

# ACCORD INSTITUANT UN REGIME OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SOINS DE SANTE AU PROFIT DES SALARIES DE RENAULT

ENTRE :

**RENAULT s.a.s**

représentée par Mme Marie-Françoise DAMESIN

Directeur des Ressources Humaines Groupe

d'une part,

ET :

Les organisations syndicales ci-dessous :

C.F.D.T.

représentée par M. Franck DAOUT

*P/O NANDA*

C.F.E./C.G.C.

représentée par M. Bruno AZIERE

C.G.T.

représentée par M. Fabien GACHE

F.O.

représentée par M. Laurent SMOLNIK

d'autre part,

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :

## PREAMBULE

Renault a engagé une négociation relative à la mise en place d'une couverture complémentaire santé collective pour ses salariés. Compte-tenu des enjeux d'un tel projet, des travaux préparatoires ont été menés dès le mois de novembre 2013 avec les organisations syndicales afin de garantir leur nécessaire appropriation.

A l'issue de ces travaux, la négociation s'est engagée dans une perspective visant à répondre à trois objectifs majeurs pour l'entreprise et ses salariés :

En premier lieu, la couverture complémentaire santé doit permettre l'accès aux soins du plus grand nombre et éviter les phénomènes de renoncement aux soins pour des raisons financières. Elle contribuera aussi à lutter contre les inégalités entre les femmes et les hommes dans l'accès aux soins, aujourd'hui en défaveur des femmes au niveau national. Enfin elle contribuera à l'amélioration de la qualité de vie personnelle et professionnelle des salariés du Groupe.

En second lieu, la négociation de cette couverture complémentaire santé doit s'intégrer dans le cadre des enjeux nationaux relatifs à la protection sociale. A cette fin, les parties ont souhaité se conformer aux prescriptions définissant un contrat « *responsable* » et « *solidaire* » tout en allant au-delà des obligations légales. Ainsi, les parties ont recherché un dispositif de couverture visant à assurer un juste remboursement, la responsabilisation des assurés, l'encouragement des actions de prévention et l'accompagnement du patient en complément de la prise en charge des soins.

Enfin, la couverture complémentaire santé constitue un enjeu financier pour le personnel de l'entreprise. En participant directement au financement de cette couverture complémentaire l'entreprise permet en effet aux salariés de bénéficier d'un nouvel élément de protection sociale.

Pour l'entreprise, la mise en place de ce dispositif s'inscrit dans un projet plus global d'harmonisation des avantages sociaux dont bénéficie le personnel au niveau du Groupe, favorisant le développement d'un esprit d'appartenance commune.

Il a donc été décidé ce qui suit en application de l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale après information et consultation du Comité Central d'Entreprise conformément à l'article R.2323-1-11 du code du travail.

✱  
✱  
✱  
FC  
JFN

## Article 1 – Champ d'application

### 1.1. Périmètre

Le présent accord s'applique à Renault s.a.s. ainsi qu'aux entreprises situées en France que Renault s.a.s. détient, directement ou indirectement, à plus de 50 %, ces entreprises devant, en outre avoir manifesté la volonté d'être parties audit accord par la voie de l'adhésion.

Tout accord instituant un régime obligatoire de remboursement de frais de soins de santé, conclu par une entreprise visée au premier alinéa (pour tout ou partie de ses établissements) en dehors du cadre du présent accord, fait obstacle, jusqu'à son expiration ou sa dénonciation, à l'application du présent accord à ladite entreprise.

La liste des entreprises susceptibles d'être parties à l'accord en application de l'alinéa 1 supra figure en annexe 1.

### 1.2. Adhésion à l'accord

Les entreprises qui rempliraient les conditions fixées à l'article 1.1 peuvent adhérer au présent accord étant précisé que :

- L'adhésion doit concerner l'intégralité des dispositions du présent accord ;
- L'adhésion d'une entreprise à l'accord entraîne l'adhésion de tous ses établissements.

