

Règlement Mutualiste

Contrats collectifs - 2018

valant notice d'information

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité
Numéro d'identité SIREN 782 395 511



SOMMAIRE

CHAPITRE I. DISPOSITIONS GENERALES	5
Article 1 - <i>Objet</i>	5
Article 2 - <i>Modifications du règlement</i>	5
Article 3 - <i>Garanties proposées par la mutuelle</i>	5
Article 4 - <i>Définition des opérations collectives</i>	5
4.1 - <i>Opérations collectives facultatives</i>	5
4.2 - <i>Opérations collectives obligatoires</i>	5
Article 5 - <i>Obligation d'information</i>	5
5.1 - <i>Obligation d'information de la mutuelle</i>	5
5.2 - <i>Obligation d'information du souscripteur</i>	6
5.3 - <i>Obligation d'information des membres participants</i>	6
CHAPITRE II. L'ADHESION	6
Article 6 - <i>Modalités d'adhésion</i>	6
6.1 - <i>Particularités de l'adhésion à un contrat collectif à adhésion facultative</i>	6
6.2 - <i>Particularités de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire</i>	6
6.2.1 - <i>Régime de base</i>	6
6.2.2 - <i>Régime optionnel</i>	6
6.2.3 - <i>Changement de garantie optionnelle</i>	7
6.2.4 - <i>Régime sur mesure</i>	7
Article 7 - <i>Effets de l'adhésion</i>	7
Article 8 - <i>Date d'effet, Durée et Renouvellement de l'adhésion</i>	7
Article 9 - <i>Bénéficiaires des garanties</i>	7
9.1 - <i>Membre participant</i>	7
9.2 - <i>Ayants droit du membre participant</i>	7
9.2.1 <i>Cadre général</i>	7
9.2.2 <i>Particularités de la gamme ACORIS</i>	8
9.3 - <i>Adjonction des ayants droit</i>	8
Article 10 - <i>Maintien de la garantie</i>	8
10.1 - <i>Portabilité des droits</i>	8
10.2 - <i>Dispositif Loi Evin</i>	8
10.3 - <i>Cas particuliers des contrats de travail suspendus</i>	8
Article 11 - <i>Changement de garantie</i>	9
Article 12 - <i>Contrats Loi Madelin</i>	9
CHAPITRE III. MODALITES DE RESILIATION	9
Article 13 - <i>Résiliation</i>	9
13.1 <i>Cadre général</i>	9
13.2 <i>Cas particulier des personnes décédées</i>	9
Article 14 - <i>Résiliation pour sortie du champ d'application du contrat collectif</i>	9
Article 15 - <i>Radiation pour fausses déclarations</i>	10
Article 15.1 <i>Radiation pour fausses déclarations intentionnelles</i>	10
Article 15.2 - <i>Radiation pour fausses déclarations non intentionnelles</i>	10
Article 16. <i>Demande de résiliation en cas de renouvellement ou d'obtention de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)</i>	10
Article 17 - <i>Radiation des ayants droit</i>	10
17.1 - <i>Cadre général</i>	10
17.2 - <i>Cas particulier des enfants à charge de moins de 28 ans</i>	10
17.3 - <i>Radiations dérogatoires</i>	10
17.3.1 - <i>Radiation pour CMU d'un contrat collectif facultatif</i>	10
17.3.2 - <i>Radiation dans le cadre de la loi Evin</i>	11
17.3.3 - <i>Demande de résiliation pour contrat collectif obligatoire.</i>	11
17.4 - <i>Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant</i>	11
17.5 - <i>Suspension</i>	11
Article 18 - <i>Radiation du régime optionnel</i>	12
18.1 - <i>Cadre général</i>	12
18.2 - <i>Radiation pour difficultés financières</i>	12
Article 19 - <i>Conséquences de la résiliation, de la radiation, de la suspension</i>	12
CHAPITRE IV. COTISATIONS	12
Article 20 - <i>Fixation des cotisations</i>	12
Article 21 - <i>Modulation des cotisations</i>	12

21.1 – Cadre général	12
21.2 - Cas particulier des contrats collectifs à adhésion obligatoire	13
<i>Article 22 - Modalités de paiement des cotisations</i>	<i>13</i>
<i>Article 23 - Non-paiement des cotisations</i>	<i>13</i>
23.1 - Lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation.....	13
23.2 - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations.	13
23.2.1 - Non-paiement du régime de base	13
23.2.2 - Non-paiement du régime optionnel.....	13
23.3 - Lorsque le contrat collectif obligatoire résulte d'une convention de branche, d'un accord professionnel ou d'un accord interprofessionnel régi par l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale.	13
<i>Article 24 – Procédure de recouvrement par voie contentieuse</i>	<i>14</i>
<i>Article 25 – Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) : offre Atout Cœur Santé..</i>	<i>14</i>
<i>Article 26 - Modalités de remboursement des cotisations trop perçues en cas de radiation</i>	<i>14</i>

CHAPITRE V. GARANTIE COMPLEMENTAIRE SANTE - GAMME MUTUELLES DU SOLEIL LIVRE II 14

SECTION 1 - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE	14
<i>Article 27 - Etendue des prestations</i>	<i>14</i>
27.1- Cadre général	14
27.2- Soins à l'étranger.....	14
27.3 - Cas particulier des Actes de Prévention	14
<i>Article 28 - Conditions de remboursement.....</i>	<i>15</i>
28.1 Cadre général	15
28.1.1 – En cas de télétransmission	15
28.1.2 – Hors cas de télétransmission	15
28.1. 2.1 - Actes pris en charge par la Sécurité Sociale :	15
28.1. 2.2 - Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale :	15
28.2 Principe de compensation des créances réciproques.....	15
<i>Article 29 - Respect de la Charte des Contrats Responsables</i>	<i>15</i>
29.1 Prestations non couvertes par les contrats responsables	15
29.2 Prestations obligatoirement couvertes par les contrats responsables.....	15
29.3 Prestations obligatoirement couvertes par les contrats collectifs obligatoires.....	15
<i>Article 30 - Prescription.....</i>	<i>16</i>
<i>Article 31 - Ticket modérateur</i>	<i>16</i>
<i>Article 32 – Carte Vitale</i>	<i>16</i>
<i>Article 33 – Carte de Tiers Payant</i>	<i>16</i>
<i>Article 34 – Devis dentaires.....</i>	<i>16</i>
<i>Article 35 - Tiers Payant</i>	<i>16</i>
<i>Article 36 - Prestations supplémentaires</i>	<i>17</i>
<i>Article 37 - Disciplines Médico-Tarifaires et Groupes Homoqènes de Séjours</i>	<i>18</i>
<i>Article 38 - Contrôle médical.....</i>	<i>18</i>
<i>Article 39 - Principe indemnitaire – Pluralité de débiteurs.....</i>	<i>18</i>
SECTION 2 - ACCIDENT DE DROIT COMMUN.....	19
<i>Article 40 - Subrogation</i>	<i>19</i>
<i>Article 41 - Conditions des garanties.....</i>	<i>19</i>
SECTION 3 – ACCIDENT DU TRAVAIL.....	19
<i>Article 42 - Recours</i>	<i>19</i>
SECTION 4 – CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES	20
<i>Article 43 - Risques hors du champ d'application des garanties.....</i>	<i>20</i>
<i>Article 44 - Anciens produits de la mutuelle MCM.....</i>	<i>20</i>
<i>Article 45 - Anciens produits de la mutuelle MUTALPES.....</i>	<i>20</i>
<i>Article 46 - Anciens produits de la mutuelle CENTRE SOCIAL MUTUALISTE.....</i>	<i>20</i>
<i>Article 47 - Anciens produits de la mutuelle Aubaquoise.....</i>	<i>20</i>
<i>Article 48 - Anciens produits de la mutuelle Sainte Baume.....</i>	<i>20</i>
<i>Article 49 - Anciens produits de la mutuelle Saint Victor</i>	<i>20</i>
<i>Article 50 - Anciens produits de la Mutuelle Familiale du Personnel des Papèteries Etienne</i>	<i>20</i>
<i>Article 51 - Anciens produits des mutuelles substituées</i>	<i>20</i>
<i>Article 52 - Garanties collectives gérées et/ou proposées par Mutuelles du Soleil Livre II, pouvant bénéficier de la période transitoire en cas de non modification des garanties par les entreprises souscriptrices</i>	<i>20</i>
<i>Article 53 - GAMME « SOLEA PRO » - Régime Général Assurés Sociaux – Régime des Travailleurs Indépendants -</i>	<i>21</i>
<i>Article 54 - Garanties MEDITERRANEE, PROVENCE et VENTOUX - Régime Général Assurés Sociaux – Régime des Travailleurs Indépendants -</i>	<i>23</i>

CHAPITRE VI. GARANTIE HOSPITALIERE.....	26
SECTION 1 – RISQUES GARANTIS, CONDITIONS D’ADMISSION, RADIATION.....	26
Article 55 - Définition des garanties.....	26
Article 56 - Description des garanties.....	26
Article 57 - Adhésion - Date d’effet.....	26
Article 58 - Modalités de radiation.....	26
Article 59 - Cotisations.....	26
SECTION 2 - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE.....	26
Article 60 - Bénéfice des prestations.....	26
Article 61 -Franchise.....	26
SECTION 3 - CONTROLE.....	26
Article 62 - Contrôle médical.....	26
Article 63 - Litiges médicaux.....	26
SECTION 4 – EXCLUSIONS.....	27
Article 64 - Risques non compris dans le champ d’application de la Garantie Hospitalière.....	27
CHAPITRE VII. GARANTIE « FRAIS D’OBSEQUES ».....	27
Article 65 - Risque garanti.....	27
Article 66 - Adhésion Durée Effet.....	27
Article 67 - Modalités de radiation.....	27
Article 68 - Cotisations.....	27
Article 69 - Règlement des prestations.....	27
Article 70 - Forfait obsèques.....	28
CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS DIVERSES.....	28
Article 71 - Fonds social.....	28
Article 72 - Réclamation - Médiation.....	28
Article 73 - Informatique et liberté.....	28
Article 74 - Interprétation.....	28
Article 75 - Loi applicable.....	28
Article 76 - Autorité chargée du contrôle.....	28

CHAPITRE I. DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Objet

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure les garanties souscrites par ses membres participants, dans le cadre d'opérations collectives. Les dispositions du présent règlement s'appliquent à tous les membres participants et à leurs ayants droit inscrits en tant que tels lors de l'adhésion.

Le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et Mutuelles du Soleil Livre II en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les membres participants sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux Statuts.

Il est élaboré par le Conseil d'Administration et ratifié par l'Assemblée Générale.

Il est régi par le Code de la mutualité.

Les dispositions d'application dudit Code ainsi que les dispositions légales et réglementaires non prises en compte dans le présent règlement en raison de leur date de parution s'appliqueront de plein droit, dès lors qu'elles auront un caractère d'ordre public.

Elles feront l'objet ultérieurement d'adaptation par l'Assemblée Générale de Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 2 - Modifications du règlement

Les modifications du Règlement sont proposées par le Conseil d'Administration, approuvées par l'Assemblée Générale et portées à la connaissance des membres participants et honoraires par une mise à disposition permanente sur le site www.mutuellesdusoleil.fr. Elles s'imposent aux membres participants et à leurs ayants droit dès cet instant.

Les modifications des garanties et règlements sont notifiées aux membres participants par la revue d'information « Le Mutualiste » et par Internet sur le site de Mutuelles du Soleil : www.mutuellesdusoleil.fr.

Le Règlement est disponible sur le site internet www.mutuellesdusoleil.fr et peut être adressé à chaque membre sur simple demande de sa part.

Article 3 - Garanties proposées par la mutuelle

Les garanties constituent les prestations donnant lieu à un remboursement, conformément à l'option contractuelle souscrite.

Les garanties proposées par la Mutuelle selon les branches pour lesquelles elle a été agréée, visent :

- le remboursement ou la prise en charge des frais de santé, « Garantie Complémentaire Santé » ;
- le versement d'une allocation pour frais d'obsèques, « Garantie Frais d'Obsèques » ;
- une prestation « Allocations Forfaitaires Perte de Revenu » et « Garantie Hospitalière » ;
- le plan hospitalisation accident ;
- plus généralement, tous produits de prévoyance, épargne, retraite et assurantiels proposés par la mutuelle et rentrant dans son objet.

Conformément aux dispositions des articles L 116-1 et suivants du Code de la mutualité, la mutuelle peut proposer des garanties dont le risque est porté par un autre organisme, dont :

- la garantie « Mutuelles du Soleil Assistance » ;
- la garantie « Mutuelles du Soleil Information Conseil ».

D'autres types de garanties peuvent être présentés pour le compte de tiers (institutions de prévoyance, organismes d'assurance relevant du Code de la Mutualité ou du Code des Assurances, unions adhérentes à la FNMF). Les membres participants peuvent y souscrire librement et en connaissance de cause, auprès du tiers concerné par l'intermédiaire de Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 4 - Définition des opérations collectives

4.1 - Opérations collectives facultatives

Conformément aux dispositions de l'article L 221-2 III 1° du Code de la mutualité, est définie comme opération collective facultative, l'opération par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par une personne morale (souscripteur), les membres d'une personne morale adhèrent librement à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques liés à la personne humaine, à la protection juridique, à l'assistance ou au chômage.

Les membres de la personne morale qui adhèrent deviennent, à compter de cette date, membres participants de la Mutuelle.

4.2 - Opérations collectives obligatoires

Conformément aux dispositions de l'article L 221-2 III 2° du Code de la mutualité, est définie comme opération collective obligatoire, l'opération par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat souscrit par un employeur (souscripteur), l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques liés à la personne humaine ou au chômage en vertu :

- de dispositions législatives ou réglementaires ;
- des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable ;
- de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur, telles que prévues par l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

A la date de leur affiliation, les salariés deviennent membres participants de la Mutuelle.

