



**Mutuelle
substituée**

Soumise aux dispositions du
Livre II du Code de la mutualité

Règlement mutualiste

La Mutuelle du Pic Saint Loup - La Scolaire

SIREN 443 826 144

**Contrats
individuels**

**Valant notice
d'information**

**Approuvé par le conseil d'administration
du 20 novembre 2019**

Mutuelle substituée par Mutuelles du Soleil Livre II,
substituante, SIREN : 782 395 511, sise 36, 36 Bis
avenue Maréchal Foch CS 91296
06005 Nice Cedex 1

REGLEMENT MUTUALISTE DES CONTRATS INDIVIDUELS SOMMAIRE

CHAPITRE I. DISPOSITIONS GENERALES	4
<i>Préambule</i>	<i>4</i>
<i>Article 1 - Objet.....</i>	<i>5</i>
<i>Article 2 - Modifications du règlement</i>	<i>5</i>
<i>Article 3 - Garanties proposées par la Mutuelle</i>	<i>5</i>
<i>Article 4 - Obligation d'information.....</i>	<i>5</i>
4.1 - Informations préalables.....	5
4.2 - Informations préalables, en cas d'opérations vendues à distance	5
CHAPITRE II. L'ADHESION.....	5
<i>Article 5 - Adhésion.....</i>	<i>5</i>
5.1 - Modalités d'adhésion	5
5.2 - Effets de l'adhésion	6
5.3 - Date d'effet - Durée de l'adhésion.....	6
5.4 - Reconduction annuelle de l'adhésion.....	6
5.5 - Obligations d'information du membre participant après son adhésion	6
5.6 - Reprise adhérents suite à impayé.....	7
<i>Article 6 - Catégorie de membres</i>	<i>7</i>
<i>Article 7 - Bénéficiaires des garanties.....</i>	<i>7</i>
7.1 - Membre participant et ses ayants droit.....	7
7.2 - Ayants droit	7
7.2.1 Cadre général	7
7.2.2 Particularités de la gamme ACORIS	7
7.3 - Adjonction des ayants droit.....	8
CHAPITRE III. MODALITES DE RESILIATION, RADIATION ET SUSPENSION	8
<i>Article 8 - Résiliation</i>	<i>8</i>
8.1 - Résiliation annuelle	8
8.2 - Cas particulier des personnes décédées	8
8.3 - Résiliation infrannuelle	8
8.4 - Résiliations exceptionnelles.....	8
8.4.1 Cadre Général.....	8
8.4.2 Résiliation pour CMU-C.....	9
8.4.3 Résiliation pour difficulté financière	9
8.5 - Demande de résiliation pour contrat collectif obligatoire	9
8.6 - Demande de résiliation en cas de renouvellement ou d'obtention de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).....	9
<i>Article 9 - Radiation des ayants droit</i>	<i>10</i>
9.1 - Cadre général	10
9.2 - Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant.....	10
<i>Article 10 - Radiation pour fausses déclarations intentionnelles</i>	<i>10</i>
<i>Article 11 - Cas particuliers des fausses déclarations non intentionnelles</i>	<i>10</i>
<i>Article 12 - Suspension.....</i>	<i>10</i>
<i>Article 13 - Conséquences de la résiliation, de la radiation, de la suspension</i>	<i>10</i>
<i>Article 14 - Délai de rétractation en cas de vente à distance.....</i>	<i>11</i>
14.1 - Champs d'application	11
14.2 - Délais et modalités de restitution en cas de vente à distance	11
CHAPITRE IV. COTISATIONS.....	11
<i>Article 15 - Fixation des cotisations</i>	<i>11</i>
<i>Article 16 - Modulation des cotisations</i>	<i>11</i>
<i>Article 17 - Modalités de paiement des cotisations.....</i>	<i>12</i>
<i>Article 18 - Non-paiement des cotisations.....</i>	<i>12</i>
CHAPITRE V. GARANTIE COMPLEMENTAIRE SANTE - GAMME « MUTUELLES DU SOLEIL LIVRE II »	12
SECTION 1 - DELAIS DE STAGE	12
<i>Article 19 - Ouverture de droits</i>	<i>12</i>
<i>Article 20 - Changement de garantie.....</i>	<i>13</i>
Article 20.1 - Changement vers une garantie supérieure en cours d'année	13
Article 20.1 - Changement vers une garantie inférieure eau 1 ^{er} janvier de l'année suivante.....	13
SECTION 2 - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE	13
<i>Article 21 - Etendue des prestations</i>	<i>13</i>
21.1 - Cadre général	13
21.2 - Soins à l'étranger	13
21.3 - Cas particulier des Actes de prévention.....	13