### 1.3. Sortie de l'accord

Si Renault s.a.s. cesse de détenir, directement ou indirectement, plus de 50 % dans une entreprise visée à l'article 1.1, l'accord cesse de lui être applicable à compter du jour où cette condition n'est plus satisfaite.

Une entreprise partie à l'accord peut également sortir du champ de celui-ci, si l'ensemble des parties signataires de cette entreprise le dénonce.


La sortie d'une entreprise du champ du présent accord est notifiée aux parties signataires de celle-ci et à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

## Article 2 – Objet de l'accord

Le présent accord organise pour les entreprises comprises dans le périmètre défini à l'article 1.1 les conditions d'une couverture complémentaire de remboursement des frais de santé à adhésion obligatoire dans l'entreprise au profit des salariés visés à l'article 5.

L'adhésion obligatoire au régime frais de santé résulte de la signature ou de l'adhésion au présent accord. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

Cette couverture permet le remboursement des frais exposés pour les prestations de santé, en complément, le cas échéant, de la prise en charge opérée par la Sécurité Sociale.

  
BA  
FCF  
JFN

### Article 3 – Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

### Article 4 – Caractéristiques du régime mis en place

Le dispositif mis en place par le présent accord consiste en un régime de remboursement de frais de soins de santé intervenant en complément du régime obligatoire de la sécurité sociale. Il est constitué :

- D'une part d'un régime de base collectif à adhésion obligatoire pour les salariés des entreprises comprises dans le périmètre défini à l'article 1.1 et leurs ayants-droit tels que définis à l'article 5.
- D'autre part d'un régime supplémentaire à adhésion facultative venant compléter le régime de base dans les conditions définies à l'article 5. 3.

En tout état de cause, la participation de l'employeur prévue à l'article 6 n'est due que dans le cadre de l'adhésion par le salarié au présent régime de base collectif à adhésion obligatoire.

### Article 5 – Affiliation

Le présent régime « Frais de santé » est un régime à adhésion obligatoire mis en place au bénéfice de l'ensemble du personnel de l'une des entreprises comprises dans le périmètre défini à l'article 1.1 du présent accord, ainsi que de leurs ayants droit.

#### 5.1. Participants

##### 1- Le salarié

A compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, les salariés liés par un contrat de travail à l'une des entreprises comprises dans le périmètre défini à l'article 1.1 adhèrent obligatoirement en tant que participants au régime de base collectif de remboursement de frais de soins de santé mis en place dans le cadre du présent accord, et ce sous réserve des dérogations au caractère obligatoire de l'affiliation visées à l'article 5.2 du présent accord.

Par ailleurs les ayants-droit du salarié tels que définis ci-dessous adhèrent également obligatoirement au régime de base collectif de remboursement de frais de soins de santé.

##### 2- Le conjoint

Le terme « conjoint » désigne la personne mariée avec le salarié bénéficiaire de l'accord, 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.

BA  
FC  
JFN

3 - Le ou les enfants tels que définis ci-après.

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


- Jusqu'à leur 25<sup>ème</sup> anniversaire,
- 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<sup>ème</sup> anniversaire.

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

## 5.2. Dérogations au caractère obligatoire de l'affiliation

A la date d'entrée en vigueur du présent accord et dans les conditions prévues par la réglementation, peuvent être dispensés de participer sans remise en cause du caractère obligatoire du régime :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- Les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé lors de la mise en place du régime, pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance du contrat individuel, à condition de le justifier ;
- Les salariés qui bénéficient déjà d'une couverture complémentaire prévoyance obligatoire de santé en tant qu'ayant-droit de leur conjoint lors de la mise en place du régime, à condition de le justifier chaque année ;
- Les salariés bénéficiant d'une couverture de prévoyance complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi, à condition de le justifier chaque année ;
- Les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, lorsqu'il est couvert en tant qu'ayant droit de celui-ci, à condition de le justifier chaque année ;
- Les salariés qui bénéficient, même en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective conforme à celles définies par l'arrêté du 26 mars 2012 :
  - Régime local d'assurance-maladie d'Alsace-Moselle ;
  - Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
  - Contrat complémentaire des agents de la fonction publique d'état souscrit auprès d'un organisme référencé ;
  - Contrat complémentaire des agents de la fonction publique territoriale souscrit auprès d'un organisme labellisé ou dans le cadre d'une convention de participation ;
  - Contrat collectif de prévoyance des travailleurs non-salariés (TNS) .
  - Régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
  - Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF

  
BA FC  
JFN

- Les ayants droit du salarié qui bénéficient déjà d'une couverture complémentaire prévoyance obligatoire de santé, à condition de le justifier chaque année.