Article 5 - Obligation d'information

5.1 - Obligation d'information de la mutuelle

Conformément aux dispositions de l'article L 221-4 du Code de la mutualité, avant la signature du bulletin d'adhésion ou la souscription du contrat, Mutuelles du Soleil remet obligatoirement à la personne morale souscriptrice la proposition de bulletin d'adhésion ou de contrat.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II établit un règlement mutualiste contrats collectifs valant notice d'information qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de Mutuelles du Soleil Livre II à chaque membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par Mutuelles du Soleil Livre II. Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

5.2 - Obligation d'information du souscripteur

Dans le cadre des contrats collectifs, le souscripteur (employeur) est tenu de déclarer à Mutuelles du Soleil Livre II, les salariés éligibles au contrat et, le cas échéant, leurs ayants droit, dans le mois suivant leur entrée dans l'entreprise ou leur éligibilité au contrat ainsi que la durée de portabilité éventuellement fixée au sein de l'entreprise, conformément aux dispositions de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 14 janvier 2008 modifiées par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Le souscripteur (employeur) doit également déclarer à Mutuelles du Soleil Livre II, la sortie des personnes éligibles au contrat collectif et le cas échéant, leurs ayants droit, dans le mois qui suit la fin de droits du salarié selon la durée de portabilité éventuellement fixée au préalable par le souscripteur.

A défaut, la cotisation sera due pour la période pendant laquelle le risque a continué de courir et la radiation ne sera prise en compte qu'au premier jour du mois suivant sa notification à Mutuelles du Soleil Livre II.

5.3 - Obligation d'information des membres participants

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de son adhésion. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration peut entraîner sa déchéance et les sanctions prévues aux Statuts et Règlements.

Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer Mutuelles du Soleil Livre II et le souscripteur, dans un délai de trois (3) mois, de toutes les modifications concernant :

- son état civil ;
- son adresse ;
- sa situation matrimoniale ;
- sa situation familiale ;
- sa situation socioprofessionnelle ;
- son ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires ;
- et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour la mutuelle.

Seules les informations et demandes de modifications accompagnées de tout justificatif attestant de la nouvelle situation et fournies par le membre participant seront prises en compte par Mutuelles du Soleil Livre II.

CHAPITRE II. L'ADHESION

Article 6 - Modalités d'adhésion

Les contrats collectifs font l'objet d'un contrat écrit entre l'employeur ou la personne morale et Mutuelles du Soleil Livre II. Ils sont composés de deux (2) parties indissociables : les conditions générales et les conditions particulières (issues des Statuts et Règlements) qui définissent les droits et obligations du souscripteur, des bénéficiaires et de Mutuelles du Soleil Livre II.

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières, il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Passée cette date il est renouvelable par tacite reconduction sauf demande de révision ou de dénonciation envoyée par lettre recommandée avec avis de réception un (1) mois avant la date d'échéance pour l'adhérent et deux (2) mois, conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, pour la Mutuelle.

Par bénéficiaire, il faut entendre le membre participant et les ayants droit par lui désignés lors de la souscription, lors de la signature du bulletin d'adhésion ou dans la déclaration sociale nominative (DSN), conformément à l'article 9 du présent règlement, pour lesquelles l'assuré a demandé l'affiliation à Mutuelles du Soleil Livre II et acquitté les cotisations correspondantes.

6.1 - Particularités de l'adhésion à un contrat collectif à adhésion facultative

Les membres de la personne morale souscriptrice adhèrent librement à Mutuelles du Soleil en vue de se couvrir contre les risques garantis. Les contrats collectifs à adhésion facultative visent à garantir un ensemble de bénéficiaires d'une même entité (collectivité, association,...). Chaque membre participant assuré doit signer un bulletin d'adhésion à la souscription initiale du contrat ou un bulletin avenant lors de tout changement de garantie.

En cas de non-respect des conditions ci-dessus, Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit de dénoncer le contrat collectif dans un délai de deux (2) mois avant la date d'échéance, comme précisé ci-dessus.

A l'échéance annuelle, tout membre participant du Collège Collectif souhaitant, pour des raisons personnelles, souscrire une garantie du Collège Individuel, pourra le faire et sera maintenu dans ce dernier jusqu'au terme de son adhésion. Ce transfert de contrat sera irréversible.

6.2 - Particularités de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire

6.2.1 - Régime de base

Le régime « frais de santé » à adhésion obligatoire, dit « régime de base » souscrit par l'employeur auprès de Mutuelles du Soleil Livre II permet aux salariés de l'entreprise de bénéficier d'une prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux consécutifs à une maladie ou un accident et indemnisés par la sécurité sociale.

Ces contrats se répartissent dans les deux catégories suivantes :

- Petites et Moyennes Entreprises : Un minimum de quatre (4) salariés est requis pour remplir les conditions d'accès.
- Très Petites Entreprises : Aucune condition d'effectif n'est exigée pour les entreprises ou les collèges de moins de quatre (4) salariés.

Sont immédiatement admis comme bénéficiaires, à la date d'effet du contrat, les salariés sous contrat de travail remplissant les conditions d'éligibilité et le cas échéant, leurs ayants droit.

Sont admis comme bénéficiaires, au plus tôt le 1er jour de leur embauche dans l'entreprise, les salariés devenus éligibles au contrat et le cas échéant, leurs ayants droit.

6.2.2 - Régime optionnel

Ce régime a pour objet de compléter le régime à adhésion obligatoire.

L'adhésion au régime optionnel n'est possible qu'à la condition que l'entreprise ait adhéré au régime « frais de santé » à adhésion obligatoire et que le salarié en ait fait expressément la demande.

L'adhésion au régime optionnel est entièrement facultative, au choix du salarié.

L'adhésion au régime optionnel couvre l'ensemble des bénéficiaires du régime de base.

Pour adhérer, le salarié doit en faire expressément la demande dans les trente (30) jours suivant la date d'effet du contrat collectif obligatoire. A défaut, il pourra adhérer, en envoyant sa demande au moins un (1) mois avant la date d'échéance annuelle soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours.

La période de couverture du régime « optionnel » est d'un minimum de douze (12) mois consécutifs pour l'ensemble des bénéficiaires.

Passé ce délai, le salarié peut renoncer au bénéfice de ce régime en adressant une lettre recommandée, à la mutuelle, un (1) mois avant la date d'échéance annuelle.

Le salarié et ses ayants droit doivent souscrire le même niveau de prestation.

6.2.3 - Changement de garantie optionnelle

Si l'entreprise souscriptrice d'un contrat collectif obligatoire a également souscrit pour ses salariés, des garanties optionnelles telles que définies à l'article 6.2.2 le membre participant ayant choisi l'une ou l'autre desdites garanties optionnelles, pourra demander le changement de garantie à la hausse ou à la baisse un mois avant la date d'échéance annuelle soit avant le 30 novembre de chaque année.

La nouvelle garantie prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le changement sera définitif, sauf en cas de difficultés financières avérées lors d'un changement vers la garantie optionnelle inférieure.

Dans ce cas, la nouvelle demande de changement vers la garantie optionnelle inférieure fera l'objet d'une analyse par les Responsables de service habilités qui décideront, au vu des éléments fournis, le changement de garantie, la suspension ou la radiation du contrat. La modification de garantie sera alors définitive, elle prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de toutes les pièces justificatives nécessaires et de la restitution de toutes les cartes de tiers payant en cours de validité. Elle reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.

6.2.4 – Régime sur mesure

En cas de contrats collectifs obligatoires dits « sur mesure », les spécificités liées à la gestion du contrat sont précisées dans une notice d'information dédiée à l'entreprise et remise à chaque salarié.

En cas de différence entre les présents règlements collectifs et les mentions prévues dans cette notice d'information spécifique, la notice d'information prévaut.

Article 7 - Effets de l'adhésion

En cas d'adhésion à un contrat collectif, le souscripteur et/ou le membre participant s'engage au paiement de tout ou partie de la cotisation statutaire.

En cas d'adhésion en cours d'année, les cotisations ne seront dues qu'au prorata de la période restant à courir.

Lorsque l'adhésion est familiale, le bulletin est signé par le membre participant.

En tout état de cause, les soins, dont les dates sont antérieures à la date d'effet de l'adhésion, ne pourront donner lieu à paiement. Il en est de même en cas de renouvellement des prestations de pharmacie, de renouvellement d'actes de soins quels qu'ils soient ou de prescriptions de lentilles.

Dès lors qu'il devient membre participant, l'adhérent s'engage :

- A informer Mutuelles du Soleil Livre II de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers ;
- A informer Mutuelles du Soleil Livre II lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle souscrite auprès d'elles ;
- A régler les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées avec Mutuelles du Soleil Livre II ;
- A restituer toutes les cartes de tiers payant en cas de résiliation.

En outre, en adhérant à Mutuelles du Soleil Livre II, le membre participant ou honoraire devient membre de droit de Mutuelles du Soleil Livre III.

Les statuts et règlements de cette mutuelle du Livre III seront remis aux membres participants sur simple demande.

Article 8 - Date d'effet, Durée et Renouvellement de l'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article L.221-9 du Code de la Mutualité, l'engagement contractuel du membre participant peut prendre effet à la date mentionnée au contrat collectif signé par le souscripteur.

Pour toute souscription intervenant après cette date, la date d'effet de l'adhésion d'un membre participant et/ou de ses ayants droit, correspondra :

- Dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, au 1^{er} jour de son embauche au sein de l'entreprise.
- Dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, au 1^{er} jour suivant la réception de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives. ;

L'adhésion implique l'affiliation pour l'année civile complète et la couverture de tous les bénéficiaires déclarés par le souscripteur, entrant dans le champ d'application de l'article 9 du présent règlement.

L'adhésion à Mutuelles du Soleil est reconduite tacitement d'année en année, sauf démission, radiation ou exclusion suivant les modalités prévues aux articles du présent règlement.

Article 9 - Bénéficiaires des garanties

9.1 - Membre participant

Les membres participants déclarés par le souscripteur peuvent être, sans que cette liste soit exhaustive, selon le contrat souscrit :

- L'ensemble des salariés de l'entreprise souscriptrice ;
- Les catégories objectives de salariés telle que définies dans les conditions particulières du contrat par le souscripteur et conformes aux dispositions du code de la sécurité sociale;
- Les membres de la personne morale souscriptrice dans le cas particulier des contrats collectifs à adhésion facultative.

9.2 - Ayants droit du membre participant

9.2.1 Cadre général

Par ayants droit, il faut entendre les personnes désignées en tant que tels par le membre participant, à savoir :

- son conjoint :
 - époux légitime ;
 - concubin reconnu, tel que défini par l'article 515-8 du Code civil ;
 - partenaire, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil, lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
- ses enfants à charge :

- Sont considérés comme à charge au sens de la Sécurité sociale les enfants du membre participant ou de son conjoint âgé de moins de 20 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.
- Sont assimilés aux enfants de plus de 20 ans (hormis pour la gamme ACORIS) :
 - les enfants de moins de 28 ans qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec mention de leur appartenance à un régime de sécurité sociale des étudiants ;
 - les enfants de moins de 28 ans, demandeurs d'emploi percevant une allocation inférieure à 55% du SMIC pouvant en justifier par une notification de POLE EMPLOI, à défaut une attestation sur l'honneur des parents précisant que l'enfant n'a pas d'activité rémunérée (salaire ou indemnité) ;
 - les enfants de moins de 28 ans qui sont en apprentissage, en contrat de professionnalisation, en contrat de formation, en alternance ... et perçoivent une rémunération inférieure au SMIC ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage de formation en alternance ... ainsi que les trois derniers bulletins de salaire ;
 - les enfants handicapés rattachés au foyer fiscal du membre participant atteints d'une incapacité permanente reconnue au sens de l'article 169 du Code de la famille et de l'aide sociale, suite à une infirmité ou une maladie incurable.
- les personnes à sa charge au sens du Code de la sécurité sociale pour lesquelles le membre participant a demandé l'affiliation à Mutuelles du Soleil Livre II et acquitte les cotisations correspondantes.

9.2.2 Particularités de la gamme ACORIS

Les dispositions de l'article 9.2.1 ci-dessus s'appliquent à la gamme ACORIS sauf pour la définition des ayants droit enfants à charge.

Sont considérés comme enfants à charge, pour la gamme ACORIS, les enfants âgés de moins de 21 ans.

Ces enfants ayants droit d'un membre participant souscrivant une garantie de la gamme ACORIS bénéficient d'un demi-tarif par rapport à la cotisation du chef de famille. Ils perdent ce droit lorsqu'ils atteignent l'âge de 21 ans ou deviennent à leur tour membre participant ou conjoint.

9.3 - Adjonction des ayants droit

Seul le membre participant peut demander à tout moment, au souscripteur du contrat collectif, l'adjonction d'un de ses ayants droit. L'adjonction sera effective au plus tôt, le premier jour du mois suivant la déclaration du souscripteur.

Dans le cadre des anciennes garanties, seule l'adjonction d'un ayant droit est possible. Cet ajout ne pourra être demandé que par le souscripteur du contrat collectif bénéficiant déjà de l'ancienne garantie et prendra effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la demande du souscripteur.

La date d'effet de l'adhésion d'un enfant nouveau-né ou d'un enfant adopté d'un membre participant correspondra à sa date de naissance ou à sa date d'adoption si l'enfant est inscrit dans les 3 premiers mois de sa naissance ou de son adoption. Au-delà, l'adhésion sera effective au plus tôt, le premier jour du mois suivant la demande du souscripteur.

Article 10 - Maintien de la garantie

10.1 – Portabilité des droits

Les contrats collectifs souscrits auprès de Mutuelles du Soleil Livre II se conformeront aux dispositions de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail pour les entreprises entrant dans le champ d'application de cet accord, telles que modifiées par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, ainsi qu'aux éventuelles dispositions des Conventions Collectives Nationales applicables.

10.2 - Dispositif Loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin » modifiée par la loi n° 94-678 du 8 août 1994, lorsque des salariés sont garantis collectivement dans les conditions prévues à l'article 2 de la « Loi Evin », le contrat collectif doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats par lesquels l'organisme maintient cette couverture.

