 6 mois.
- Pour les **personnes à charge** : des pièces spécifiques selon la situation de chacun sont demandées. Reportez-vous à la définition des enfants à charge.

Outre ces justificatifs, la **déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale** ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

Vous devez également nous faire parvenir un relevé d'identité bancaire pour le virement de vos remboursements.

Notre organisme se réserve le droit de demander au participant toutes autres pièces justificatives. A défaut, les garanties sont suspendues.

Vous vous engagez à informer Humanis de toute modification de situation ne leur permettant plus d'avoir la qualité de bénéficiaire.



Conseil pratique

Comment demander une copie de votre attestation VITALE ?

Sur simple appel à votre **Caisse Primaire d'Assurance Maladie**, vous recevrez votre attestation à jour sous quelques jours. Vous pouvez également vous déplacer à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (obtention immédiate à la borne) ou vous connecter sur **www.ameli.fr**

Téléphone : **3646** (prix d'un appel local depuis un poste fixe)

Comment mettre à jour votre situation de famille ?

Dans votre espace client sur internet, vous avez la possibilité de visualiser les bénéficiaires de votre contrat. Vous pouvez aussi procéder à des modifications. Le mode d'accès est détaillé dans la partie «les services associés à votre contrat».

Rendez-vous sur :

mutuellerenault.fr



A noter

Votre numéro d'adhérent figure sur votre carte de tiers-payant ou sur un décompte de prestations.

Pour mieux se comprendre

Actes Hors Nomenclature

Actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures.

Allocation forfaitaire maternité

Une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil. Elle est doublée en cas de naissance multiple. Pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le participant, la même allocation est versée.

Seule la naissance d'un enfant du participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même, en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le participant lui-même.

Base de Remboursement (BR)

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale. Les montants correspondant aux différents actes sont disponibles sur le site www.ameli.fr.

Bénéficiaire

Le participant et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies dans la présente notice.

Contrat Responsable

Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Contrat Solidaire

Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Cure thermique

Frais de cure thermique (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité sociale.

Hospitalisation

- Hospitalisation chirurgicale : frais chirurgicaux proprement dits.
- Hospitalisation médicale : pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale.
- Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations facturables et spécialités pharmaceutiques).
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
 - Frais de chambre particulière.
 - Forfait hospitalier.
 - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant affilié de **moins de 12 ans**. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant, facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Hospitalisation à domicile : hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale.

Limitation pour l'hospitalisation médicale et l'hospitalisation à domicile

La prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation et **cesse, au plus tard, au 365^{ème} jour suivant ou en cas de psychiatrie au 180^{ème} jour.**

Le participant ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

Si l'hospitalisation à domicile n'est pas séparée de plus de 10 jours d'une hospitalisation médicale dans un établissement hospitalier, les séjours

i

Un glossaire reprenant le détail des définitions se rapportant au métier de la protection santé est à votre disposition sur :

mutuellerenault.fr

seront considérés **comme une seule et même hospitalisation pour le calcul de la durée de prise en charge de 365 jours ou 180 jours.**

En cas d'hospitalisation médicale, les frais de chambre particulière, le forfait hospitalier, les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat sont aussi **limités à 365 jours ou à 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.**

Médecine Alternative

Prise en charge des actes indiqués dans le tableau des garanties. Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Nomenclature

Désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.

Valeur indicative mensuelle au 1^{er} janvier 2014 : **3 129 euros.**

Vous pourrez retrouver cette valeur actualisée sur notre site internet.

Prévention

Prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur des sept actes de prévention suivants :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{ères} et 2^{èmes} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
- un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan,
- le dépistage de l'hépatite B,
- le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),
- les vaccins suivants : diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Sécurité sociale

Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Tarif forfaitaire de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket Modérateur (TM)

Différence entre le montant de la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Le détail de vos garanties

Les prestations s'entendent hors participation forfaitaire, majorations de participation ou dépassements d'honoraires qui seraient mis à la charge du participant du fait du non-respect du parcours de soins ou de la non-présentation du dossier médical personnel.

A l'exception des forfaits, le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS et tout autre organisme complémentaire.

Les prestations, ci-dessous, sont exprimées en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme.