Le salarié qui utilise une de ces dispenses doit fournir à l'employeur, au moment où il refuse l'affiliation, puis chaque année, un justificatif de sa situation. A défaut de remise de ce justificatif avant le 31 octobre de l'année précédente, le salarié sera automatiquement affilié au régime de l'entreprise. Les salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de l'une de ces situations.

### 5.3. Adhésion facultative au régime supplémentaire

Les salariés peuvent adhérer à titre facultatif au régime supplémentaire de remboursement de frais de soins de santé mis en place par le présent accord, sous réserve qu'ils soient adhérents au régime de base.

Le coût de la prestation correspondant au régime supplémentaire est intégralement pris en charge par le salarié.

Toute dispense, suspension ou résiliation d'adhésion du salarié au régime de base entraîne automatiquement celle du régime supplémentaire.

L'adhésion du salarié au régime supplémentaire entraîne automatiquement l'adhésion de l'ensemble de ses ayants droit couverts par le régime de base audit régime supplémentaire. Ne peut être exclu de cette adhésion un des participants au régime de base collectif.

La faculté de modifier le choix initial en faveur du régime obligatoire seul ou du régime supplémentaire est ouverte aux salariés selon les modalités définies par la notice d'information figurant en annexe 2.

## Article 6 – Cotisations

### 6.1. Taux et structures des cotisations

Les participants doivent adopter une couverture adaptée à leur situation familiale :

- La structure « Isolé » couvre exclusivement le salarié lié par un contrat de travail à l'une des entreprises comprises dans le périmètre défini à l'article 1.1 ou le bénéficiaire non salarié visé dans le cadre de l'article 7 du présent accord ;
- La structure « Duo » couvre ledit salarié ou ledit bénéficiaire non salarié et un seul ayant droit tel que défini à l'article 5 du présent accord ;
- La structure « Famille » couvre ledit salarié ou ledit bénéficiaire non salarié ainsi que l'ensemble de ses ayants-droit tels que définis à l'article 5 du présent accord ;

Le taux de cotisation afférant à chaque structure, fixé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, figure en annexe 3.

Les taux de cotisation applicables à l'entrée en vigueur du présent accord sont garantis par l'assureur pour une période de deux ans.

BA  
FCF  
JEN

## 6.2. Contribution de l'employeur

Le montant de la contribution de l'employeur, qui figure en annexe 3, sera différencié en fonction de la structure de cotisation.

## 6.3. Contribution du salarié

La contribution du salarié est constituée de la différence entre le coût de la prestation et la participation de l'entreprise. Elle est prélevée mensuellement sur le montant de sa rémunération, à chaque échéance de paie.

Pour les bénéficiaires visés à l'article 7 du présent accord qui ne bénéficieraient pas du versement d'une rémunération mensuelle par une des entreprises comprises dans le périmètre d'application défini à l'article 1.1 du présent accord, leur contribution sera directement réglée auprès de l'organisme assureur.

## Article 7 – Maintien des garanties

Le contenu des garanties et leurs modalités de mise en œuvre sont décrits dans la notice d'information afférente au contrat d'assurance ci-annexée (annexe 2), lequel est conforme à la définition des contrats dits « responsables », fixée par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et de ses textes d'application.

### 7.1. Cas de suspension du contrat de travail

La suspension du contrat de travail du salarié entraîne automatiquement la suspension de son adhésion aux régimes de base et supplémentaire ainsi que celle de ses ayants-droit.