Sont concernés par ce dispositif sans condition de durée et sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, les anciens salariés, bénéficiaires :

- d'une rente d'incapacité ;
- d'une pension d'invalidité ;
- d'une pension de retraite ;
- d'un revenu de remplacement, s'ils sont privés d'emploi.

Sont concernés par ce dispositif pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter de la date de décès et sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès, les personnes garanties du chef de l'assuré décédé (ses ayants droit).

En application du décret 2017-372 du 21 mars 2017, un plafonnement progressif est applicable aux contrats souscrits ou aux adhésions intervenues à compter du 1er juillet 2017. A compter de cette date, les nouvelles conditions tarifaires sont :

- pour la 1e année faisant suite à la sortie du contrat d'assurance collectif, les tarifs ne pourront pas être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- pour la 2eme année, ces tarifs ne pourront être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- pour la 3eme année qui suit la sortie du contrat d'assurance collectif, ces tarifs ne pourront être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

10.3 – Cas particuliers des contrats de travail suspendus

Dans le cadre d'une suspension de contrat de travail, les garanties mises en place conservent leur caractère collectif et obligatoire si leur bénéfice est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, conformément aux dispositions de la Fiche n°7 de la Circulaire DSS n° DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire.

Cette circulaire fait référence aux articles L636-2, L242-1, sixième et neuvième alinéas et D242-1 du code de la sécurité sociale, à l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et à l'article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Article 11 - Changement de garantie

Le souscripteur du contrat collectif peut demander un changement de garantie en cours d'année.

Ce changement sera constaté par un avenant au contrat ou par la signature d'un nouveau contrat, conformément aux dispositions de l'article L.221-5 du Code de la mutualité.

La nouvelle garantie entrera en vigueur à la date d'effet mentionnée sur l'avenant ou le nouveau contrat.

Chaque salarié concerné devra remplir et signer un bulletin d'adhésion avenant, mentionnant éventuellement l'ensemble de ses ayants droit. La nouvelle garantie prendra effet à la date mentionnée dans l'avenant au contrat et reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.

Article 12 - Contrats Loi Madelin

L'article 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 prévoit que les contrats d'assurance de groupe peuvent être souscrits, au profit de ses membres, par un groupement comportant un nombre minimum de personnes qui exercent une activité non salariée non agricole ou ont exercé cette activité et bénéficient à ce titre d'une pension de vieillesse, sous réserve des dispositions de l'article L.652-4 du Code de la Sécurité sociale, en vue du versement de prestations de prévoyance complémentaire, d'indemnité en cas de perte d'emploi subie ou d'une retraite complémentaire garantissant un revenu viager.

Les prestations servies au titre de ces contrats peuvent prendre la forme soit de prestations en nature, de versements de revenus de remplacement ou de rentes, soit de capitaux en cas de liquidation judiciaire ou d'invalidité dans les conditions prévues à l'article L.132-23 du Code des assurances. Le versement des cotisations doit présenter un caractère régulier dans son montant et sa périodicité.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des dispositions du présent article, notamment les clauses types qui doivent obligatoirement figurer au contrat et les caractéristiques des groupes.

Les articles 1 et 2 du décret n° 94-775 du 5 septembre 1994 précisent que :

- Les groupements habilités à souscrire des contrats d'assurance de groupe en application de l'article 41 de la loi du 11 février 1994 susvisée doivent :
 - Être constitués sous la forme d'associations déclarées régies par la loi du 1er juillet 1901 susvisée ou, dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, sous la forme d'associations régies par la législation locale maintenue en vigueur par la disposition du 9° de l'article 7 de la loi du 1er juin 1924 susvisée ;
 - Compter au moins mille (1000) membres qui exercent une activité non salariée non agricole, ou qui ont exercé une telle activité et bénéficient à ce titre d'une pension de vieillesse.
- Toute personne qui demande son adhésion ou le renouvellement de son adhésion à un contrat d'assurance de groupe souscrit par l'un des groupements mentionnés ci-dessus doit justifier auprès du groupement souscripteur du contrat qu'elle est à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées.

CHAPITRE III. MODALITES DE RESILIATION

Article 13 – Résiliation

13.1 Cadre général

En dérogation avec les dispositions de l'article L.221-10 du Code de la mutualité, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à Mutuelles du Soleil Livre II au moins un (1) mois avant la date d'échéance soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours.

La Mutuelle peut, dans les mêmes conditions, résilier les contrats collectifs en respectant un délai de prévenance de deux (2) mois.

Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle toutes les cartes de tiers payant en sa possession et à informer de sa radiation les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge des frais par la mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

13.2 Cas particulier des personnes décédées

En cas de décès d'un membre participant, la copie de l'acte de décès doit être transmise à Mutuelles du Soleil Livre II pour que la radiation puisse être prise en compte. La radiation interviendra le premier jour suivant la date du décès.

Le remboursement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru s'effectuera sur demande écrite formulée par la ou les personne(s) ayant qualité à agir et au vu d'une attestation de porte-fort ou d'un certificat d'hérédité.

La période pendant laquelle le risque n'a pas couru débute au 1er jour du mois suivant le décès. De fait, les cotisations du mois au cours duquel est intervenu l'évènement sont dues dans leur intégralité.

En cas de décès du membre participant, les ayants droit peuvent demander le maintien de la couverture dans le cadre des dispositions de la loi Evin mentionnées à l'article 10.2 du présent règlement.

Article 14 – Résiliation pour sortie du champ d'application du contrat collectif

Dans le cadre des contrats collectifs, lorsqu'un membre participant cesse de remplir les conditions d'éligibilité, l'entreprise souscriptrice ou le souscripteur du contrat doit en aviser Mutuelles du Soleil Livre II, le plus rapidement possible.

La radiation sera positionnée au lendemain de la sortie des effectifs indiquée par le souscripteur. Si des prestations sont servies après cette date, Mutuelles du Soleil Livre II réclamera les sommes indument versées à l'ancien membre.

La cotisation sera due à Mutuelles du Soleil Livre II jusqu'à la date de radiation.

Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle les cartes de tiers payant en sa possession et à informer de sa radiation les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.

Dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, en cas de radiation dérogatoire en cours d'année et sur présentation des justificatifs adéquats, le remboursement par Mutuelles du Soleil Livre II de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation) est soumis à l'obligation préalable de restituer les cartes de tiers payant délivrées par la mutuelle et à l'absence de prestations servies pendant la période écoulée.

Dans le cadre des contrats collectifs obligatoires, si le souscripteur du contrat n'emploie plus de salarié et s'il n'a pas demandé la radiation dudit contrat, celui-ci sera maintenu jusqu'à la fin de l'échéance annuelle.

Article 15 - Radiation pour fausses déclarations

Article 15.1 Radiation pour fausses déclarations intentionnelles

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes de nullité (nouvel article 1178 du Code civil), la garantie accordée au membre participant par Mutuelles du Soleil Livre II est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Mutuelles du Soleil Livre II, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelles du Soleil Livre II qui ont le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les dispositions ci-dessus ne s'appliquent pas.

Article 15.2 - Radiation pour fausses déclarations non intentionnelles

Conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix (10) jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

Mutuelles du Soleil Livre II restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de ces dispositions.

En cas de fausse déclaration de risque et à compter de la date de révélation de la situation, le contrat sera suspendu jusqu'à décision définitive du Conseil d'Administration statuant en instance disciplinaire. Durant ce laps de temps, les membres participants et leurs ayants droit ne pourront pas bénéficier des avantages de la mutuelle.

Article 16. Demande de résiliation en cas de renouvellement ou d'obtention de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

Dans le respect des dispositions de l'article L.863-4-1 du Code de la sécurité sociale, lorsqu'un membre participant obtient le bénéfice de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) prévue par l'article L.863-2 du Code de la Sécurité Sociale, il bénéficie, à sa demande :

- Soit de la résiliation de la garantie initialement souscrite auprès de Mutuelles du Soleil- Cette résiliation intervient au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant la présentation par l'assuré d'une attestation de souscription d'un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L.863-6 de la Sécurité Sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, modifié par la Loi n° 2014-892 du 08/08/2014.;
- Soit de la modification du contrat initialement souscrit en un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L.863-6, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, modifié par la Loi n° 2014-892 du 08/08/2014.

Les cotisations afférentes au contrat sont remboursées par la Mutuelle, au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Cette période est calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de Tiers Payant délivrées par la Mutuelle.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge des frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

Article 17 - Radiation des ayants droit

17.1 - Cadre général

A chaque échéance annuelle et à la demande du membre participant, le souscripteur du contrat peut demander la radiation d'un des ayants droit du membre participant, en envoyant la demande au moins un (1) mois avant le 31 décembre de l'année en cours soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours.

Cette radiation prendra effet l'année suivante, au moment du renouvellement du contrat.

En cours d'année, dans certains cas exceptionnels et sur justificatif(s), le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives.

Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la mutuelle les cartes de tiers payant en sa possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de la radiation d'un de ses ayants droit.

En cas de radiation en cours d'année sur présentation des justificatifs adéquats, le remboursement par Mutuelles du Soleil Livre II de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation) est soumis à l'obligation préalable de restituer la carte de tiers payant délivrée par la mutuelle et à l'absence ou au remboursement de prestations servies pendant la période écoulée.

17.2 – Cas particulier des enfants à charge de moins de 28 ans

Conformément aux dispositions de l'article 9.2.1, sont assimilés aux enfants de moins de 20 ans, les enfants de moins de 28 ans, sous certaines conditions.

De fait, la radiation du contrat collectif desdits enfants interviendra au 31 décembre de l'année de leur 27ème anniversaire. Une garantie à titre individuel leur sera alors proposée.

17.3 - Radiations dérogatoires

17.3.1 - Radiation pour CMU d'un contrat collectif facultatif

Dans le respect des dispositions de l'article 6-2 de la loi du 31 décembre 1989, lorsqu'un membre participant obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale (Couverture Maladie Universelle CMU), il obtient à sa demande la résiliation totale de la garantie initialement souscrite auprès de La Mutuelle.

Pour ce faire, le membre participant doit adresser au Service « Vie du Contrat » de La Mutuelle, sa demande de radiation au titre de la CMU en recommandé avec accusé de réception accompagnée de l'attestation de droits à la CMU délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

- Si la demande de radiation pour bénéfice de la CMU, accompagnée des pièces justificatives susvisées, est adressée dans les (3) trois mois suivant l'obtention de l'attestation, la radiation du contrat sera effective au 1^{er} jour de l'acquisition de la CMU, sous réserve de l'absence de prestations servies par La Mutuelle depuis cette date.
Si des prestations ont été versées, une compensation réciproque entre les cotisations versées et les prestations servies pourra s'opérer ou un remboursement des prestations versées sera réclamé à l'adhérent concerné.
- Si la demande de radiation pour bénéfice de la CMU est adressée complète plus de (3) trois mois après son obtention, la radiation du contrat sera effective le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de radiation complète.

La Mutuelle remboursera au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation et déduction faite des prestations éventuellement servies dans le respect du principe de compensation des créances réciproques prévu à l'article 28.2.

Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de tiers payant délivrées par la Mutuelle.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge des frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

17.3.2 – Radiation dans le cadre de la loi Evin

Le membre participant souscripteur d'un contrat collectif dans le cadre de la loi Evin, devant adhérer à un contrat collectif obligatoire, peut demander la résiliation de son contrat en cours d'année. Pour ce faire, il doit envoyer un courrier recommandé avec accusé de réception au Service « Vie du Contrat » accompagné d'une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire du régime de complémentaire santé mis en place dans son entreprise.

Le membre participant pourra également demander la résiliation de son contrat en cours d'année pour ses ayants droit, s'il prouve que le contrat collectif obligatoire dont il bénéficie est un contrat collectif obligatoire famille.

La demande de résiliation sera ensuite transmise au Service « Vie du Contrat » qui, en dérogation avec les dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, pourra accorder la résiliation en cours d'année.

Si la demande de radiation pour adhésion à un contrat collectif obligatoire accompagnée des pièces justificatives susvisées est adressée dans les trois (3) mois suivant l'adhésion obligatoire, la radiation du contrat de Mutuelles du Soleil Livre II sera effective au 1^{er} jour de l'adhésion obligatoire.

Si la demande de radiation pour adhésion à un contrat collectif obligatoire est adressée complète plus de trois (3) mois après l'adhésion obligatoire, la radiation du contrat de Mutuelles du Soleil Livre II sera effective le 1^{er} jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande de radiation accompagnée de toutes les pièces justificatives.

17.3.3 - Demande de résiliation pour contrat collectif obligatoire.

Dans le cadre des régimes mis en place par décision unilatérale, l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Évin », indique qu'aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place d'un système de garanties collectives obligatoire, ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système.

Dans le cas des régimes mis en place dans les conditions fixées par l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale (accord d'entreprise, référendum et décision unilatérale), l'article R 242-1-6 du Code de la sécurité Sociale, indique que l'acte juridique mettant en place le régime obligatoire peut, sans remise en cause du caractère obligatoire du régime, prévoir une dispense d'affiliation au régime pour les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de leur embauche si elle est postérieure.

Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à l'échéance du contrat en cours.

En conséquence, sans remise en cause du caractère obligatoire du contrat collectif existant dans leur entreprise, les membres participants ont la faculté de rester couverts par nos garanties jusqu'à l'arrivée de l'échéance annuelle de leur contrat, soit le 31 décembre de l'année en cours.

Ceci exposé et afin de ne pas pénaliser les membres participants dont l'entreprise n'aurait pas prévu les cas de dispenses susvisés ou qui ne pourraient pas en bénéficier, la Mutuelle autorise les demandes de résiliation en cours d'année pour contrat collectif obligatoire sous réserve de produire les justificatifs suivants :

- une attestation de l'employeur précisant le caractère obligatoire et collectif du contrat, son mode et sa date de mise en place ainsi que les bénéficiaires concernés,
- la restitution de toutes les cartes de tiers payant Mutuelles du Soleil en cours de validité.