<i>Article 22 - Conditions de remboursement</i>	14
22.1 Cadre général.....	14
22.1.1 En cas de télétransmission.....	14
22.1.2 Hors cas de télétransmission	14
22.1. 2.1 Actes pris en charge par la Sécurité Sociale.....	14
22.1. 2.2 Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale.....	14
22.2 - Principe de compensation des créances réciproques	14
<i>Article 23 - Respect de la Charte des Contrats Responsables</i>	14
23.1 - Prestations non couvertes par les contrats responsables.....	14
23.2 - Prestations obligatoirement couvertes par les contrats responsables	15
<i>Article 24 - Prescription</i>	15
<i>Article 25 - Ticket modérateur</i>	16
<i>Article 26 - Carte Vitale</i>	16
<i>Article 27 - Carte de Tiers Payant</i>	16
<i>Article 28 - Tiers Payant</i>	16
<i>Article 29 – Précisions sur certaines garanties et pièces justificatives à fournir</i>	16
<i>Article 30 - Disciplines Médico-Tarifaires et Groupes Homogènes de Séjours</i>	16
<i>Article 31 - Contrôle médical</i>	16
<i>Article 32 - Principe indemnitaire - Pluralité de débiteurs</i>	17
SECTION 3 - ACCIDENT DE DROIT COMMUN	17
<i>Article 33 - Subrogation</i>	17
<i>Article 34 - Conditions des garanties</i>	17
SECTION 4 - ACCIDENT DU TRAVAIL	17
<i>Article 35 - Recours</i>	17
SECTION 5 - CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES.....	18
<i>Article 36 - Risques hors du champ d'application des garanties</i>	18
<i>Article 37 - Contrats responsables commercialisés par Mutuelles du Soleil Livre II</i>	18
CHAPITRE VI. GARANTIE HOSPITALIERE	18
SECTION 1 - RISQUES GARANTIS, CONDITIONS D'ADMISSION, RENONCIATION	18
<i>Article 38 - Définition des garanties</i>	18
<i>Article 39 - Description des garanties</i>	18
<i>Article 40 - Adhésion Date d'effet</i>	18
<i>Article 41 - Modalités de radiation</i>	18
<i>Article 42 - Cotisations</i>	18
SECTION 2 - STAGES ET FRANCHISES	18
<i>Article 43 - Délais de stage</i>	18
<i>Article 44 - Franchise</i>	19
SECTION 3 - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE	19
<i>Article 45 - Bénéfice des prestations</i>	19
SECTION 4 - CONTROLE	19
<i>Article 46 - Contrôle médical</i>	19
<i>Article 47 - Litiges médicaux</i>	19
SECTION 5 - EXCLUSIONS	19
<i>Article 48 - Risques non compris dans le champ d'application de la Garantie Hospitalière</i>	19
CHAPITRE VII. GARANTIE « FRAIS D'OBSEQUES »	20
<i>Article 49 - Risque garanti</i>	20
<i>Article 50 - Adhésion Durée Effet</i>	20
<i>Article 51 - Modalités de radiation</i>	20
<i>Article 52 - Cotisations</i>	20
<i>Article 53 - Règlement des prestations</i>	20
<i>Article 54 - Délais de stage</i>	20
<i>Article 55 - Forfaits Obsèques</i>	20
CHAPITRE IX. DISPOSITIONS DIVERSES	20
<i>Article 56 - Commission Sociale</i>	20
<i>Article 57 - Réclamation – Médiation de la consommation</i>	20
<i>Article 58 - Informatique et liberté</i>	21
<i>Article 59 - Collecte des données téléphoniques</i>	21
<i>Article 60 - Loi applicable</i>	21
<i>Article 61 - Autorité chargée du contrôle</i>	21
ANNEXE I : PRECISIONS SUR CERTAINS POSTES DE PRESTATIONS	22
ANNEXE II : LISTE DES DMT PRISES EN CHARGE PAR LA MUTUELLE	25

Préambule

Depuis le 1^{er} janvier 2013, Mutuelles du Soleil Livre II, mutuelle régie par le Code de la mutualité, dont le numéro SIREN est le n° 782 395 511, dont le numéro LEI est le 969500A45CJVFD0G8R17 et dont le siège social est situé à NICE (06000), 36-36 bis, avenue Maréchal Foch substitue intégralement les mutuelles suivantes :

La mutuelle L'Interprofessionnelle

Inscrite sous le numéro **SIREN : 776 042 327** – L.E.I. 969500VOMJQ1J2CFBI10

Dont le siège est sis Agence Mutuelles du Soleil, 145/205 Rue de l'Acropole - Le Parthena II à Montpellier (34000)