PRESTATIONS EN COMPLEMENT DES REMBOURSEMENTS DE LA SS	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE	REGIME OPTIONNEL FACULTATIF (y compris garanties de la base)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Hospitalisation chirurgicale et médicale		
- honoraires conventionnés	200 % BR	300 % BR
- frais de séjour conventionnés	100 % BR	150 % BR
Chambre particulière (limité à 60 jours/an/bénéficiaire en maison de repos et de convalescence)	60 €/jour	120 €/jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	40 €/jour	40 €/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR
Forfait ambulatoire (hospitalisation de moins de 24 heures)	18 €	18 €
PRATIQUE MÉDICALE COURANTE		
Généralistes conventionnés (consultations & visites)	125 % BR	125 % BR
Spécialistes conventionnés (consultations & visites)	125 % BR	125 % BR
Généralistes & spécialistes non conventionnés (consultations & visites)	100 % TM	100 % TM
Pratique médicale courante (actes de spécialité)	100 % BR	100 % BR
Radiologie	150 % BR	250 % BR
Analyses	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR
Transport	100 % BR	100 % BR
MÉDECINE ALTERNATIVE		
Ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, psychomotricité, diététique, psychologue, nutritionniste, acupuncture, ergothérapie, pédicure refusée, podologue, micro-kinésie	30 €/séance dans la limite de 4 séances/an/bénéficiaire	30 €/séance dans la limite de 6 séances/an/bénéficiaire
PHARMACIE		
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % TM ou 100 % TFR - MR	100 % TM ou 100 % TFR - MR
Pilules contraceptives prescrites non remboursées par la SS	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
OPTIQUE		
<small>Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans pour les bénéficiaires de 6 ans et plus sauf changement de correction de 0,5 dioptrie Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans pour les bénéficiaires de moins de 6 ans sauf changement de correction de 0,5 dioptrie Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie Verre hypercomplexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00</small>		
Monture + 2 verres simples	200 € dont 110 € au maximum pour la monture	300 € dont 150 € au maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	400 € dont 110 € au maximum pour la monture	600 € dont 150 € au maximum pour la monture
Monture + 2 verres hypercomplexes	700 € dont 110 € au maximum pour la monture	1000 € dont 150 € au maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	300 € dont 110 € au maximum pour la monture	450 € dont 150 € au maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre hypercomplexe	500 € dont 110 € au maximum pour la monture	750 € dont 150 € au maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre hypercomplexe	600 € dont 110 € au maximum pour la monture	900 € dont 150 € au maximum pour la monture

Lentilles prises en charge par la SS et non prises en charge par la SS (y compris jetables)	100 €/2 ans/bénéficiaire	150 €/2 ans/bénéficiaire
Chirurgie réfractive, traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	500 € par oeil	500 € par oeil
DENTAIRE		
Soins dentaires, consultations, radiographie, inlays-onlays, parodontologie pris en charge par la SS	200 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (y compris couronne sur implant)	300 % BR	450 % BR
Implantologie (pose de l'implant et pilier de l'implant)	500 €/implant dans la limite de 2 implants/an/bénéficiaire	700 €/implant dans la limite de 2 implants/an/bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par la SS	300 €/3 ans/bénéficiaire	400 €/3 ans/bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la SS	300 % BR	400 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS		400 €/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE		
Appareillage et orthopédie	200 % BR	300 % BR
Prothèses auditives	400 % BR	600 % BR
Autres prothèses et accessoires pris en charge par la SS	500 €/an/bénéficiaire	500 €/an/bénéficiaire
CURES		
Cures thermales prises en charge par la SS	100 % BR	100 % BR + 150 €/an/bénéficiaire

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur
MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
SS : Sécurité Sociale
TM : Ticket Modérateur



Exemple de remboursement

	Dépenses	Remboursement de la SS	BASE ET OPTION	
			Remboursement Mutuelle Renault	Reste à charge
Consultation généraliste secteur 1	23,00 €	15,10 €	6,90 €	1,00 €
Consultation généraliste secteur 2	30,00 €	15,10 €	13,90 €	1,00 €
Consultation spécialiste secteur 1	28,00 €	18,60 €	8,40 €	1,00 €
Consultation spécialiste secteur 2	60,00 €	15,10 €	28,75 €	16,15 €
Consultation spécialiste secteur 2	80,00 €	15,10 €	28,75 €	36,15 €
Consultation spécialiste non conventionné	150,00 €	0,29 €	0,29 €	149,42 €

	Dépenses	Remboursement de la SS	BASE		OPTION	
			Remboursement Mutuelle Renault	Reste à charge	Remboursement Mutuelle Renault	Reste à charge
2 verres simples (BR = 2,29 €)	150,00 €	2,75 €	90,00 €	57,25 €	147,25 €	0,00 €
2 verres complexes (BR = 7,32 €)	300,00 €	8,78 €	290,00 €	1,22 €	291,22 €	0,00 €
2 verres hyper complexes (BR = 10,37 €)	400,00 €	12,44 €	387,56 €	0,00 €	387,56 €	0,00 €
1 monture	200,00 €	1,70 €	110,00 €	88,30 €	510,00 €	48,30 €

Le remboursement de vos soins

o Justificatifs à fournir

Pour les dépenses les plus courantes (consultation généraliste,...), vous n'avez aucune démarche à effectuer si vous bénéficiez de la transmission Noémie.