En cas de radiation en cours d'année sur présentation des justificatifs adéquats, le remboursement par Mutuelles du Soleil Livre II de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation) est soumis à l'obligation préalable de restituer la carte de tiers payant délivrée par la mutuelle et à l'absence de prestations servies pendant la période écoulée.

Si des prestations ont été servies, la radiation sera positionnée au 1^{er} jour du mois suivant la dernière prestation versée.

17.4 - Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant

En cours d'année, dans certains cas exceptionnels et sur justificatif(s), le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives sous réserve qu'aucune prestation n'ait été versée depuis cette date.

Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle toutes les cartes de tiers payant en sa possession et à informer les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de la radiation d'un de ses ayants droit.

17.5 - Suspension

Le membre participant d'un contrat collectif facultatif ou l'un de ses ayants droit est dispensé du paiement de ses cotisations en cas entre autres, de mobilisation, de captivité, d'incarcération, de départ à l'étranger pour une période supérieure ou égale à trois (3) mois pour des raisons professionnelles ou pour y suivre un cycle universitaire... Il n'aura pas droit aux avantages accordés par la Mutuelle pendant cette période et le paiement de ses cotisations sera suspendu.

Toutefois, les bénéficiaires d'un membre participant mobilisé, incarcéré, en captivité ou à l'étranger ont la possibilité de rester adhérents à la Mutuelle comme membres participants, de cotiser et de bénéficier ainsi des avantages de la Mutuelle.

La suspension du contrat interviendra au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande de suspension accompagnée de toutes les pièces justificatives et de toutes les cartes de tiers payant en cours de validité.

Le membre participant ou l'ayant droit dont le contrat est suspendu, bénéficiera de plein droit des avantages de la Mutuelle, dès son retour pourvu qu'il en fasse la demande au service Vie du Contrat Entreprise de Mutuelles du Soleil Livre II et s'acquitte de ses cotisations, à partir de cette date.

Article 18 - Radiation du régime optionnel

18.1 – Cadre général

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion obligatoire, les salariés ayant souscrit un régime optionnel peuvent mettre fin à leur adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à Mutuelles du Soleil Livre II au moins un (1) mois avant la date d'échéance.

18.2 – Radiation pour difficultés financières

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion obligatoire, les membres participants qui ont souscrit une garantie optionnelle peuvent, en cas de difficulté financière avérée et justifiée, demander la résiliation de ladite garantie en cours d'année. Cette demande est soumise à la mutuelle qui décidera au vu des éléments justificatifs de la résiliation.

Article 19 - Conséquences de la résiliation, de la radiation, de la suspension

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, de la radiation ou pendant la période de suspension.

L'utilisation de la carte de tiers payant pendant une période de suspension ou après une radiation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices soufferts, par tous moyens légaux à disposition de Mutuelles du Soleil Livre II.

Mutuelles du Soleil Livre II se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En aucun cas, le membre participant radié pour des faits ayant causé un préjudice à Mutuelles du Soleil Livre II ne pourra devenir ayant droit d'un membre participant (conjoint ou autre), sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

CHAPITRE IV. COTISATIONS

Article 20 - Fixation des cotisations

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions de l'article L.112-1 du Code de la mutualité.

La tarification est fixée par branches d'activités garanties pour lesquelles la mutuelle a été agréée.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture des prestations assurées directement par Mutuelles du Soleil Livre II.

A chaque échéance annuelle, le montant ou le taux de cotisation est susceptible d'évoluer.

Cette cotisation inclut également :

- une part afférente aux activités de la mutuelle dédiée (Mutuelles du Soleil Livre III) créée par Mutuelles du Soleil Livre II, fixée par vote de l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration. Elle ouvre droit aux services de Mutuelles du Soleil Livre III ;
- les prélèvements spéciaux destinés à des organismes fédérateurs dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes ;
- les taxes étatiques.

Article 21 - Modulation des cotisations

21.1 – Cadre général

Selon la garantie souscrite et dans le respect des dispositions de l'article L.112-1 du Code de la mutualité, le montant des cotisations est modulable en fonction :

- du revenu ;
- ou de la durée d'appartenance à Mutuelles du Soleil Livre II ;
- ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ;
- ou du lieu de résidence ;
- ou du nombre d'ayants droit.

Dans l'hypothèse où les tarifs d'autorité, les tarifs de convention ou les taux de prise en charge de la Sécurité Sociale, pour une prestation ou une série de prestations seraient modifiés en cours d'année, Mutuelles du Soleil Livre II proposera soit :

- de modifier la cotisation due, afin de maintenir le même niveau de garanties telles que décrites aux conditions particulières du contrat ;
- de modifier le niveau de garanties, afin de maintenir le montant de la cotisation due.

De même, dans l'hypothèse de la création ou de l'évolution de taxes étatiques en cours d'année, Mutuelles du Soleil Livre II proposera soit :

- de modifier la cotisation due, afin de maintenir le même niveau de garanties telles que décrites aux conditions particulières du contrat ;
- de modifier le niveau de garanties, afin de maintenir le montant de la cotisation due.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le souscripteur est tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par Mutuelles du Soleil Livre II.

Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

La cotisation peut être gratuite selon la garantie souscrite :

- Pour le nouveau-né ou l'enfant adopté quel qu'en soit le nombre pendant une période de six mois suivant sa naissance ou son adoption, à condition que l'enfant soit inscrit dans les trois (3) premiers mois de sa naissance ou son adoption, pour une couverture identique à l'assuré, et sous réserve que le père, la mère ou le représentant légal soit membre participant de Mutuelles du Soleil Livre II. L'adhésion du nouveau-né ou de l'enfant adopté court à compter du jour de sa naissance ou de son adoption. Pour le nouveau-né ou l'enfant adopté, lorsque la cotisation est due, elle n'est pas calculée au prorata du jour de l'inscription mais au 1^{er} jour du mois précédant cette dernière.
- Pour le 4^{ème} enfant pour les garanties labellisées dédiées aux fonctionnaires territoriaux.

21.2 - Cas particulier des contrats collectifs à adhésion obligatoire

Une cotisation unique est fixée en fonction du bénéficiaire désigné au contrat, dans les termes prévus aux articles 39 1° et 83 2° du Code général des impôts.

Article 22 - Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance. La cotisation est due au premier janvier ou, pour les nouveaux contrats, à partir de la date d'effet mentionnée aux conditions particulières. Toutefois, pour tenir compte des débours qu'elle représente, son paiement peut être fractionné sans majoration. Tout acompte engage au règlement de la totalité de la cotisation de l'année considérée ; le paiement fractionné ne correspondant en aucun cas à une période de couverture.

Pour les contrats dont le paiement des cotisations est à terme échu, le droit aux prestations est supposé acquis jusqu'à la périodicité suivante. Tout retard dans le paiement pourra entraîner une suspension de la garantie et des prestations.

La cotisation étant due pour l'année civile, elle reste en principe due et acquise à Mutuelles du Soleil Livre II pour l'ensemble de la période. Lorsqu'il est fractionné, le paiement de la cotisation est acquitté par chèque, prélèvement bancaire ou postal, carte bancaire, règlement en ligne.

Le prélèvement automatique annuel, semestriel, trimestriel, mensuel est exécuté sans frais à terme échu ou à échoir conformément aux dates inscrites sur l'échéancier communiqué au débiteur de la cotisation et sous réserve de la signature d'un mandat SEPA (Single Euro Payments Area) :

- Mensuel en 12 prélèvements ;
- Trimestriel en 4 prélèvements ;
- Semestriel en 2 prélèvements ;
- Annuel en 1 prélèvement.

Le paiement mensuel n'est autorisé que par prélèvement bancaire ou postal.

La cotisation peut s'exprimer en euros ou en pourcentage du plafond mensuel ou annuel de la sécurité sociale.

Article 23 - Non-paiement des cotisations

Pour prétendre aux prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations à la date du fait générateur du droit à garantir (date des soins, date du décès, etc.).

23.1 - Lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8-I du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, celle-ci pourra envoyer une lettre de mise en demeure à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice, Mutuelles du Soleil Livre II informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de trente (30) jours, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

Mutuelles du Soleil Livre II a le droit de résilier le contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours susmentionné.

La cotisation dont le paiement est poursuivi pourra être majorée du montant des frais de recouvrement prononcés par décision judiciaire. Il peut toutefois être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.

A partir du moment où l'intégralité des sommes dues par le souscripteur est réglée, le contrat collectif non résilié reprendra effet à compter de la date où il a été suspendu, sauf décision différente de Mutuelles du Soleil Livre II.

23.2 - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations.

23.2.1 - Non-paiement du régime de base

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 II du Code de la mutualité, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé par Mutuelles du Soleil Livre II, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue en cas de non-paiement de cotisation dans le cadre de l'article 23.2 du présent règlement est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure susmentionnée et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

23.2.2 - Non-paiement du régime optionnel

Dans le cadre de la souscription d'un régime optionnel, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu dudit régime, dans les conditions spécifiées au 23.2.1 du présent règlement, alors même que l'employeur s'acquitte de ses cotisations dans le cadre du contrat collectif à adhésion obligatoire.

La radiation du régime optionnel uniquement pourra donc être prononcée par Mutuelles du Soleil Livre II et le membre participant défaillant n'aura plus la possibilité d'y souscrire.

23.3 - Lorsque le contrat collectif obligatoire résulte d'une convention de branche, d'un accord professionnel ou d'un accord interprofessionnel régi par l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale.

Dans le respect des dispositions de l'article L.221-8 III du Code de la mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II considère :

- qu'à défaut de paiement de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance périodique, la Mutuelle pourra poursuivre en justice l'exécution du contrat ;
- que tous les frais engagés seront mis à la charge du débiteur défaillant ;
- et que les majorations de retard fixées par le Conseil d'Administration seront à la charge exclusive de l'employeur.

Article 24 – Procédure de recouvrement par voie contentieuse

En référence aux articles 23 et suivants du présent règlement, si la phase de recouvrement amiable ne permet pas à Mutuelles du Soleil Livre II de recouvrer les sommes dues, celle-ci se réserve le droit d'engager une procédure de recouvrement contentieux à l'encontre du souscripteur du contrat ou de la personne morale ou du membre participant si une portion de cotisation était laissée à sa charge dans le cadre du contrat collectif facultatif garantissant ses ayants droit ou dans le cadre d'une souscription volontaire au régime optionnel. Les frais engagés seront mis à la charge du débiteur défaillant.

Article 25 – Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) : offre Atout Cœur Santé

À compter du 1er juillet 2015 le dispositif de l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) a été réformé. Dorénavant, les bénéficiaires de l'ACS devront souscrire ou renouveler leurs contrats individuels d'assurance complémentaire santé auprès d'organismes sélectionnés.

Aussi l'offre Atout Cœur Santé, dont Mutuelles du Soleil est Co-assureur, a été sélectionnée à l'issue d'un avis d'appel public à la concurrence en application du décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Cette sélection a été publiée dans l'arrêté du 10 avril 2015 paru au JORF du 11 avril. En souscrivant à cette offre, vous êtes adhérents Mutuelles du Soleil.

Pour obtenir plus de renseignements, nous vous renvoyons vers la Notice d'information Atout Cœur Santé remise avec le contrat ainsi que les Statuts mutualistes dont vous dépendez.

Article 26 - Modalités de remboursement des cotisations trop perçues en cas de radiation

En cas de décès du membre participant ou de radiation définitive du contrat, si le compte cotisations présente un solde créditeur, la portion de cotisation réglée alors que le risque ne court plus pourra être remboursée par Mutuelles du Soleil Livre II, sous réserve qu'aucun indu de prestations ne soit enregistré sur le compte prestations du membre participant et/ou de ses ayants droit.

- En cas de radiation définitive du contrat, la portion de cotisation due sera remboursée au membre participant, sur sa demande écrite et sous réserve de la restitution des cartes des tiers payant.
- En cas de décès du membre participant, si celui-ci est le seul adhérent au contrat, la portion de cotisation due sera remboursée aux héritiers ou au notaire chargé de la succession sur demande expresse et au vu d'une attestation de porte-fort ou d'un certificat d'hérédité.
- En cas de décès du membre participant si celui-ci a souscrit un contrat garantissant également ses ayants droit, la portion de cotisation due sera portée au crédit du compte cotisant, sous réserve que les ayants droit maintiennent leur adhésion au contrat.

CHAPITRE V. GARANTIE COMPLEMENTAIRE SANTE - GAMME Mutuelles du Soleil Livre II

SECTION 1 - Prestations accordées par la mutuelle

Article 27 - Etendue des prestations

27.1- Cadre général

Le service des prestations est assuré pour les bénéficiaires d'une garantie souscrite auprès de Mutuelles du Soleil Livre II, pour les seules affections dont les soins interviennent dans le respect de l'article 41 du présent règlement.

Les prestations sont basées sur la valeur du tarif de responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoires en vigueur. Ainsi, Mutuelles du Soleil Livre II intervient en complément des prestations servies par les régimes d'assurance maladie obligatoires ou sur des montants forfaitaires, indiqués en annexe du présent règlement, déduction faite du remboursement du régime obligatoire, s'il existe.

Les prestations garanties par Mutuelles du Soleil Livre II sont assurées dans les conditions suivantes :

- Seuls les frais médicaux, chirurgicaux et prestations supplémentaires dont la date des soins correspond à l'ouverture des droits à la garantie peuvent donner lieu à une prise en charge par Mutuelles du Soleil Livre II.
- Pour l'orthodontie et les prothèses dentaires, elles doivent remplir les conditions visées à l'article 36.6 du présent règlement. De même, la date des soins doit correspondre à l'ouverture des droits à la garantie pour donner lieu à une prise en charge par Mutuelles du Soleil Livre II.
- Pour les cures thermales, la prise en charge du ticket modérateur sera accordée pour les soins ainsi que pour l'hébergement et le transport, uniquement en cas d'accord du régime d'assurance maladie obligatoire. En cas de refus de prise en charge de l'hébergement et du transport par le régime d'assurance maladie obligatoire, ces derniers ne feront l'objet d'aucun remboursement de la part de Mutuelles du Soleil Livre II.