La mutuelle Lou Clapas - L'Aveyronnaise

Inscrite sous le numéro **SIREN : 443 911 342** – L.E.I 969500UVZYN9MOI33307

Dont le siège est sis Agence Mutuelles du Soleil, 145/205 Rue de l'Acropole - Le Parthena II à Montpellier (34000)

La mutuelle Gangeoise

Inscrite sous le numéro **SIREN : 776 001 158** – L.E.I. 969500O892JQBQIQEA57

Dont le siège est sis Clinique de Ganges -Place Joseph Boudouresques à Ganges (34190)

La mutuelle Fraternité

Inscrite sous le numéro **SIREN : 443 815 196** – L.E.I. 969500166US9L5OYBV61

Dont le siège est sis 7, rue Paul Verlaine à Saint André de Sangonis (34725)

La mutuelle La Vendarguaise

Inscrite sous le numéro **SIREN : 443 821 624** – L.E.I. 969500X0DZBJ0AEGY522

Dont le siège est sis 4, Ancien Chemin de Meyrargues, à Vendargues (34740)

La mutuelle La Marsillarguaise

Inscrite sous le numéro **SIREN : 350 177 226** – L.E.I 969500WXJ0Q6VNPFRY53

Dont le siège est sis 8 Boulevard Gabriel Péri, à Marsillargues (34590).

La mutuelle du Pic Saint Loup - La Scolaire

Inscrite sous le numéro **SIREN : 443 826 144** – L.E.I. 969500KIXOAO7WKZ5J66

Dont le siège est sis 8, rue du Barrys Haut à Saint Martin de Londres (34380)

La mutuelle La Philanthropique de Grabels

Inscrite sous le numéro **SIREN : 441 213 022** – L.E.I 969500YJGDGDF4A89V41

Dont le siège est sis 4, impasse Jacques Prévert à Grabels (34790)

La mutuelle La Fraternelle - Lansargues

Inscrite sous le numéro **SIREN : 443 820 691** – L.E.I. 969500VOMJQ1J2CFBI10

Dont le siège est sis 16, avenue Marius Ales à Lansargues (34130)

En application des dispositions de l'article L. 211-5 du Code de la mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II se substitue intégralement aux mutuelles substituées ci-dessus pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident, offertes aux membres participants de la Substituée et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1 et 2, tels qu'ils sont notamment définis dans les règlements mutualistes de la mutuelle substituée.

La Substituante se porte caution solidaire de l'ensemble des engagements financiers et charges y compris non assurantiels souscrits par la Substituée dans les conditions prévues par le quatrième alinéa de l'article L. 211-5 du Code de la mutualité qui dispose que « Les mutuelles et unions substituantes donnent aux mutuelles et unions substituées leur caution solidaire pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale ».

Mutuelles du Soleil Livre II est notamment agréée pour les branches d'assurance 1 (accident) et 2 (maladie).

Si l'agrément lui était retiré pour l'une de ces deux (2) branches, les garanties seraient résiliées le quarantième (40^{ème}) jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors remboursée au membre participant ou au souscripteur du contrat collectif.

En conséquence, le Conseil d'administration de chacune des mutuelles substituées a modifié son Règlement afin que celui-ci soit strictement identique à celui de Mutuelles du Soleil Livre II.

Ainsi, le présent règlement mentionne selon le contexte la "Mutuelle substituée" auprès de laquelle le membre participant a adhéré ou « la Mutuelle » ou « Mutuelles du Soleil Livre II » lorsqu'il est question de la substitution intégrale et du régime de caution solidaire ou bien lorsqu'il s'agit de l'encaissement des cotisations, du paiement des prestations et la couverture des garanties.

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 individuelles. Les dispositions du présent règlement s'appliquent à tous les membres participants de la Mutuelle substituée 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 la Mutuelle 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 de Mutuelles du Soleil et approuvé par le Conseil d'administration de la Mutuelle substituée.

Il est régi par le Code de la mutualité.

L'ensemble des 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 le Conseil d'Administration de la Mutuelle substituée.

Article 2 - Modifications du règlement

Les modifications du Règlement sont approuvées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle substituée 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.

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 existantes

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

Les garanties proposées par la Mutuelle 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 « Garantie Hospitalière ».

Article 4 - Obligation d'information et devoir de conseil

4.1 - Informations préalables et devoir de conseil

Conformément à l'article L. 221-4 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles prévues au II de l'article L. 221-2, Mutuelles du Soleil remet au membre participant ou futur membre participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement de la Mutuelle Substituée, une fiche standardisée d'information et une fiche d'information et devoir de conseil recueillant les exigences et besoins du futur membre participant permettant au conseiller Mutuelles du Soleil Livre II d'établir la proposition d'assurance, ainsi que tout autre document utile.