Vous êtes bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement non conventionné ou conventionné sans demande de prise en charge	Facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement ...)
Hospitalisation à domicile	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (vaccins, pilules contraceptives...)	Prescription médicale Facture originale
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique*	Facture acquittée détaillée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la SS
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	Note d'honoraires originale du praticien précisant si l'opération concerne un oeil ou les deux
Prothèses dentaires* - Orthodontie - Parodontologie prise en charge ou non par la Sécurité sociale - Implantologie	Imprimé type de notre organisme et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

* Un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes peut être transmis au préalable à notre organisme pour avis sur le montant de la prestation.

▶ Vous n'êtes pas bénéficiaire NOEMIE

Si les soins sont pris en charge par la Sécurité sociale, vous devez fournir en plus des pièces justificatives indiquées dans le tableau, le décompte original de la Sécurité sociale.

▶ Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale

Facture originale acquittée.

▶ En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec notre organisme

Facture originale acquittée du ticket modérateur.

▶ Soins engagés pendant des séjours temporaires à l'étranger

Facture détaillée et acquittée des soins, éventuellement traduite, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

Votre contrat en pratique

Les demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être fournies à notre organisme dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le bénéficiaire. A défaut, le bénéficiaire se verra opposer la prescription mentionnée dans la partie Dispositions Générales.

Les bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à notre organisme les déclarations et pièces justificatives listées précédemment.

Notre organisme se réserve le droit de demander au bénéficiaire toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, notre organisme n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Notre organisme prend en compte la date d'exécution de l'acte et non celle de l'ordonnance, de la prescription ou de la demande de prise en charge Sécurité sociale.

Il appartient aux bénéficiaires d'informer notre organisme de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation de famille (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes Sécurité sociale (procédure NOEMIE)

Si un de vos bénéficiaires ne peut pas bénéficier de Noémie (étudiants ou régimes spéciaux tels que SNCF, mines...) ou si vous refusez cette procédure, pour vous faire rembourser, vous devez nous faire parvenir les originaux des décomptes d'assurance maladie accompagnés de la partie haute de l'un des décomptes de notre organisme.



Pour traiter rapidement votre dossier, votre identification est nécessaire. Retournez-nous la partie haute de vos décomptes. Vous trouverez également nos coordonnées dans le bloc correspondance.



Le remboursement des soins à l'étranger

Soins engagés pendant des séjours temporaires à l'étranger, par des salariés détachés ou résidents à l'étranger

Les dépenses de soins ou interventions engagées dans un pays de l'Union Européenne ou dans un pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français sont garanties.

Dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil, l'intervention s'effectue en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Expatriés

Les expatriés ne sont pas couverts.

La prise en charge hospitalière

L'hospitalisation mérite une attention toute particulière. C'est la raison pour laquelle nous assurons une procédure de **prise en charge administrative immédiate**, en cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné. Sur simple appel téléphonique ou courrier de votre part ou de celle de l'établissement hospitalier, notre organisme vous délivre une prise en charge vous évitant l'avance de fonds (à l'exception de vos frais personnels) dans la limite des garanties du contrat et en tout état de cause dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement pour les honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.



A défaut de prise en charge, vous devez régler votre séjour hospitalier à l'établissement et nous adresser la facture originale.

Le tiers payant

Le service de tiers payant **vous évite l'avance** d'argent pour les frais mentionnés sur votre carte dans la limite des remboursements prévus dans le tableau des garanties et selon les dispositions des conventions passées avec les professionnels de santé. Votre carte de tiers payant est éditée chaque année **pour chaque bénéficiaire** du régime immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale (et non par famille). De cette manière, vous et votre conjoint possédez chacun une carte qui est adressée directement à votre domicile. Votre carte de tiers payant ne reprend pas le détail de vos garanties.