En France, les membres participants ont le libre choix du praticien parmi ceux inscrits au tableau de l'ordre des médecins, ainsi que de l'établissement de soins parmi ceux agréés par la sécurité sociale. Toutefois, la gratuité des soins ne s'étend aux différents éléments du tarif de responsabilité que si ce dernier résulte de conventions signées entre la Sécurité sociale, le corps médical et les établissements de soins dont la liste est tenue à la disposition des membres participants auprès des caisses primaires d'assurance maladie.

27.2- Soins à l'étranger

L'article L.332-3 du Code de la sécurité sociale dispose que « sous réserve des conventions et des règlements internationaux et de l'article L.766-1 Code de la sécurité sociale, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances maladie et maternité ne sont pas servies. Toutefois, un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe énoncé ci-dessus dans le cas où :

- l'assuré ou ses ayants droit tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen ;
- lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état.

Dans le respect de cet article, lors d'un séjour temporaire à l'étranger, les soins effectués dans un autre pays ne seront remboursés qu'après remboursement de l'organisme obligatoire. Tous les soins hors nomenclature ou les dépassements d'honoraires effectués à l'étranger ne seront pas pris en charge par Mutuelles du Soleil Livre II.

27.3 - Cas particulier des Actes de Prévention

Les garanties responsables, proposées par Mutuelles du Soleil Livre II, prennent en charge à hauteur du ticket modérateur (TM), la participation des membres participants, pour les actes de prévention pris en charge par le régime d'assurance maladie.

Article 28 - Conditions de remboursement

28.1 Cadre général

Le remboursement des prestations s'effectuera exclusivement par virement bancaire.

28.1.1 – En cas de télétransmission

Lorsque le régime obligatoire d'un bénéficiaire ou un professionnel de santé télétransmet à Mutuelles du Soleil Livre II, ce dernier se verra allouer automatiquement la part complémentaire lui revenant.

28.1.2 – Hors cas de télétransmission

28.1.2.1 - Actes pris en charge par la Sécurité Sociale :

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant devra fournir le décompte de l'assurance maladie et/ou la feuille de facturation attestant le paiement, par courrier, par fax ou encore par e-mail.

28.1.2.2 - Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale :

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit fournir la feuille de facturation ou note d'honoraire acquittée, attestant la nature des actes et le paiement, quel que soit canal de transmission (courrier, mail, fax).

28.2 Principe de compensation des créances réciproques

Dans le respect des dispositions des articles 1347 et suivants du Code civil, lorsque le membre participant est redevable à Mutuelles du Soleil Livre II de prestations versées à tort pour son compte et que, parallèlement, Mutuelles du Soleil Livre II est redevable au membre participant de prestations correspondant à la garantie qu'il a souscrite, Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit d'opérer des compensations sur les prestations à verser jusqu'au solde des prestations dues par le membre participant.

Article 29 - Respect de la Charte des Contrats Responsables

En application des dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale tel que modifié par la loi n°2014-892 du 8 août 2014 et de son décret d'application n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 les garanties responsables doivent respecter un cahier des charges strict défini par les articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale.

29.1 Prestations non couvertes par les contrats responsables

Conformément aux dispositions des articles L 871-1 et R 871-1 du Code de la sécurité sociale les garanties responsables proposées, par la Mutuelle ne prennent pas en charge :

1. la participation forfaitaire prévue au II de l'article L322-2 du Code de la sécurité sociale ;
2. la franchise prévue au III de l'article L322-2 du Code de la sécurité sociale ;
3. la majoration de participation mise à la charge des assurés et de leurs ayants droit prévue par l'article L162-5-3 du Code de la sécurité sociale et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L 1111-15 du code de la santé publique ;
4. les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L 162-5 du code de la santé publique à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

29.2 Prestations obligatoirement couvertes par les contrats responsables

Conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale les garanties responsables proposées par la Mutuelles comprennent la prise en charge :

1. De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
2. Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
3. Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minimas et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :
 - a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
 - c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
 - d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
 - e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
 - f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros. Cette limite s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux (2) verres et d'une (1) monture, par période de deux (2) ans à compter de la date de souscription du contrat. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un (1) an ;

Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

29.3 Prestations obligatoirement couvertes par les contrats collectifs obligatoires

Conformément au décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, en plus du respect des dispositions des articles L 871-1 et R 871-1 du code de la sécurité sociale mentionnées aux articles 29-1 et 29-2 ci-dessus, les contrats collectifs obligatoires doivent prendre en charge :

- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale ;
- des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Ce forfait est fixé au minimum à :
 - a) 100 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - b) 150 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c) ;
 - c) 200 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

S'agissant des lunettes, le forfait couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux (2) ans, pour un équipement composé de deux (2) verres et d'une (1) monture. Cette période est réduite à un (1) an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Article 30 - Prescription

En application des dispositions de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations garanties par Mutuelles du Soleil Livre II sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où Mutuelles du Soleil Livre II 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 ignoré jusque-là ;

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre Mutuelles du Soleil Livre II 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 le membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations sur la vie (branches 20 et 21), le bénéficiaire n'est pas le membre participant et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Les demandes de paiement de prestations, décomptes du régime d'assurance maladie obligatoire et factures acquittées doivent être produits dans un délai maximum de deux (2) ans à compter de la date des soins ou de facturation, sauf lorsque les délais de prescription légaux sont différents (cf. prescriptions des hôpitaux, cliniques, Sécurité sociale).

A l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations garanties par Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 31 - Ticket modérateur

Le ticket modérateur est défini par les articles L.322-2 et suivants du Code de la sécurité sociale ; il correspond à la partie restant à la charge du membre participant en fonction de la différence de remboursement entre le tarif de responsabilité et le remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

La Mutuelle y participe en fonction de la garantie souscrite.

Article 32 – Carte Vitale

Il s'agit d'une carte magnétique ayant remplacé la carte Sécurité sociale papier en juin 1999. Elle mentionne l'identité et le numéro d'assuré social ainsi que l'identité des ayants droit.

La Carte Vitale peut être mise à jour par le biais de bornes installées dans les CPAM ainsi que dans l'ensemble des agences commerciales de Mutuelles du Soleil Livre II. Celle-ci peut également contenir des informations relatives au régime complémentaire souscrit auprès de notre organisme.

Article 33 – Carte de Tiers Payant

Il s'agit d'une carte portant les noms et numéros d'immatriculation des bénéficiaires, délivrée aux membres participants au moment du règlement de leur cotisation sous réserve qu'ils aient communiqué les coordonnées de leur régime obligatoire d'assurance maladie.

En cas de litige notamment par défaut de paiement des cotisations, Mutuelles du Soleil Livre II demande la restitution de la carte de tiers payant au membre participant. Si le retour de la carte n'est pas effectué dans les dix (10) jours suivant la demande, la Mutuelle peut la récupérer par voies de droit et demander le remboursement des tiers payants indûment engagés.

En cas de vol de la carte de tiers payant, un nouvel exemplaire pourra être adressé au membre participant à sa demande, au vu d'une déclaration de vol auprès des services de police.

En cas de perte de la carte de tiers payant, un nouvel exemplaire pourra être adressé au membre participant à sa demande, au vu d'une déclaration sur l'honneur de sa part.

Article 34 – Devis dentaires

A la demande des membres participants à jour de leurs cotisations ou de leurs praticiens (hors centres dentaires avec lesquels Mutuelles du Soleil Livre II a conclu une convention), Mutuelles du Soleil Livre II peut établir des devis dentaires. Ces devis ne sont émis qu'à titre indicatif et n'ont aucune valeur contractuelle. La prise en charge par la mutuelle s'effectuera selon les modalités et conditions prévues par la garantie souscrite en vigueur lors de la réalisation effective des soins et dans la limite des frais réellement engagés par le membre participant. Ainsi, si entre l'émission des devis et la réalisation effective des soins, le membre participant venait à changer d'organisme assureur, c'est ce dernier qui aurait à sa charge les prestations figurant sur les devis, selon la garantie souscrite auprès de ce nouvel assureur.

Article 35 - Tiers Payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords nationaux ou départementaux passés avec les professionnels de santé et Mutuelles du Soleil Livre II, sur présentation de la carte d'adhérent délivrée par la mutuelle, en cours de validité (selon la date d'ouverture des droits visée à l'article 6 et de la carte Vitale du régime d'assurance maladie obligatoire).

En ce qui concerne les hospitalisations, le tiers payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

Article 36 - Prestations supplémentaires

Les prestations supplémentaires ci-après définies, varient selon les garanties souscrites.

Elles peuvent s'exprimer sous forme de taux du tarif conventionnel de la Sécurité sociale, de taux du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ou de forfaits.

Les forfaits sont annuels ou sur deux (2) ans pour le forfait verres et montures. Ils s'entendent par bénéficiaire, peuvent être réglés en une ou plusieurs fois à concurrence du montant prévu au sein de la garantie. Ils sont versés sur présentation de facture et/ou de décomptes et/ou de justificatifs dûment acquittés, dans le respect le cas échéant, des exclusions conventionnelles ou légales de garantie.

En tout état de cause, le montant de la prestation versée par Mutuelles du Soleil Livre II est limité aux frais réellement engagés.

La colonne des tableaux des garanties inclut le remboursement du ticket modérateur et le supplément pris en charge par Mutuelles du Soleil Livre II.

1) Chambre particulière

Prise en charge du supplément de frais de séjour pour le choix d'une chambre particulière. Le montant de cette prestation est fonction de la garantie souscrite. La durée de prise en charge est déterminée par année civile suivant les disciplines médico-tarifaires précisées à l'article 37.

2) Forfait journalier hospitalier

D'un montant maximal de 18 euros pour les séjours en MCOO Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie et en SSR Soins de Suite et de Réadaptation et de 13,50 euros pour les séjours en établissements psychiatriques (PSY). Cette prestation supplémentaire est limitée dans le temps suivant le type d'hospitalisation déterminé par la D.M.T. et/ou les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) précisés à l'article 32.

Les conditions et la durée de prise en charge du forfait journalier sont déterminées en fonction de la garantie souscrite.

3) Frais d'accompagnant

Selon la garantie souscrite, pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes âgées de 66 ans et plus, Mutuelles du Soleil Livre II prend en charge les frais de lit et de repas, pour un accompagnant quel qu'il soit dans l'établissement de soins public ou privé. La prise en charge de cette prestation s'effectuera uniquement sur présentation de justificatifs pour le lit d'accompagnant en milieu hospitalier et les repas, à la seule condition que ces derniers soient pris dans l'enceinte de l'établissement hospitalier.

Selon la garantie souscrite, une prise en charge des frais d'accompagnants sera également accordée dans le cadre d'hébergement des parents d'enfants hospitalisés au sein de structures annexes et spécialisées.

Le montant, les conditions et la durée de cette prestation sont déterminés au sein des garanties.

4) Compensation chirurgicale

Mutuelles du Soleil versera une allocation, aux bénéficiaires âgés d'un (1) an et plus, par jour d'hospitalisation consécutive à une intervention chirurgicale nécessitant un séjour. Cette attribution prendra effet à compter du jour où l'intervention est pratiquée et jusqu'à la fin de l'épisode chirurgical, conformément au barème de séjour figurant à la nomenclature de la Mutualité Interprofessionnelle ou après avis du médecin conseil.

5) Forfait Verres et Montures

Dans certaines garanties il est prévu de prendre en charge les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel. Ces forfaits doivent être compris entre des planchers et des plafonds fixés par les articles L 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Ils incluent le Ticket Modérateur (TM).

Pour l'application des plafonds susvisés, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros. Cette limite s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux (2) verres et d'une (1) monture, par période de deux (2) ans à compter de la date de souscription du contrat. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un (1) an.

6) Orthodontie, Prothèses dentaires non remboursables et Hors Nomenclature

Dans certaines garanties, l'orthodontie et les prothèses dentaires provisoires et/ou définitives non remboursables par les régimes d'Assurance Maladie obligatoires et hors nomenclature, peuvent faire l'objet d'une couverture par Mutuelles du Soleil Livre II, selon les modalités suivantes :

- Pour l'orthodontie et les prothèses dentaires provisoires et/ou définitives non remboursables ou hors nomenclature, leur prise en charge sera décomptée dans la limite de la garantie souscrite. Le montant du forfait consenti par la Mutuelle est fixé, selon la garantie, par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.
Seuls les actes codifiés « SPR » dans la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) sont considérés des prothèses, Inlay ou Onlay et selon la CCAM dentaire (Classification Commune des Actes Médicaux)
- Le membre participant qui introduit une demande de remboursement de frais de prothèses provisoires et/ou définitives dans la situation qui vient d'être décrite, doit produire les justificatifs nécessaires. A défaut, il s'expose à supporter les conséquences du rejet de sa demande par Mutuelles du Soleil Livre II.
- Pour la gamme ACORIS, Mutuelles du Soleil Livre II peut accorder une prestation forfaitaire « Orthodontie adulte refusée par les régimes obligatoires ». Ce forfait ne peut être servi que pour des soins effectués après une année d'adhésion à une garantie y ouvrant droit.

7) Forfaits pris en charge selon les garanties

- Forfait Cure thermique ;
- Forfait Appareillage ;
- Forfait Lentilles cornéennes (acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale) ;
- Forfait Acoustique ;
- Forfait Contraception ;
- Forfait Fécondation in vitro ;
- Forfait Péridurale refusée en maternité ;
- Forfait Acte d'amniocentèse refusé ;
- Forfait Test de grossesse ;

- Forfait Participation aux frais d'accouchement ;
- Forfait Protection incontinence ;
- Forfait Opération des yeux au laser (myopie, presbytie, astigmatisme, hypermétropie...) ;
- Forfait Densitométrie ;
- Forfait Bien-être : Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncture, Pédicure ;
- Forfait Diététique ;
- Forfait Sevrage tabagique ;
- Forfait Vaccins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les forfaits ci-dessus, pris en charge selon la garantie souscrite, sont annuels et par bénéficiaire.