Le futur membre participant peut également consulter librement les Statuts et Règlements de la Mutuelle Substituée sur le site Internet de la Substituante : www.mutuellesdusoleil.fr.

4.2 - Informations préalables, en cas d'opérations vendues à distance

En cas de vente à distance, l'article L. 221-18 du Code de la mutualité précise les informations devant être transmises au futur membre participant, avant son adhésion.

Ces informations sont :

1° La dénomination de la Mutuelle Substituée et de la Mutuelle, l'adresse de leur siège social respectif, leur numéro au Répertoire Sirène, les coordonnées de l'autorité chargée de leur contrôle ainsi que, le cas échéant, l'identité, l'adresse de l'intermédiaire d'assurance et son numéro d'immatriculation au registre mentionné au I de l'article L. 512-1 du Code des assurances ;

2° Le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci ;

3° La durée minimale de l'adhésion ainsi que les garanties et exclusions prévues par le règlement.

4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

5° L'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de cotisation que la mutuelle ou l'union peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

6° La loi sur laquelle la Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que la loi applicable au règlement et la langue que la mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée de l'adhésion ;

7° Les modalités d'examen des réclamations que le membre participant peut formuler au sujet du règlement mutualiste et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI du Code de la consommation ;

8° Le document d'information normalisé mentionné à l'article L. 221-4 pour les opérations portant sur un risque non-vie.

Les informations sur les conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au règlement.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

CHAPITRE II. L'ADHÉSION

Article 5 - Adhésion

5.1 - Modalités d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, l'engagement réciproque du membre participant et de la Mutuelle Substituée résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du présent règlement. La mutuelle est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur. Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- la date d'adhésion, la date de remise des documents précontractuels et la date d'effet du contrat ;
- les bénéficiaires du contrat ;
- les conditions d'entrée en vigueur de la garantie ;
- les montants ou taux et assiettes de cotisations ;
- les options de garantie choisies.

Est annexé au bulletin d'adhésion, le détail des prestations garanties au titre du contrat.

5.2 - Effets de l'adhésion

En cas de prélèvement automatique, le paiement de la première échéance de cotisation pourra être effectué par carte bancaire, prélèvement bancaire ou virement, sauf si la date d'effet de l'adhésion est postérieure de plus d'un mois à la date de signature du contrat.

Si le membre participant n'opte pas pour le prélèvement automatique, le paiement d'une (1) échéance de cotisations sera exigée par carte bancaire ou virement en fonction de la périodicité choisie (trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Le membre participant s'engage au paiement de la cotisation statutaire.

L'encaissement du paiement déclenchera l'ouverture des droits.

La périodicité de paiement mensuel n'est possible que par prélèvement automatique.

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, ne pourront donner lieu à paiement. Tout séjour en établissement hospitalier, dont la date d'entrée est antérieure à la date d'effet de l'adhésion à la Mutuelle Substituée, sera intégralement refusé.

En adhérant à la Mutuelle substituée, le membre participant ou honoraire devient membre de droit de Mutuelles du Soleil Livre III, mutuelle dédiée aux réalisations sanitaires et sociales de Mutuelles du Soleil Livre II, Substituante. Il peut recevoir, s'il en fait la demande, les Statuts et le Règlement de cette mutuelle.

5.3 - Date d'effet - Durée de l'adhésion

La demande d'adhésion signée implique l'affiliation pour l'année civile complète et la couverture de tous les bénéficiaires déclarés, entrant dans le champ d'application de l'article 7 du présent règlement.

L'engagement contractuel du membre participant prendra effet à la date choisie lors de l'adhésion et au plus tôt :

- le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion complet en agence,
- le lendemain de la date d'envoi du bulletin d'adhésion complet par courrier, cachet de la poste faisant foi.
- à la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire (certificat de radiation de moins de deux mois)

Pour être complet, le dossier devra comporter :