Géolocalisation

Dans vos services en ligne, sur votre espace client, **un outil de géolocalisation** vous aide à localiser les professionnels de santé vous permettant d'obtenir le Tiers Payant iSanté :

- par catégorie (laboratoires, radiologies...),
- par code postal, département ou ville,
- par adresse (recherche d'un professionnel de santé proche de votre domicile...).

Vous devez obligatoirement restituer l'attestation de Tiers Payant, lors de votre départ de l'entreprise.*



Détail des prestations en tiers payant.

Informations réservées aux professionnels de santé.

Adresse pour accéder à vos services en ligne.

Pour nous contacter.

Les services de soins et d'accompagnement aux adhérents mutualistes

Vous avez accès aux centres mutualistes d'optique, de santé, dentaire, d'appareillage médical, aux services d'hospitalisation, centres de soins médicaux et infirmiers,...

Les avantages :

- des dépassements d'honoraires maîtrisés : la plupart des professionnels de santé appliquent les tarifs conventionnels du secteur 1 ;
- des actions générant des économies d'échelle afin de maintenir ou améliorer le rapport qualité/prix de l'offre ;
- une influence sur les prix pratiqués par l'ensemble des professionnels de santé.

Itelis Optique

Avec Itelis Optique, vous bénéficiez d'avantages chez les opticiens du réseau Itelis.

- tarifs négociés sur les verres (moyenne de - 30 à - 40 %) et sur les montures (-15 %),
- garantie casse deux ans sans franchise,
- deuxième paire de lunettes à 1 € (selon offre commerciale du magasin),
- contrat adaptation des verres progressifs et des lentilles,
- et toujours le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat.

Pour trouver un opticien Itelis :

- à partir de votre espace client sur mutuellerenault.fr (géolocaliser un opticien Itelis)
- grâce à l'application tablette et smartphone Applitelis : Flasher le QR code ou sur <http://applitelis.fr/humanis> (compatible Android et iOS)

Vous y trouverez aussi des services complémentaires : « Combien ça coûte » et « Mieux comprendre » afin de vous aider dans votre choix.

Cette application peut ne pas être disponible sur votre poste de travail (selon compatibilité des navigateurs).



Santé		N° Organisme	00733931	Période de validité	XXXXZ20XX ou XXXXZ20XX								
groupe renault		N° Adhérent	- 10116378										
45201 Montargis Cedex BP 69159 02100 MONTARGIS Cedex 03 27 52 31 12 30		Éditée le	- 15/11/2010	Code grand régime	01 921								
Domaines ouvrant droit au tiers payant (*)		SESAM-Vitale	NrZzSO001tp-santé.rss.fr										
Nom Prénom	Date de naissance - Rang - N° S.S. - Clé	PHAR	LABO	RADL	KINE	INFI	TRAN	OO	OY	EXTE	OPTI	CSTE	HOSP
Durand Paul	A 19/01/1974 - 01 - 274079203	100	100	100	100	100	100	100	100	100	PEC (1)	100	PEC (1)

Grâce à ce logo sur votre carte de Tiers payant, vous pouvez bénéficier des avantages Itelis.



Détail des prestations ouvrant droit au tiers payant (les autres garanties apparaissent dans votre tableau des garanties).

Votre numéro d'adhérent pour vous connecter à vos services en ligne.

Période de validité. Dès réception d'une nouvelle carte, détruisez la précédente, elle n'est plus valable.

Consultez le site www.mutualite.fr pour trouver un établissement près de chez vous ou contacter votre mutuelle

Priorité Santé Mutualiste

Priorité Santé Mutualiste est un service créé par la Mutualité Française pour vous aider à mieux vous orienter dans le système de santé face à certains problèmes de santé.

Sur simple appel téléphonique, les conseillers qualifiés de Priorité Santé Mutualiste répondent aux questions et aident l'adhérent à s'orienter, selon son besoin, vers les établissements et services pouvant le prendre en charge dans les meilleures conditions.

Priorité Santé Mutualiste est un espace de confiance et de proximité. L'échange se déroule de façon totalement anonyme ; toutes les informations resteront confidentielles, la mutuelle ne pourra y avoir accès. Pour de plus amples informations, consultez le site : www.prioritesantemutualiste.fr

◉ L'Action sociale : une dimension humaine

Nos équipes, composées de professionnels de l'Action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- **orienter** vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,
- **conseiller** sur les démarches à entreprendre,
- **étudier** la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

HUMANIS
SERVICE SOCIAL
93 RUE MARCEAU
93187 MONTREUIL CEDEX



◉ Des garanties Assistance et protection juridique médicale

Des garanties d'Assistance utiles en cas d'hospitalisation, de dépendance ou de disparition d'un proche vous sont accordées. Le détail des prestations et les modalités de leur mise en œuvre sont définies dans une notice annexe jointe :



Votre code d'accès pour bénéficier des garanties est indiqué en dernière page de la présente notice.