8) Suppléments pris en charge selon les garanties

- Honoraires chirurgiens et anesthésistes dans le respect des dispositions de l'article R 871-2-2° du Code de la sécurité sociale relatif à l'OPTAM (Option Pratique Tarifée Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifée Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) pour les contrats responsables;
- Soins externes ;
- Consultations Visites (omnipraticien et spécialiste) dans le respect des dispositions de l'article R 871-2-2° du Code de la sécurité sociale relatif à l'OPTAM (Option Pratique Tarifée Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifée Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) pour les contrats responsables ;
- Actes en K ou KC dans le respect des dispositions de l'article R 871-2-2° du Code de la sécurité sociale relatif à l'OPTAM (Option Pratique Tarifée Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifée Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) pour les contrats responsables;
- Autres prothèses acoustiques, capillaires, mammaires (à l'exclusion de toute intervention à but esthétique) ;
- Actes en D (soins dentaires) ; dans la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et selon la CCAM dentaire (Classification Commune des Actes Médicaux).

9) Forfait prime naissance

Selon la garantie souscrite, pour toute naissance viable ou non, Mutuelles du Soleil Livre II versera une allocation définie dans les garanties si l'enfant est inscrit avant l'âge de trois mois, en date d'effet du jour de sa naissance, sous réserve que l'un des parents soit adhérent de plein droit à l'inscription.

Pour toute adoption, Mutuelles du Soleil Livre II versera une allocation définie dans les garanties si l'enfant adopté est inscrit dans les trois mois de son adoption, en date d'effet du jour de son adoption, sous réserve que l'un des parents soit adhérent de plein droit à l'inscription.

Article 37 - Disciplines Médico-Tarifaires et Groupes Homogènes de Séjours

Les Disciplines Médico-Tarifaires (D.M.T.) sont prises en charge par Mutuelles du Soleil Livre II, dans le domaine de l'hospitalisation générale publique et dans le domaine de l'hospitalisation spécialisée publique et privée suivant la nature de l'hospitalisation.

Article 38 - Contrôle médical

Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit à tout moment de contrôler par leur médecin ou leur dentiste conseil, les membres participants qui lui présentent des prestations. Sa mission consiste à vérifier la réalité des dépenses ou des événements justifiant l'intervention de Mutuelles du Soleil Livre II.

Notamment, Mutuelles du Soleil Livre II peut exiger que soient fournis au médecin ou au dentiste conseil les diagnostics ainsi que toute information d'ordre médical de nature à éclairer la décision de prise en charge.

En cas de refus de se soumettre à ce contrôle médical administratif et/ou exclusivement médical, le membre participant ou le bénéficiaire peut se voir déchoir du droit aux avantages statutaires et la prestation litigieuse ne sera pas honorée par Mutuelles du Soleil Livre II.

En cas de désaccord avec le médecin ou le dentiste conseil de Mutuelles du Soleil Livre II, le membre participant pourra recourir à la procédure suivante :

1) Un examen amiable contradictoire entre le médecin ou le dentiste dont le membre participant aura le libre choix, dont les honoraires seront à sa charge, et le médecin ou le dentiste conseil de Mutuelles du Soleil Livre II. En cas de désaccord, une commission d'arbitrage sera réunie afin de trancher le litige. Elle sera composée :

- d'un médecin ou d'un dentiste dont le membre participant aura le choix ;
- d'un médecin ou d'un dentiste choisi par Mutuelles du Soleil Livre II ;
- d'un troisième médecin ou dentiste arbitre désigné par les deux premiers (ou par le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins ou des dentistes s'il n'y avait pas accord sur le choix).

Le membre participant aura à régler les honoraires du médecin ou du dentiste désigné par lui, ceux du deuxième et du troisième médecin ou dentiste sont à la charge de Mutuelles du Soleil Livre II. Cependant, si le membre participant n'obtenait pas gain de cause, il aurait à rembourser à Mutuelles du Soleil Livre II les honoraires du 3ème médecin ou dentiste qui est intervenu en tant qu'arbitre dans un délai de trente (30) jours après la demande de Mutuelles du Soleil Livre II.

2) En dernier recours, le tribunal compétent que le membre participant pourrait saisir sera le Tribunal de Grande Instance de Nice.

Article 39 - Principe indemnitaire – Pluralité de débiteurs

I - Le remboursement des dépenses de maladie par Mutuelles du Soleil Livre II ne peut être supérieur au montant des frais à la charge effective du membre participant.

En aucun cas, les prestations servies par Mutuelles du Soleil Livre II ne pourront en s'ajoutant à celles de même nature, qui seraient servies par tout organisme d'assurance maladie obligatoire ou d'assurance ou de prévoyance, permettre à l'assuré de percevoir des sommes supérieures aux dépenses réellement engagées.

De ce fait, Mutuelles du Soleil Livre II est fondée à récupérer les sommes indûment versées par tous moyens légaux à leur convenance.

II - Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n°90-769 du 30 août 1990 pris en application de l'alinéa 2 de l'article 9 de la loi dite « Évin » n°89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque des garanties de même nature sont contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, elles 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.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'assuré ou du membre participant, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul. En cas de pluralité d'organismes complémentaires, le remboursement ne peut se faire que sur présentation d'un décompte du premier organisme et du décompte de la Sécurité sociale correspondant.

SECTION 2 - Accident de droit commun

Article 40 - Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II est subrogée de plein droit au membre participant ou au bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que Mutuelles du Soleil Livre II a exposé, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la mutuelle ou l'union est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article 41 - Conditions des garanties

Pour les soins consécutifs à un accident non visés par l'article 43, le membre participant doit, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, faire à Mutuelles du Soleil Livre II, dans les 48 heures suivant l'accident, une déclaration indiquant :

- les causes, le lieu, les circonstances de l'accident ;
- les noms des témoins ;
- éventuellement les nom et adresse du tiers responsable et de la compagnie d'assurance qui garantit la responsabilité de ce tiers ;
- l'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations d'usage et effectué l'enquête.

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, Mutuelles du Soleil Livre II n'intervient qu'à défaut de police individuelle ou dans la mesure où cette police ne couvre pas les frais de santé garantis par elles et ce, dans la limite de son tarif de responsabilité.

Afin de permettre à Mutuelles du Soleil Livre II d'effectuer son recours éventuel, le membre participant, ou ses ayants droit, devra transmettre dans un délai de 48 heures suivant son accident et en plus des informations ci-avant listées :

- la liste des contrats d'assurance auxquels il a souscrit ;
- la copie des conditions générales et particulières de ses différents contrats d'assurance.

En cas d'accident survenu aux membres participants dont la responsabilité incombe à un tiers identifié, Mutuelles du Soleil Livre II applique les dispositions contenues dans le présent article.

En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre participant doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre de ce dernier ou de son assureur substitué une action judiciaire civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation.

La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou, à défaut, par une pièce délivrée par le greffier ou un avoué. Mutuelles du Soleil Livre II accorde alors sa prise en charge mais, par application des dispositions de l'article 40 du présent règlement concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable dans la limite des dépenses que doit supporter Mutuelles du Soleil Livre II et ce, à due concurrence de l'indemnité mise à la charge du tiers, même si sa responsabilité est partagée avec la victime. Mutuelles du Soleil Livre II peut, si elle le juge nécessaire, être partie à la procédure.

Le membre participant doit de même informer Mutuelles du Soleil Livre II de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à Mutuelles du Soleil Livre II qu'autant que cette dernière aura donné leur accord.

En cas d'accidents scolaires ou sportifs, résultant de la pratique des sports non exclus en cas de garantie non responsable, Mutuelles du Soleil Livre II n'intervient qu'à défaut d'une police individuelle ou collective ou d'une mutuelle spécialisée couvrant le membre participant contre ces risques.

Le membre participant qui recevrait de qui que ce soit un quelconque remboursement pour des frais de prise en charge et payés par Mutuelles du Soleil Livre II doit en effectuer immédiatement le reversement à celle-ci.

En tout état de cause, les remboursements prévus dans la garantie souscrite constituent des avances sur recours lorsque le membre participant est victime d'un accident qui engage soit :

- la responsabilité d'un tiers ;
- la mise en œuvre d'une police individuelle ou collective ou d'une mutuelle spécialisée.

SECTION 3 – Accident du travail

Article 42 - Recours

Les prestations accordées par Mutuelles du Soleil Livre II dans le cadre des accidents du travail, se limitent au remboursement du dépassement dans les limites prévues par la garantie souscrite.

Les dispositions des articles 39 et 40 s'appliquent également en cas de recours pour des prestations non prises en charge dans le cadre d'accidents relevant des législations relatives aux accidents du travail des salariés du Régime Général de Sécurité sociale et des salariés relevant du Régime des Assurances Sociales Agricoles.

Ce recours s'effectue alors dans la limite des prestations qui auront été accordées par la mutuelle, en fonction du niveau de couverture du membre participant et en particulier lors de l'attribution de certaines prestations supplémentaires.

SECTION 4 – Champ d'application des garanties

Article 43 - Risques hors du champ d'application des garanties

Sont hors du champ d'application des garanties de complémentaire santé :

- Les séjours dans les établissements médicaux-sociaux mentionnés à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale et au 6° de l de l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles tels que :
 - les unités ou centres de soins longue durée ;
 - les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou aide à l'insertion sociale comme les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- Les soins consécutifs à la recherche d'un but esthétique ou de rajeunissement, sauf si le membre participant justifie d'une prise en charge par son régime d'assurance maladie obligatoire.

Article 44 - Anciens produits de la mutuelle MCM

L'ensemble des garanties que proposait la mutuelle MCM est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 45 - Anciens produits de la mutuelle MUTALPES

L'ensemble des garanties que proposait la mutuelle MUTALPES est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 46 - Anciens produits de la mutuelle CENTRE SOCIAL MUTUALISTE

L'ensemble des garanties que proposait le CENTRE SOCIAL MUTUALISTE est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 47 - Anciens produits de la mutuelle Aubagnaise

L'ensemble des garanties que proposait la mutuelle Aubagnaise est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 48 - Anciens produits de la mutuelle Sainte Baume

L'ensemble des garanties que proposait la mutuelle Sainte Baume est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 49 - Anciens produits de la mutuelle Saint Victor

L'ensemble des garanties que proposait la mutuelle Saint Victor est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 50 - Anciens produits de la Mutuelle Familiale du Personnel des Papèteries Etienne

L'ensemble des garanties que proposait la mutuelle Papèteries Etienne est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 51 - Anciens produits des mutuelles substituées

L'ensemble des garanties proposées par les mutuelles substituées est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 52 - Garanties collectives gérées et/ou proposées par Mutuelles du Soleil Livre II, pouvant bénéficier de la période transitoire en cas de non modification des garanties par les entreprises souscriptrices

Les garanties ci-après respectent l'ancien cahier des charges des contrats responsables (à l'exception de la Garantie PROVENCE qui n'est plus responsable depuis 2017).

Article 53 - GAMME « SOLEA PRO » - Régime Général Assurés Sociaux – Régime des Travailleurs Indépendants -