Sur la base du volontariat, l'intégralité des garanties pourra être maintenue par la voie d'une affiliation individuelle auprès de l'organisme assureur.

Par exception, le bénéfice du régime et de la contribution employeur est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pendant toute la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Ce maintien suppose que pendant la période de suspension, le salarié acquitte sa quote-part de cotisation.

### 7.2. Portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, les salariés dont le contrat de travail est rompu ou prend fin (hors faute lourde) et ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage bénéficient du maintien du présent régime pour une durée de douze mois maximum sous réserve que la demande du salarié concerne également le maintien des garanties de prévoyance complémentaire en vigueur au sein de son entreprise.

BA FCT  
JFN

Le coût de la cotisation du régime obligatoire est dans ce cas intégralement pris en charge par le contrat d'assurance.

### 7.3. Cas des anciens salariés

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, les anciens salariés ayant quitté une des entreprises comprises dans le périmètre de l'article 1.1 du présent accord dans le cadre limitativement visé ci-après, peuvent demander le maintien auprès de l'organisme assureur d'une couverture d'assurance individuelle frais de santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical.

Les bénéficiaires visés par le présent article sont les suivants :

- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité
- Les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

L'organisme assureur adressera la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

Les intéressés devront expressément formuler leur demande de maintien dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Ces anciens salariés seront alors accueillis dans un régime indépendant de celui des bénéficiaires. Les cotisations servant au financement de ce maintien des garanties sont intégralement prises en charge par les anciens salariés et sont définies dans les conditions prévues par l'assureur ci-annexées.

### 7.4. Cas des ayants-droit de salarié décédé

Conformément aux dispositions légales, les ayants-droit d'un salarié décédé continuent à bénéficier des garanties du régime de base pendant au maximum 12 mois sous réserve du respect des conditions de la notice jointe en annexe 2. Les intéressés doivent en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès.

## Article 8 – Caractère indemnitaire du régime

Les remboursements complémentaires des frais de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après prestations de tout autre organisme.

## Article 9 – Information individuelle

Chaque salarié puis tout nouvel embauché recevra une notice d'information rédigée par l'organisme assureur, résumant les principales dispositions du contrat, notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

BA  
FCC  
JFN



## Article 10 – Commission de suivi du dispositif

Une commission paritaire de suivi de l'application du présent accord est mise en place au sein de chaque entreprise comprise dans le périmètre défini à l'article 1.1 du présent accord.

Elle est composée de trois représentants de chacune des organisations syndicales de l'entreprise, signataires de l'accord et de représentants de la Direction de l'entreprise. Cette commission se réunit au moins une fois par an sur convocation de la Direction de l'entreprise ou à la demande de la majorité des organisations syndicales de l'entreprise, signataires de l'accord.

Toutefois, la commission de suivi se réunira une fois par semestre la première année d'application de l'accord afin d'en suivre les conditions de mise en œuvre.

Cette commission a pour mission de veiller à l'équilibre du contrat, ainsi qu'à la qualité du service rendu par le prestataire et de formuler, le cas échéant, des recommandations en vue de garantir sa pérennité.

Il est établi un compte-rendu de la commission de suivi à l'issue de chaque réunion. Ce compte-rendu est intégré dans la Base de données économiques et sociales de la société.

## Article 11 – Dispositions administratives

### 11.1. Validité de l'accord

Le présent accord s'impose obligatoirement à l'ensemble des participants.

Dans le cadre de l'application du présent accord, pour tout ce qui n'y est pas stipulé, les parties déclarent se référer à la réglementation en vigueur.