VISUEL
EN COURS

◉ Vos services en ligne sur mutuellerenault.fr

Votre espace personnel vous permet :

- de consulter et **suivre vos remboursements** en direct,
- de **télécharger vos décomptes** mensuels en version électronique,
- d'effectuer une demande de **prise en charge hospitalière**,
- de faire part d'un **changement de coordonnées** (situation de famille, adresse, téléphone, coordonnées bancaires),
- de transmettre un **devis dentaire** ou optique,
- de **localiser les professionnels de santé** vous permettant de bénéficier du Tiers Payant iSanté et de localiser un opticien Itelis,
- d'affilier ou radier un bénéficiaire.

Comment accéder à vos services en ligne

Rendez-vous dans mon Espace Adhérents

Sur l'écran de connexion, entrez votre numéro d'adhérent et votre mot de passe, cliquez sur OK. Pour obtenir votre mot de passe, cliquez sur « Créer votre compte ». Si vous avez perdu votre mot de passe, cliquez sur « Mot de passe oublié ».

◉ Votre contrat au bout des doigts avec l'appli santé Humanis

Téléchargez l'application **Humanis Appli-Santé** pour bénéficier des services pratiques à tout moment sur votre smartphone.

Gratuite et simple d'utilisation, **Humanis Appli-Santé** met à votre disposition différents services liés à votre contrat santé, il est ainsi possible de :

- **Géolocaliser des professionnels** de santé qui pratique le tiers payant le plus proche de votre position ou d'une adresse donnée en fonction de votre besoin (pharmacie, hôpital...).
- **Consulter les remboursements santé** effectués sur votre compte.
- **Effectuer une demande de prise en charge** hospitalière et consulter l'historique de vos prises en charge.
- **Utiliser le pilulier**, pour programmer des alertes pour la prise de vos médicaments.
- **Contacter Humanis** en envoyant un message directement depuis l'application.
- **Retrouver l'annuaire** des contacts à utiliser en cas d'urgence.

Pour télécharger gratuitement l'application, rendez-vous sur :

• Google play



• App store



Sur votre smartphone, saisissez « **Humanis Appli-Santé** » dans l'outil de recherche. Il suffit ensuite de sélectionner l'application et de cliquer sur « **installer** ».

Afin de garantir la confidentialité de vos données, certains services sont sécurisés. Vous pouvez vous connecter en utilisant les mêmes identifiants que pour votre espace personnel.

Dispositions générales

● Affiliation au contrat en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations correspondantes :

- si le contrat de travail est suspendu, quel qu'en soit le motif, pour la période au titre de laquelle le participant bénéficie :
 - soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
 - soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.
- si le contrat de travail est suspendu pour une durée inférieure à un mois et non rémunéré.

⚠ ATTENTION !

Si vous êtes absent pendant plus d'un mois de votre poste de travail sans recevoir pendant cette période d'absence ni rémunération ni indemnisation par votre entreprise ou par le régime de prévoyance, vos droits à la complémentaire santé obligatoire sont suspendus.

● Fin des garanties du participant

Sous réserve de l'application du maintien des garanties Santé au titre de la « portabilité des droits », l'affiliation du participant cesse :

- soit à la date de son départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite...) à l'exception des participants en dispense d'activité,
- soit à la date d'évolution dans une catégorie non assurée,
- soit à la date de résiliation du contrat ou de non-renouvellement du contrat.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

Information : En cas de cessation des garanties, vous devez nous faire parvenir votre carte de tiers-payant. Notre organisme récupère auprès du participant toutes prestations indûment réglées.

Les demandes de remboursement de soins adressées à notre organisme après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture sous réserve du respect des dispositions concernant les demandes de remboursement.

● Fin des garanties des ayants droit

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de l'affiliation du participant. Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées pour être bénéficiaire,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,

- en cas d'adhésion facultative des ayants droit, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le participant demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à notre organisme au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à notre organisme après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

● Possibilité de maintien des garanties

Maintien de garanties Santé au titre de la « portabilité des droits »

Conditions du maintien de l'affiliation

Le maintien des garanties résulte des dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale. Il pourra être modifié de plein droit par toute évolution législative ou réglementaire.