GAMME « SOLEA PRO »	REGIME GENERAL	Contrat Responsable 1000	Contrat Responsable 2000	Contrat Responsable 3000	Contrat Responsable 4000	Contrat Responsable 4500	Contrat Responsable 5000	Contrat Responsable 6000	Contrat Responsable 7000
GARANTIES « SANTE »									
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MEDICALE									
Séjour de spécialité chirurgicale et médicale	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Honoraires médecins généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (chirurgie et anesthésie)	80 %	20 %	70 %	120 %	170 %	220 %	220 %	220 %	320 %
Honoraires médecins généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (chirurgie et anesthésie)			50 %	100 %	120 % (1)	120 % (1)	120 % (1)	120 % (1)	120 % (1)
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé à l'hôpital	-	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
Forfait journalier en séjour MCOO et SSR (dans la limite de 18 € par jour)	-	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité
Forfait journalier en séjour PSY (dans la limite de 13.50 € par jour)	-	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité
Soins externes dispensés en établissement public ou privé, médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	70 %	30 %	30 %	60 %	80 %	100 %	130 %	180 %	230 %
Soins externes dispensés en établissement public ou privé, médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO				40 %	60 %	80 %	110 %	130 % (1)	130 % (1)
Transports liés à l'hospitalisation	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Chambre particulière : séjour chirurgical (illimité)	-	-	1.25 % PMSS	1.65 % PMSS	1.85 % PMSS	1.85 % PMSS	1.85 % PMSS	2.25 % PMSS	2.25 % PMSS
Chambre particulière : séjour maternité (limité à 12 jours par an)	-	-	1.25 % PMSS	1.65 % PMSS	1.85 % PMSS	1.85 % PMSS	1.85 % PMSS	2.25 % PMSS	2.25 % PMSS
Chambre particulière : séjour maladie, rééducation	-	-	1.25 % PMSS 30 j/ an	1.65 % PMSS 45 j/ an	1.85 % PMSS 45 j/ an	1.85 % PMSS 60 j/ an	1.85 % PMSS 60 j/ an	2.25 % PMSS 60 j/ an	2.25 % PMSS 90 j/ an
Chambre particulière : séjour psychiatrie, repos, convalescence (limité à 30 jours par an)	-	-	-	1.65 % PMSS	1.85 % PMSS	1.85 % PMSS	1.85 % PMSS	2.25 % PMSS	2.25 % PMSS
Frais d'accompagnement enfant moins de 16 ans (limité à 45 jours par an)	-	-	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS
ACTES MEDICAUX ET PHARMACIE									
Honoraires médecins généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (y compris radiologie)	70 %	30 %	30 %	60 %	80 %	100 %	130 %	180 %	230 %
Honoraires médecins généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (y compris radiologie)				40 %	60 %	80 %	110 % (1)	120 % (1)	120 % (1)
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé en cabinet	-	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
Biologie	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Auxiliaires médicaux, Transports hors hospitalisation	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Pharmacie à 65 %	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Pharmacie à 30 %	30 %	40 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
Pharmacie à 15 %	15 %	-	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %
Orthopédie et appareillage (ex : béquilles, lit médicalisé...)	60 %	40 %	40 %	70 %	90 %	110 %	140 %	190 %	240 %
Autres prothèses (capillaire, mammaire)	60 %	40 %	40 %	70 %	90 %	110 %	140 %	190 %	240 %
Prothèse acoustique - Forfait annuel par bénéficiaire	60 %	-	40 % + 3 % PMSS	40 % + 4 % PMSS	40 % + 6 % PMSS	40 % + 7 % PMSS	40 % + 8 % PMSS	40 % + 10 % PMSS	40 % + 15 % PMSS
DENTAIRE									
Soins dentaires	70 %	30 %	30 %	60 %	80 %	100 %	130 %	180 %	230 %
Soins dentaires prothétiques et soins d'orthopédie dentofaciale acceptés par le régime obligatoire Limités à :	70 %	55 %	80 %	130 %	230 %	280 %	330 %	380 %	430 %
	-	-	16 % PMSS (2)	26 % PMSS (2)	46 % PMSS (2)	56 % PMSS (2)	66 % PMSS (2)	76 % PMSS (2)	86 % PMSS (2)
Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Parodontologie, Inlay, Onlay non remboursées par le régime obligatoire ou hors nomenclature - Plafond global et annuel par bénéficiaire	-	-	-	360 € (2)	480 € (2)	580 € (2)	680 € (2)	760 € (2)	800 € (2)
OPTIQUE									
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire + Forfait annuel par bénéficiaire	60 %	40 % + 2 % PMSS	40 % + 3 % PMSS	40 % + 4 % PMSS	40 % + 6 % PMSS	40 % + 8 % PMSS	40 % + 8 % PMSS	40 % + 10 % PMSS	40 % + 15 % PMSS
Équipement (monture-verres) - Forfait sur 2 ans par bénéficiaire sauf si évolution de la vue justifiée. Pour les moins de 18 ans, forfait d'un équipement par an.									
• Monture	60 %	60 €	60 €	90 €	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
• Verre simple (montant par verre)	60 %	20 €	45 €	65 €	100 €	125 €	135 €	155 €	160 €
• Verre complexe (montant par verre)	60 %	70 €	80 €	85 €	120 €	150 €	170 €	250 €	300 €
• Verre très complexe (montant par verre)	60 %	70 €	100 €	105 €	140 €	170 €	190 €	300 €	350 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie, astigmatisme...) - Forfait annuel par œil	-	2 % PMSS	3 % PMSS	4 % PMSS	6 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	15 % PMSS
PREVENTION ET BIEN-ETRE (Forfaits annuels par bénéficiaire)									
Forfait Densitométrie	-	-	-	1 % PMSS	1 % PMSS	2 % PMSS	2 % PMSS	3 % PMSS	3 % PMSS
Forfait bien-être : Chiropractie, Ostéopathie, Étiopathie, Homéopathie, Acupuncture, Pédicure	-	-	-	3 séances à 1 % PMSS	4 séances à 1 % PMSS	5 séances à 1 % PMSS	5 séances à 1 % PMSS	6 séances à 1 % PMSS	7 séances à 1 % PMSS
Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces thérapies									
Prise en charge des actes de prévention acceptés par le régime obligatoire	entre 60 et 70 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %
Forfait Contraception (à partir de 16 ans)	-	-	-	1 % PMSS	1 % PMSS	2 % PMSS	2 % PMSS	3 % PMSS	3 % PMSS
Forfait Fécondation in vitro, Amniocentèse ou Péridurale refusée	-	-	-	5 % PMSS	6 % PMSS	7 % PMSS	8 % PMSS	9 % PMSS	10 % PMSS
Vaccins pris en charge par le régime obligatoire	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Forfait Prévention : Sevrage tabagique, Consultation Diététique, Vaccins non pris en charge par le régime obligatoire - Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces actes	-	-	-	1 % PMSS	2 % PMSS	2 % PMSS	3 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS
Cures thermales (par an) + Forfait annuel par bénéficiaire	70 %	30 %	30 %	30 % + 5 % PMSS	30 % + 5 % PMSS	30 % + 5 % PMSS	30 % + 7 % PMSS	30 % + 7 % PMSS	30 % + 10 % PMSS

SERVICES +									
Naissance ou adoption - Forfait annuel par bénéficiaire	-	-	5 % PMSS	7 % PMSS	7 % PMSS	7 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS	15 % PMSS
Forfait sport sur ordonnance	-	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS
Accès à la pratique du tiers payant	-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Assistance conseil juridique, vie pratique, fiscalité, contrat de travail	-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (montant fixé tous les ans par la Sécurité sociale)

OPTAM : Option Pratique Tarifée Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifée Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est remplacé par l'OPTAM / OPTAM-CO

MCOO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

SSR: Soins de Suite et de Réadaptation

PSY: Psychiatrie

(1) Pour les médecins généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO, la garantie doit être plafonnée à 100% de la base de remboursement. Ainsi, la prise en charge des honoraires sera de 200% au maximum, Assurance Maladie Obligatoire incluse en fonction de la garantie souscrite

(2) Le plafond dentaire ne s'applique pas sur les 125 % de la base de remboursement y compris Sécurité sociale des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale pris en charge par la mutuelle sans limitation, conformément aux dispositions du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.

Article 54 - Garanties MEDITERRANEE, PROVENCE et VENTOUX - Régime Général Assurés Sociaux – Régime des Travailleurs Indépendants -

GAMME « SANTE »	REGIME GENERAL	Contrat Responsable MEDITERRANEE	Contrat Responsable VENTOUX
GARANTIES « SANTE »			
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MEDICALE			
Séjour de spécialité chirurgicale et médicale	80 % ou 100 %	20 %	20 %
Honoraires médecins généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (chirurgie et anesthésie)	80 %	170 %	20 %
Honoraires médecins généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (chirurgie et anesthésie)		120 % (1)	
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé à l'hôpital	-	18 €	18 €
Séjour en établissement psychiatrique et maison de repos	80 %	20 %	-
Forfait journalier en séjour MCOO et SSR (dans la limite de 18 € par jour)	-	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité
Forfait journalier en séjour PSY (dans la limite de 13.50 € par jour)	-	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité
Soins externes dispensés en établissement public ou privé, médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	70 %	180 %	30 %
Soins externes dispensés en établissement public ou privé, médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO		130 % (1)	
Transports liés à l'hospitalisation	65 %	35 %	35 %
Garantie hospitalière - Franchise de 4 jours (sauf exclusions)	-	0.60 % PMSS / jour	-
Chambre particulière à compter du 1er jour (sauf psychiatrie) (limité à 90 jours par an)	-	2.40 % PMSS / jour	-
Chambre particulière : séjour maternité (limité à 12 jours par an)	-	2.40 % PMSS / jour	-
Chambre particulière à compter du 1er jour (limité à 60 jours par an)	-	-	15.24 € / jour
Frais d'accompagnant enfant moins de 16 ans	-	2.40 % PMSS / jour	15.24 € / jour
ACTES MEDICAUX ET PHARMACIE			
Honoraires médecins généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (y compris radiologie)	70 %	180 %	30 %
Honoraires médecins généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (y compris radiologie)		130 % (1)	
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé en cabinet	-	18 €	18 €
Indemnités de déplacements, tous transports (acceptés par le régime obligatoire)	60 %	40 %	40 %
Analyses médicales	60 %	40 %	40 %
Analyses médicales refusées par le régime obligatoire	-	Frais réels	-
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	40 %
Pharmacie à 65 %	65 %	35 %	35 %
Pharmacie à 30 %	30 %	70 %	70 %
Pharmacie à 15 %	15 %	85 %	-
Orthopédie	60 %	140 %	40 %
Autres prothèses et appareillage (ex : béquilles, lit médicalisé...)	60 %	-	40 %
Prothèse acoustique (par appareil) + Forfait annuel par bénéficiaire	60 %	40 % + 30 % PMSS	40 % + 152.45 €
DENTAIRE			
Soins dentaires	70 %	30 %	30 %
Prothèses dentaires acceptées par le régime obligatoire	70 %	-	60 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %	-	30 %
Soins dentaires prothétiques et soins d'orthopédie dentofaciale acceptés par le régime obligatoire	70 %	330 %	-
Limités à :	-	66 % PMSS (2)	-
Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Parodontologie, Inlay, Onlay non remboursées par le régime obligatoire ou hors nomenclature - Plafond global et annuel par bénéficiaire	-	680 € (2)	-
OPTIQUE			
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire + Forfait annuel par bénéficiaire	60 %	40 % + 8 % PMSS	40 % + 61 €
Équipement (monture+verres) - Forfait sur 2 ans par bénéficiaire sauf si évolution de la vue justifiée. Pour les moins de 18 ans, forfait d'un équipement par an.			
• Monture	60 %	150 €	60 €
• Verre simple (montant par verre)	60 %	135 €	70 €
• Verre complexe (montant par verre)	60 %	170 €	70 €
• Verre très complexe (montant par verre)	60 %	190 €	70 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie, astigmatisme...) - Forfait annuel par œil	-	8 % PMSS	-
PREVENTION ET BIEN-ETRE (Forfaits annuels par bénéficiaire)			
Forfait Densitométrie	-	2 % PMSS	-
Prise en charge des actes de prévention acceptés par le régime obligatoire	entre 60 et 70 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %
Forfait Prévention : Sevrage tabagique, Consultation Diététique, Vaccins non pris en charge par le régime obligatoire Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces actes	-	2 % PMSS	-
Consultation en Chiropractie, Ostéopathie, Homéopathie, Acupuncture, Pédicure, Étiopathie	-	4 séances à 1 % PMSS / séance	-
Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces thérapies	-	1 % PMSS	-
Forfait Contraception (à partir de 16 ans)	-	-	-
Fécondation in vitro, Amniocentèse	-	-	20 % des Frais réels
Vaccins pris en charge par le régime obligatoire	65 %	35 %	35 %
Vaccin anti grippe	-	-	Frais réels
Cures thermales (par an)	70 %	30 %	30 %
Supplément cure (si acceptée par le régime obligatoire) - Forfait annuel par bénéficiaire	-	4.5 % PMSS	45.73 €
SERVICES +			
Naissance ou adoption - Forfait annuel par bénéficiaire	-	6 % PMSS	-

PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (montant fixé tous les ans par la Sécurité sociale)

OPTAM : Option Pratique Tarifée Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifée Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique
Depuis le 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est remplacé par l'OPTAM / OPTAM-CO

MCOO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

PSY : Psychiatrie

(1) Pour les médecins généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO, la garantie doit être plafonnée à 100% de la base de remboursement. Ainsi, la prise en charge des honoraires sera de 200 % au maximum, Assurance Maladie Obligatoire incluse en fonction de la garantie souscrite.

(2) Le plafond dentaire ne s'applique pas sur les 125 % de la base de remboursement y compris Sécurité sociale des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale pris en charge par la mutuelle sans limitation, conformément aux dispositions du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.

(3) En attente de dispositions réglementaires d'application plus précises faisant suite au décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016

Naissance ou adoption - Gratuité du nourrisson	-	-	6 mois
Forfait sport sur ordonnance	-	1 % PMSS	1 % PMSS
Accès à la pratique du tiers payant	-	OUI	OUI
Assistance conseil juridique, vie pratique, fiscalité, contrat de travail	-	OUI	OUI
GAMME « SANTE »			
GARANTIE « SANTE »	REGIME GENERAL	PROVENCE	
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MEDICALE			
Séjour de spécialité chirurgicale et médical	80 % ou 100 %		20 %
Actes de spécialité (Chirurgie / Anesthésie), Actes pré et post opératoires	80 %		170 %
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé à l'hôpital	-		18 €
Séjour en établissement psychiatrique et maison de repos	80 %		20 %
Forfait journalier à compter du 1er jour (sauf séjour psychiatrie et repos) (dans la limite de 18 € par jour)	-		Frais réels
Forfait journalier à compter du 1er jour psychiatrie et maison de repos (limité à 30 jours par an) (dans la limite de 18 € par jour en repos et 13.50 € par jour en psychiatrie)	-		Frais réels
Transport lié à l'hospitalisation (accepté par le régime obligatoire)	65 %		35 %
Soins Externes dispensés en établissement public ou privé	70 %		180 %
Garantie Hospitalière - Franchise de 4 jours (sauf exclusions)	-		0.60 % PMSS / jour
Chambre particulière à compter du 1er jour (sauf psychiatrie) (limité à 90 jours par an)	-		2.40 % PMSS / jour
Chambre particulière maternité (limité à 12 jours par an)	-		2.40 % PMSS / jour
Frais d'accompagnant enfant moins de 16 ans	-		2.40 % PMSS / jour
ACTES MEDICAUX ET PHARMACIE			
Consultations et visites (omnipraticiens, spécialistes)	70 %		180 %
Consultations et visites non conventionnées (tarif d'autorité)	70 %		180 %
Autres honoraires médicaux, actes de chirurgie, de diagnostic et de radiologie	70 %		180 %
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé en cabinet	-		18 €
Analyses médicales	60 %		Frais réels
Auxiliaires médicaux	60 %		40 %
Indemnités de déplacement, tous transports (acceptés par le régime obligatoire)	60 %		40 %
Pharmacie à 65 %	65 %		35 %
Pharmacie à 30 %	30 %		70 %
Pharmacie à 15 %	15 %		85 %
Orthopédie	60 %		140 %
Prothèse auditive (par appareil) + Forfait annuel par bénéficiaire	60 %		40 % + 30 % PMSS
DENTAIRE			
Soins dentaires	70 %		30 %
Orthodontie (enfant de moins de 16 ans)	100 %		280 %
Radiologie	70 %		30 %
Prothèses dentaires acceptées par le régime obligatoire	70 %		310 %
Orthodontie, prothèses dentaires non remboursées ou hors nomenclature	-		380 %
OPTIQUE			
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire + Forfait annuel par bénéficiaire	60 %		40 % + 9 % PMSS
Forfait optique (par verre) + Forfait annuel par bénéficiaire	60 %		40 % + 5 % PMSS
Forfait optique (monture) + Forfait annuel par bénéficiaire	60 %		40 % + 7 % PMSS
Forfait annuel Excimer (ouvert à la myopie, la presbytie, l'astigmatisme et l'hypermétropie) par œil	-		300 €
PREVENTION ET BIEN-ETRE			
Forfait Densitométrie refusée par le régime obligatoire - Forfait annuel par bénéficiaire	-		2 % PMSS
Prise en charge des actes de prévention acceptés par le régime obligatoire	entre 60 et 70 %		entre 40 et 30 %
Forfait prévention : Sevrage tabagique, Consultation diététique, Autres vaccins Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces actes	-		2 % PMSS
Consultation en Chiropractie, Ostéopathie, Homéopathie, Acupuncture, Pédicure, Étio-pathie Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces thérapies	-		4 séances à 1 % PMSS / séance
Forfait contraception (à partir de 16 ans) - Forfait annuel par bénéficiaire	-		1 % PMSS
Vaccins pris en charge par le régime obligatoire	65 %		35 %
Cures thermales : Soins, si acceptés par le régime obligatoire (par an)	70 %		30 %
Supplément cure (si acceptée par le régime obligatoire) - Forfait annuel par bénéficiaire	-		4.5 % PMSS
SERVICES +			
Naissance ou adoption - Forfait annuel par bénéficiaire	-		6 % PMSS
Forfait sport sur ordonnance	-		1 % PMSS
Accès à la pratique du tiers payant, suivant conventions signées	-		OUI