### 11.2. Réunion des parties signataires

Les parties signataires conviennent de se rencontrer dans les circonstances suivantes :

- Au cas où des dispositions légales ou conventionnelles nouvelles ayant une incidence sur les dispositions du présent accord viendraient à intervenir, notamment en cas de remise en cause des avantages sociaux et fiscaux ;
- En cas de toute évolution ultérieure du montant des cotisations, due notamment :
  - o à un mauvais rapport sinistres/ primes ;
  - o à un changement de législation conduisant à l'établissement de nouvelles taxes ou contributions prélevées sur les cotisations ;
  - o à une amélioration des prestations décidée par avenant au présent accord ;
- En cas de difficulté survenue au cours de l'application du présent accord ;
- En cas de résiliation par l'organisme assureur du contrat de prestation le liant à Renault

### 11.3. Révision de l'accord

Le présent accord peut être révisé pendant sa période d'application par accord entre les parties au cas où ses modalités de mise en œuvre n'apparaîtraient plus conformes aux principes ayant servi de base à son élaboration.

#### 11.4. Adhésion


Toute organisation syndicale représentative dans le champ d'application de l'accord au niveau d'une des entreprises comprises dans le périmètre défini à l'article 1.1 et non seulement de l'un ou l'autre des établissements la composant, qui n'est pas partie au présent accord, peut y adhérer ultérieurement dans les conditions prévues à l'article L2261-3 du code du travail.

Cette adhésion doit être sans réserve et concerner la totalité de l'accord.

#### 11.5. Dépôt de l'accord

Le présent accord ainsi que ses avenants éventuels sont déposés à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) et au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes des Hauts-de-Seine par Renault s.a.s.

Fait à Boulogne-Billancourt le 11 septembre 2014

 FCE  
JFW

## Annexe 1

### Liste des entreprises pouvant adhérer

Renault s.a.s.

Alpine Renault

ACI Villeurbanne

MCA

Sofrastock International

Sodicam 2

Sovab

STA

RRG

DIAC

Renault Sport Technologie

Renault Tech

FDB

Renault Sport

Arkanéo

RAP

Sirva

Gala

~~BA~~ FCF JFW

**Annexe 2**  
**Notice d'information**

La présente annexe renvoie à la notice d'information publiée par Humanis et qui sera accessible à chaque salarié bénéficiaire.

~~BA~~  
BA FCG JFN



Renault

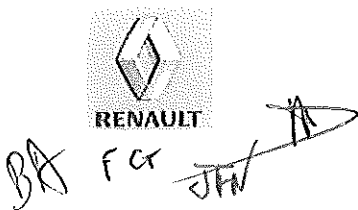
# Notice d'information Santé

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.



## SOMMAIRE

Votre complémentaire santé .....	3
Pour mieux se comprendre .....	5
Le détail de vos garanties .....	6
Le remboursement de vos soins .....	8
Votre contrat en pratique .....	9
Dispositions générales .....	12
Principe réglementaire de remboursement .....	16

# Votre complémentaire santé

## ❶ Qui est couvert par le contrat Santé ?

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

## ❷ Quels sont vos bénéficiaires ?

Vos ayants droit au titre du contrat sont :

- > 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.

## Précisions

**Conjoint :** Le terme « conjoint » désigne la personne mariée avec le salarié bénéficiaire du contrat, la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité ou encore la personne vivant en concubinage avec le salarié à condition d'en apporter la preuve. Cette preuve pourra être apportée par la production des justificatifs visés à la page 4 de la notice.

### 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.

Le bénéfice des garanties est étendu obligatoirement aux membres de votre famille, selon votre situation de famille réelle.

### Régime Optionnel

Vous pouvez choisir d'adhérer à un régime optionnel complémentaire, totalement à votre charge. L'adhésion individuelle prend effet à la même date que le régime de base.

Les bénéficiaires du régime optionnel sont les mêmes que ceux du régime de base

Pour les modalités de changement d'option, merci de vous reporter au paragraphe « Comment changer de formule ».

## ❸ Quels sont les enfants à charge couverts ?

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

- Jusqu'à leur 25<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> anniversaire. .... Copie de la carte d'invalidité

## ❹ Comment changer de formule ?

La souscription au régime optionnel est effectuée pour un minimum de 2 ans. Le participant peut changer de formule pour lui et ses ayants droit (base vers option, option vers base puis retour base vers option dans les conditions suivantes :

- Chaque 1<sup>er</sup> janvier, après un délai de deux ans, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'organisme et de son employeur, avant le 31 octobre de l'année précédente. Le participant ne peut demander à changer à nouveau de formule pendant un délai de deux ans.