En l'état, sous réserve pour le participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de rupture du contrat de travail du participant à condition que la rupture résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Notre organisme tient à la disposition de l'entreprise un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'entreprise d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

En tout état de cause, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs prévus,
- en cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause, l'affiliation du participant se poursuit jusqu'au terme du maintien de couverture au titre de la portabilité, excepté en cas de reprise des engagements de maintien par un nouvel assureur à la demande de l'entreprise.

Obligations déclaratives

Le participant s'engage à fournir à notre organisme :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

Garanties

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Le cas échéant, le participant peut modifier ses garanties selon les mêmes conditions que pendant son activité (régime à options).

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant.

L'entreprise s'engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par notre organisme.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

Maintien des mêmes garanties

Peuvent continuer à bénéficier des mêmes garanties :

- moyennant paiement de cotisations spécifiques :
 - le personnel dont le contrat de travail est suspendu et non rémunéré par l'entreprise, d'une durée supérieure ou égale à un mois (congé sans solde),
 - le personnel retraité,
- gratuitement, les personnes garanties par l'intermédiaire du participant décédé, pour une durée maximale de 12 mois à compter du décès, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la date de l'évènement.

Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Les personnes suivantes peuvent continuer à bénéficier des mêmes garanties Santé à titre individuel, moyennant paiement de cotisations spécifiques :

- **les anciens salariés** bénéficiaires d'une prestation d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité, d'une allocation de chômage, de préretraite, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou qui précèdent le terme du maintien de couverture au titre de la portabilité visée à l'article ci-dessus, si la durée de ce maintien excède six mois.

Cotisations

La répartition du coût des cotisations entre l'entreprise et les participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. L'entreprise est seule responsable du versement et du calcul des cotisations.

Les cotisations exprimées forfaitairement sont obligatoirement indexées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la dernière évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connue au 1^{er} septembre. L'indexation est annuelle et automatique.

Pour que les participants puissent bénéficier des prestations, l'entreprise doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'elle pourrait devoir au titre du contrat.

Recours subrogatoire (Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985)

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donne de plein droit subrogation à notre organisme dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. Notre organisme se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, notre organisme n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Fausse déclaration

Conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour notre organisme, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à notre organisme et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le participant.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où notre organisme en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'entreprise ou des bénéficiaires contre notre organisme a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par notre organisme.

La prescription est portée à dix ans pour les prestations frais d'obsèques dès lors que le bénéficiaire n'est pas le participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par notre organisme à l'entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le Bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

○ Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation, le participant a la possibilité d'adresser un courrier au service « Satisfaction Clients » à l'adresse suivante : Humanis Prévoyance - Satisfaction Clients - 303, rue Gabriel Debacq - 45777 Saran ou de téléphoner au 09 69 39 93 33 appel non surtaxé.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par notre organisme et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, les bénéficiaires, ou avec l'accord de ceux-ci, notre organisme, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur du CTIP
10, rue Cambacérès - 75008 Paris
Tél. 01 42 66 68 49 - www.ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine.

○ Autorité de tutelle

Notre organisme est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

Principe réglementaire de remboursement

○ Etendue de la couverture santé

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus et des frais non pris en charge dans la cadre du « contrat solidaire et responsable ».

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité Sociale différent du Régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du Régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par notre organisme dans les conditions fixées dans le tableau des garanties.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dès lors que le remboursement de notre organisme est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant dans le tableau des garanties.

○ Contrat solidaire et responsable

L'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire » et de « contrat responsable » sont respectées.

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **notre organisme ne rembourse pas :**

- Conformément à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
- Conformément à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé Publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du Code de la sécurité sociale).
- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

Risques exclus



Ne sont pas pris en charge :

- les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que notre organisme ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.



Votre interlocuteur Humanis



Téléphone : xx xx xx xx xx
de 9h à 17h30

- **Pour votre adhésion :**

HUMANIS - MUTUELLE RENAULT
41931 BLOIS CEDEX 9

- **Pour vos prestations :**

MUTUELLE RENAULT
9, rue de Clamart
92772 Boulogne-Billancourt

Garanties assistance

Humanis Assistance est accessible au 01 70 36 02 62

du lundi au vendredi de 9h à 18h (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en cas de nécessité urgente), et délivre les prestations en France métropolitaine, dans les DOM et la Principauté de Monaco. N° de contrat : F13S0335