Prise en charge des enfants jusqu'au 31/12 de leur 27ème anniversaire	-	OUI
Assistance conseil juridique, vie pratique, fiscalité, contrat de travail	-	OUI
GARANTIES « FRAIS D'OBSEQUES »		
Frais d'obsèques	-	50 % PMSS

CHAPITRE VI. GARANTIE HOSPITALIERE

SECTION 1 – Risques garantis, Conditions d'admission, Radiation

Article 55 - Définition des garanties

Les garanties « allocations hospitalières » ont pour objet de permettre la perception d'allocations journalières en cas d'hospitalisation. Dans ce cas, le membre participant reçoit des allocations journalières dont le montant est défini en annexe du bulletin d'adhésion.

Article 56 - Description des garanties

La souscription de la Garantie Hospitalière permet, en cas d'hospitalisation causée par une maladie ou un accident, de couvrir les frais survenant à cette occasion. La limite d'âge à l'adhésion est fixée à 70 ans sauf, en cas d'adhésion suite à une mutation. Dans ce cas si l'adhérent justifie que le risque était couvert par son ancienne garantie pour le même niveau, il ne lui sera pas appliqué de limite d'âge.

Article 57 - Adhésion - Date d'effet

La Garantie Hospitalière ne peut être souscrite dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire. Ainsi, les membres participants pourront y souscrire à titre individuel.

Les modalités d'adhésion relatives à la Garantie Hospitalière sont identiques à celles mentionnées au Chapitre II du présent règlement.

Article 58 - Modalités de radiation

Les modalités de radiation relatives à la Garantie Hospitalière sont identiques à celles mentionnées au Chapitre III du présent règlement.

Article 59 - Cotisations

Les modalités de fixation et d'évolution des cotisations relatives à la Garantie Hospitalière sont identiques à celles mentionnées au Chapitre IV du présent règlement. Les modalités de paiement et les sanctions en cas de non-règlement y sont également mentionnées.

SECTION 2 - Prestations accordées par la mutuelle

Article 60 - Bénéfice des prestations.

Pour bénéficier des prestations en fonction de la garantie souscrite, il faut adresser à Mutuelles du Soleil Livre II :

- une demande écrite du membre participant pour obtenir le paiement des prestations de la garantie hospitalière.
- une attestation d'entrée délivrée par l'établissement hospitalier précisant :
 - le nom et prénom de la personne hospitalisée ;
 - la date d'entrée ;
 - la date de sortie ;
 - la Discipline Médico-tarifaire ou le Groupe Homogène de Séjour.
- ou un certificat de présence mentionnant les renseignements demandés ci-dessus.
- une copie du dépôt de plainte en cas d'agression, pour bénéficier du doublement de l'allocation.

Le membre participant doit également fournir, à la demande de Mutuelles du Soleil Livre II et sous peine d'interruption de l'indemnisation, un rapport médical de son médecin traitant ou se soumettre aux visites, expertises et enquêtes médicales permettant de se prononcer sur l'ouverture ou la continuation de l'indemnisation, Mutuelles du Soleil Livre II assurant le coût de ces examens.

Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites et que les demandes de renseignements sont restées sans réponse, aucune prestation n'est exigible.

Les modalités de versement des prestations relatives à la Garantie Hospitalière sont identiques à celles mentionnées au chapitre V Section 1 Article 28 du présent règlement.

Article 61 -Franchise

L'indemnisation des membres participants est soumise à une franchise de trois (3) jours en cas d'hospitalisation pour maladie. Cette franchise est supprimée dès lors que l'hospitalisation est consécutive à un accident.

SECTION 3 - Contrôle

Article 62 - Contrôle médical

Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit de suspendre les prestations en espèces dès lors qu'un contrôle administratif diligenté par elle révèle une faute du membre participant. Mutuelles du Soleil Livre II peut réclamer le remboursement des versements indûment effectués.

Article 63 - Litiges médicaux

En cas de désaccord avec le médecin conseil de Mutuelles du Soleil Livre II qui a estimé l'état d'incapacité, le membre participant pourra recourir à la procédure suivante :

- 1) Un examen amiable contradictoire entre un médecin dont le membre participant aura le libre choix, dont les honoraires seront à sa charge, et le médecin conseil de Mutuelles du Soleil Livre II.
- 2) En cas de désaccord, une commission d'arbitrage sera réunie afin de trancher le litige. Elle sera composée :
 - d'un médecin dont le membre participant aura le libre choix ;
 - d'un médecin choisi par Mutuelles du Soleil Livre II ;
 - d'un troisième médecin arbitre désigné par les deux premiers (ou par le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins s'il n'y avait pas accord sur le choix).

Le membre participant aura à régler les honoraires du médecin désigné par lui, ceux du deuxième et du troisième médecin sont à la charge de Mutuelles du Soleil Livre II. Cependant, si le membre participant n'obtenait pas gain de cause, il aurait à rembourser à Mutuelles du Soleil

Livre II les honoraires du 3ème médecin qui est intervenu en tant qu'arbitre, dans un délai de trente (30) jours après la demande de la mutuelle.

En dernier recours, le tribunal compétent que le membre participant pourrait saisir sera le Tribunal de Grande Instance de Nice.

SECTION 4 – Exclusions

Article 64 - Risques non compris dans le champ d'application de la Garantie Hospitalière

Ne sont pas compris en sus pour la Garantie Hospitalière :

- les risques maternité, y compris la césarienne ;
- les états de grossesse, sauf lorsqu'il s'agit d'interventions consécutives à une grossesse extra-utérine ;
- les hospitalisations concernant les enfants âgés de moins de trente jours ;
- les hospitalisations chirurgicales à caractère esthétique ;
- les maladies pour lesquelles il est médicalement prouvé qu'elles n'ont pu se développer à l'insu de l'assuré antérieurement à la prise d'effet de la garantie ;
- les séjours en hôpital psychiatrique, en maison de repos ou de rééducation ;
- les cures ;
- pour les garanties non responsables, les maladies ou les accidents résultant de guerre civile ou étrangère, mouvement populaire, émeutes, rixes ou de la participation de l'adhérent, en tant que concurrent, à des courses, matches ou paris ;
- pour les garanties non responsables, les maladies liées aux toxicomanies, à l'éthylisme, aux dépressions nerveuses, aérium, colonie sanitaire, aux maladies ou accidents résultant de tentative de suicide, aux traitements ayant pour but de remédier à la stérilité et leurs conséquences, aux soins ou interventions ayant pour but de remédier à toutes anomalies, infirmités, malformations constitutionnelles (surdité, cécité, etc.).

CHAPITRE VII. GARANTIE « FRAIS D'OBSEQUES »

Article 65 - Risque garanti

En préambule, il est rappelé que la garantie « Frais d'Obsèques » est rattachée à la branche 20 de la classification des opérations d'assurance et constitue ainsi une garantie à part entière. Cette garantie est donc soumise aux mêmes modalités de résiliation que tout autre contrat.

Le versement de l'allocation pour frais d'obsèques est dû en cas de décès du membre participant et/ou de ses ayants droit de plus de 12 ans inscrits en tant que tels sur le bulletin d'adhésion.

Par « Frais d'obsèques », on entend l'ensemble des frais occasionnés par le décès du membre participant et/ou de ses ayants droit de plus de 12 ans inscrits en tant que tels sur le bulletin d'adhésion et facturés par l'entreprise des Pompes Funèbres.

Pour ces opérations, la mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

Article 66 - Adhésion Durée Effet

Les modalités d'adhésion relatives à la garantie « Frais d'Obsèques » sont identiques à celles mentionnées au Chapitre II du présent règlement.

La limite d'âge à l'adhésion, pour la garantie Frais d'Obsèques, est fixée à 12 ans minimum et à 70 ans maximum, sauf en cas d'adhésion suite à une mutation.

Dans ce cas si l'adhérent justifie que le risque était couvert par son ancienne garantie pour un montant supérieur ou égal, il ne lui sera pas appliqué de limite d'âge.

Important ! Chaque année, l'Assemblée Générale vote la reconduction, la suppression ou la modification de la garantie Frais d'Obsèques.

Article 67 - Modalités de radiation

Les modalités de radiation relatives à la garantie « Frais d'Obsèques » sont identiques à celles mentionnées au Chapitre III du présent règlement.

Article 68 - Cotisations

Les modalités de fixation et d'évolution des cotisations relatives à la garantie « Frais d'Obsèques » sont identiques à celles mentionnées au Chapitre IV du présent règlement.

Les modalités de paiement et les sanctions en cas de non-règlement y sont également mentionnées.

Article 69 - Règlement des prestations

Le versement se fait exclusivement entre les mains du conjoint survivant, des héritiers ou de toute autre personne pouvant justifier de la charge des frais d'obsèques du défunt membre participant (dont le nom est indiqué sur la facture des pompes funèbres) dans les limites prévues par le forfait souscrit (voir article 70 du présent règlement) exprimé en pourcentage du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale) et des dépenses réellement engagées.

Toutefois, le contrat cesse de produire ses effets à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.

Le paiement de l'allocation est subordonné à la production des documents suivants :

- acte de décès original au nom du membre participant et/ou de ses ayants droits, portant mention et date de l'événement survenu ;
- justificatif des frais d'obsèques engagés (facture originale acquittée, note ou toute preuve originale de dépenses) ;
- d'une manière générale, toute autre pièce justificative demandée par Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 70 - Forfait obsèques

Les modules frais d'obsèques sont les suivants :

MODULES FRAIS D'OBSEQUES									
Décès toutes causes	OBS 1	OBS 5	OBS 7	OBS 9	OBS 10	OBS 11	OBS 12	OBS 13	OBS 17
	20% du PMSS	60% du PMSS	30% du PMSS	50% du PMSS	100% du PMSS	6% du PMSS	10% du PMSS	3% du PMSS	15% du PMSS

CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 71 - Fonds social

Le Conseil d'Administration de Mutuelles du Soleil a créé une Commission Sociale destinée à intervenir auprès des adhérents en difficultés, confrontés à des dépenses médicales ou paramédicales auxquelles ils ne peuvent faire face.

Elle est régie par un règlement validé par le Conseil d'Administration.

Elle est alimentée par un fonds social dont le montant est validé par le Conseil d'Administration.

Article 72 - Réclamation - Médiation

Mutuelles du Soleil répond aux réclamations des membres participants et des souscripteurs des contrats collectifs dans le respect de l'instruction n°2012-I-07 de l'Autorité de Contrôle Prudentielle et Résolution.

Toutes les réclamations doivent être adressées au service Protection de la Clientèle Mutuelles du Soleil - 36 -36 bis avenue Maréchal Foch – 06000 Nice.

Si à l'issue de cette procédure, une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation des statuts, des règlements mutualistes ou d'un contrat collectif, la Mutuelle informe les membres participants ou le souscripteur qu'il a la possibilité de saisir le Médiateur de la Mutuelle.

L'ordonnance n°2015-1033 du 20 août 2015 et ses décrets d'application ont instauré la médiation de la consommation qui s'applique notamment aux mutuelles régies par le Code de la Mutualité.

Dans ce contexte, le Conseil d'Administration Mutuelles du Soleil Livre II a fait le choix d'avoir recours au système de médiation fédéral.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention doit être adressé :

soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française

FNMF

255, rue de Vaugirard

75719 PARIS Cedex 15

soit par mail à l'adresse : mediation@mutualite.fr

Article 73 - Informatique et liberté

En application de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, le membre participant à un droit d'accès et de rectification des informations détenues par Mutuelles du Soleil Livre II en s'adressant au siège indiqué sur le bulletin d'adhésion.

Article 74 - Interprétation

Les Statuts, les Règlements Mutualistes et le bulletin d'adhésion sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Article 75 - Loi applicable

Les présents statuts sont établis conformément aux dispositions du Code de la mutualité.

La loi applicable pour toute contestation liée à l'application ou à l'interprétation des statuts ou des règlements est la loi française. Toutefois, conformément à l'article L.225-5 du Code de la mutualité, le juge peut donner effet sur le territoire français aux dispositions d'ordre public de la loi de l'Etat membre de la Communauté européenne ou de l'Etat partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen, où le risque est situé ou qui impose l'obligation d'assurance, si, selon le droit de ces pays, ces dispositions sont applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

A défaut de mention expresse de l'application d'une loi autre que la loi française, la loi applicable est la loi française.

Article 76 - Autorité chargée du contrôle

Mutuelles du Soleil Livre II est soumise au contrôle administratif de : L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 61, rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.