- A l'occasion d'une modification de la situation familiale (mariage, PACS, séparation, divorce, naissance, adoption, veuvage), sur présentation des justificatifs correspondants, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'organisme et de son employeur dans les deux mois qui suivent l'évènement. Le changement de formule prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la demande.

*BA* *FCF* *JFN*

## ⊙ 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 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](http://www.ameli.fr)

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

## ⊙ Quand inscrire un nouveau bénéficiaire ?

Le participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires :

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale, sous réserve d'en faire la demande dans les deux mois qui suivent l'évènement pour prendre effet à la date de l'évènement ;
- chaque 1er janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'organisme au plus tard le 31 octobre de l'année précédente.

En tout état de cause le participant est tenu d'informer l'entreprise et l'organisme de ces modifications et de fournir les pièces justifiant de sa situation et celle de ses ayants droit.



## Pour mieux se comprendre

Actes Hors Nomenclature

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

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](http://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 thermale

Frais de cure thermale (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 16 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.



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

[mutuellearenaull.fr](http://mutuellearenaull.fr)

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<sup>er</sup> 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<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> molaires permanentes des enfants avant leur 14<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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 principe 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.

BA F Cr JFN

## 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	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE	REGIME OPTIONNEL FACULTATIF (y compris garanties de la base)
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>		
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 €
<b>HOSPITALISATION A DOMICILE</b>		
Honoraires des médecins libéraux	200 % BR	300 % BR
Autres Frais	100 % BR	150 % BR
<b>PRATIQUE MEDICALE COURANTE</b>		
Généralistes & Spécialistes conventionnés (consultations & visites)	125 % BR	125 % BR
Généralistes & spécialistes non conventionnés (consultations & visites)	100 % TM	100 % TM
Actes de spécialité	100 % BR	100 % BR
Radiologie – Ostéodensitométrie osseuse prise en charge par la SS	150 % BR	250 % BR
Analyses et Frais de laboratoire	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux (Soins ; Déplacements)	100 % BR	100 % BR
Transport	100 % BR	100 % BR
<b>MEDICINE ALTERNATIVE</b>		
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
<b>PHARMACIE</b>		
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
<b>OPTIQUE</b>		
Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans pour les bénéficiaires de 18 ans et plus sauf changement de correction de 0,5 dioptrie		
Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans pour les bénéficiaires de moins de 18 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		
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 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive, traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	500 € par oeil	500 € par oeil
<b>DENTAIRE</b>		
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
<b>APPAREILLAGE</b>		
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
<b>CURES</b>		
Cures thermales prises en charge par la SS	100 % BR	400 % BR + 150 €/an/bénéficiaire
<b>FRAIS DE PREVENTION</b>		
Frais de prévention figurant à la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	Prise en charge des actes de prévention dans la limite de 100 % du TM	

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

SS : Sécurité Sociale

TM : Ticket Modérateur



### Exemple de remboursement

	Dépenses	BASE ET OPTION		
		Remboursement de la SS	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	BASE				OPTION	
		Remboursement de la SS	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 hypercomplexes (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 €	150,00 €	48,30 €	

BA F cr JFN TA

## Le remboursement de vos soins

### 🕒 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 coordonnateur de la structure HAD
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (vaccins, pilules contraceptives...)	Prescription médicale Facture originale
Médecine alternative	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 En cas de dérogation au renouvellement 1 fois tous les 2 ans pour les lunettes, l'adhérent doit fournir à la mutuelle, l'ancienne et la nouvelle prescription d'ophtalmologue, faisant apparaître la dégradation de la vision.
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.

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.

Facture originale acquittée.

Facture originale acquittée du ticket modérateur.

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)

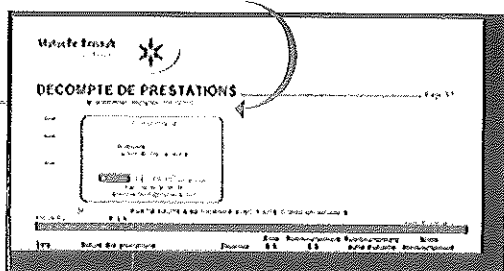
Si un de vos bénéficiaires ne peut pas bénéficier de Noémie (étudiants ou régimes spéciaux tels que SNCF, mines...) ou si vous refusez cette procédure, pour vous faire rembourser, vous devez nous faire parvenir les originaux des décomptes d'assurance maladie accompagnés de la partie haute de l'un des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



### A savoir

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

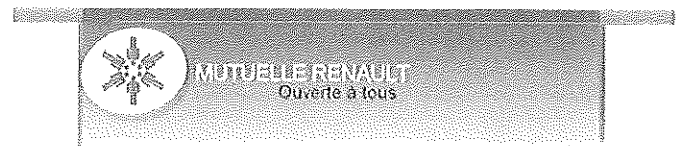
Les expatriés ne sont pas couverts.

## 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.



Plus rapide : vous pouvez effectuer votre demande de prise en charge en vous connectant à votre espace client



Faire une demande de prise en charge hospitalière

De l'assurance à la Sécurité sociale  
L'assurance maladie est financée par les cotisations des assurés et des employeurs. Elle est gérée par la Sécurité sociale. Les prestations sont versées par la Sécurité sociale.

Vos services assurés

PRESTATIONS  
D'ASSURANCE  
MUTUELLE

Vos services

PRESTATIONS  
D'ASSURANCE  
MUTUELLE

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

BA F C JEN

## 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 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.

### 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 [mutuelierenault.fr](http://mutuelierenault.fr) (géolocaliser un opticien Itelis)
- grâce à l'application tablette et smartphone AppItelis : Flasher le QR code ou sur <http://appitelis.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).



N. Sécurité sociale	N. Carte	Prise en charge	Prise en charge
1 1675	1 1675	100%	100%
1 1675	1 1675	100%	100%
1 1675	1 1675	100%	100%

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

## 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.

Consultez le site [www.mutualite.fr](http://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.

BA FC JFW

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](http://www.prioritesantemutualiste.fr)

[www.prioritesantemutualiste.fr](http://www.prioritesantemutualiste.fr)

Par téléphone : 3935 (prix d'un appel local)

Code Mutuelle Renault : 8048



## ● 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.

## ● Assistance

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.

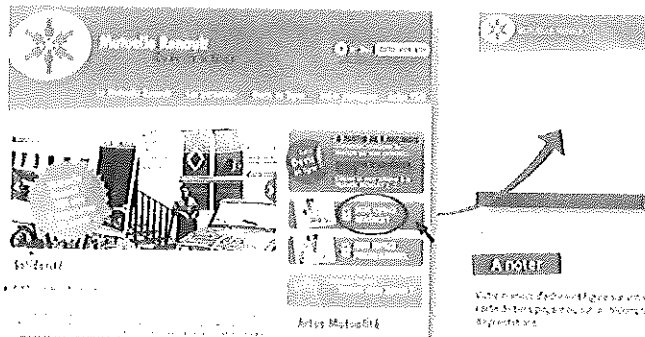
## ● Vos services en ligne sur [mutuellerenault.fr](http://mutuellerenault.fr)

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 Santé et de localiser un opticien Itellis.

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 ».

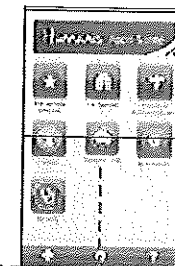
## ● Votre contrat au bout des doigts avec l'appli santé Humanis

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 pratiquent 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 pitulier, 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.

Google play



BA FC JFW

# Dispositions générales

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

Les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations correspondantes dans les mêmes conditions que les actifs :

- 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,

## ● Possibilité de maintien des garanties

Mainien 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 profitent 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 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 ou de retraite, 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 des droits visée à l'article ci-dessus, si la durée de ce maintien excède six mois.
- Les personnes garanties du chef du participant décédé peuvent également continuer à bénéficier des garanties Santé à titre individuel, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve de formuler leur demande dans les six mois suivant le décès.

L'organisme leur adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de deux mois à compter de la date de rupture du contrat de travail, de la fin de la période de maintien de couverture au titre de la portabilité des droits ou du décès du participant, l'entreprise devant en informer préalablement l'organisme.

Maintien des mêmes garanties

Peuvent continuer à bénéficier des mêmes garanties que les actifs moyennant le 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, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la date de l'évènement,

### ⊙ 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 sont indexées sur la Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) qui évolue chaque année. Après négociation avec la commission de pilotage du régime composée de représentants de la direction et des organisations syndicales, Les cotisations pourront être revues en fonction des résultats constatés au cours de l'année civile écoulée.

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)

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.

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'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 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.

BAK FCU JFN

## ⊙ 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 Cambacérés - 75008 Paris  
Tél. 01 42 66 68 49 - [www.ctip.asso.fr](http://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 médecine 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.



## Vos interlocuteurs Mutuelle Renault Groupe Humanis



Téléphone : 09 69 39 99 01

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

Assistance 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

BA F CF JFN

### Annexe 3

#### Taux de cotisation, Assiette, Répartition

Les taux de cotisation du régime de base obligatoire sont fixés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année et sont les suivants :

- 1,64% du PMSS pour la Formule « Isolée »
- 3,07% du PMSS pour la Formule « Duo »
- 4,58% du PMSS pour la Formule « Famille »

Les taux de cotisation applicables à l'entrée en vigueur du présent accord sont garantis par l'assureur pour une période de deux ans.

La part employeur des cotisations prise en charge par l'entreprise est la suivante :

Formule « Isolée » : part employeur à hauteur de 24€

Formule « Duo » : part employeur à hauteur de 28€

Formule « Famille » : part employeur à hauteur de 32€

Les taux de cotisation de l'option supplémentaire au régime de base obligatoire sont fixés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année tel que défini dans la notice d'information afférente aux conditions générales et particulières du contrat d'assurance ci-annexée aux taux suivants :

- plus 0,45% du PMSS au choix du salarié pour la Formule « Isolée » (soit 2,09% Base + Option)
- plus 0,83% du PMSS au choix du salarié pour la Formule « Duo » (soit 3,90% Base + Option)
- plus 1,25% du PMSS au choix du salarié pour la Formule « Famille » (soit 5,83% Base + Option)

BA FC JFN

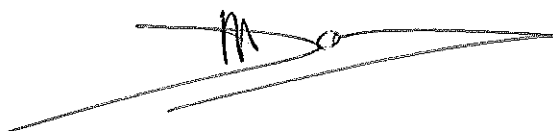
**ACCORD INSTITUANT UN REGIME OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENT DE  
FRAIS DE SOINS DE SANTE AU PROFIT DES SALARIES DE RENAULT**

ENTRE :

**RENAULT s.a.s**

représentée par Mme Marie-Françoise DAMESIN

Directeur des Ressources Humaines Groupe



d'une part,

ET :

Les organisations syndicales ci-dessous :

C.F.D.T.

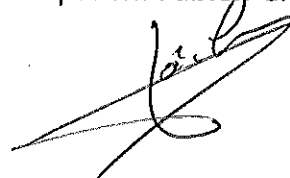
représentée par M. Franck DAOUT

*Fr Nanda*



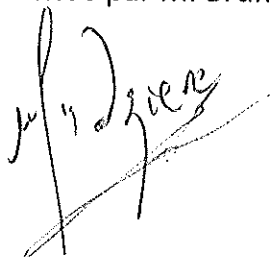
C.G.T.

représentée par M. Fabien GACHE



C.F.E./C.G.C.

représentée par M. Bruno AZIERE



F.O.

représentée par M. Laurent SMOLNIK

d'autre part,