- la demande d'adhésion complétée et signée valant bulletin d'adhésion,
- la fiche d'informations et devoir de conseil signée aux deux endroits prévus,
- une photocopie de l'attestation papier de votre régime obligatoire et le cas échéant celle des bénéficiaires datant d'une période expirée de moins de trois (3) mois,
- une photocopie recto-verso de la pièce d'identité (passeport, carte nationale d'identité et carte de séjour) en cours de validité,
- un mandat SEPA ainsi qu'un relevé d'identité bancaire si ce mode de règlement est choisi (ce mode de paiement sera obligatoire en cas de paiement mensuel).
- un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations, si différent ;
- si le payeur du contrat n'est pas le même que le souscripteur du contrat, le payeur devra également fournir une photocopie de sa pièce d'identité en cours de validité, son relevé d'identité bancaire et signer le mandat SEPA.
- le paiement d'une échéance de cotisation sera requis et viendra en déduction de la cotisation réglementaire annuelle,
- les deux exemplaires du formulaire Contrat Loi Madelin (datés et signés) pour les travailleurs non-salariés soumis au régime de la loi Madelin,
- le cas échéant, l'attestation de déclaration de vie commune (complétée et signée) ou une attestation de PACS,
- le cas échéant, une photocopie de l'extrait K bis ou des statuts de l'entreprise,
- en cas d'adhésion à une offre « agents territoriaux ou hospitaliers », toute forme de justificatif mentionnant l'employeur.
- le certificat de radiation (à retourner au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion à la Mutuelle Substituée), et/ou la photocopie de la carte du précédent organisme complémentaire. En cas de production d'un certificat de radiation de moins de deux mois et à garanties équivalentes. Dans ce cas, aucun délai de stage ne sera appliqué si l'adhésion est effective au jour de la date de radiation du contrat initial et si la personne bénéficiait au moins du même niveau de garantie,
- le détail de l'ancienne garantie complémentaire santé,
- pour les enfants de plus de 20 ans bénéficiaires du contrat complémentaire santé : soit un certificat de scolarité, soit la copie de la carte d'étudiant, soit la copie du contrat d'apprentissage ou de formation par alternance, soit une attestation de Pôle Emploi (cas particulier des enfants à charge), soit une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant n'a pas d'activité rémunérée (salaire ou indemnité), soit le titre de pension d'invalidité (si le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80%).

5.4 - Reconduction annuelle de l'adhésion

L'adhésion à la Mutuelle Substituée est reconduite tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation, radiation ou exclusion.

En cas d'adhésion en cours d'année, l'adhésion produira ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année en cours et sera renouvelée au 1^{er} janvier par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf résiliation, radiation ou exclusion.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la possibilité de résiliation infra-annuelle, conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité.

En application de la Loi Châtel N° 2005-67 du 28 janvier 2005 reprise dans les dispositions de l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuelle.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

5.5 - Obligations d'information du membre participant après son adhésion

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de l'établissement de son contrat individuel. 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, 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 ;
- ses coordonnées bancaires ;
- 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.

Tout changement de situation professionnelle devra faire l'objet d'une information auprès de la mutuelle.

En cas de changement de situation professionnelle, les adhérents aux gammes agents territoriaux et hospitaliers ne pourront plus bénéficier de ces garanties.

5.6 - Reprise adhérents suite à impayé

Si l'adhérent revient au cours du premier trimestre suivant l'année de sa radiation pour impayés et qu'il règle les sommes restant dues, dans le cas où il s'agit d'une première radiation, son contrat sera réactivé à compter du 1^{er} janvier.

Si l'adhérent revient après le premier trimestre suivant l'année de sa radiation pour impayés et qu'il règle les sommes restant dues, à condition qu'il s'agisse de sa première radiation pour motif d'impayés, dans ce cas, un nouveau contrat sera conclu dans les conditions de l'article 5.3 du présent Règlement.

Aucune réactivation ou nouvelle adhésion n'est possible si l'adhérent a été radié plus d'une fois pour non-paiement. En tout état de cause, les prestations ne seront pas dues pendant la période de suspension du contrat.

Article 6 - Catégorie de membres

Les membres se répartissent dans les collèges répertoriés et constitués en fonction du régime d'affiliation de base.

Ces collèges couvrent :

- les ressortissants du régime général de la Sécurité Sociale ou assimilés ;
- les ressortissants du régime d'assurance maladie des professions agricoles ;
- les assurés sociaux ou assimilés bénéficiaires de l'exonération à titre définitif du ticket modérateur ;
- les ressortissants du régime particulier de protection sociale de la Principauté de Monaco résidant en France ;
- les ressortissants de la Caisse des Expatriés.

Article 7 - Bénéficiaires des garanties

7.1 - Membre participant et ses ayants droit

Les membres participants qui acquittent leurs cotisations et bénéficient de prestations en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Par bénéficiaires, il faut entendre le membre participant et les ayants droit par lui désignés lors de la signature du bulletin d'adhésion à savoir :

- son conjoint :
 - époux légitime ;
 - concubin reconnu, tel que défini par l'article 515-8 du Code civil, ayant fait une déclaration de concubinage ;
 - 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 tels que définis à l'article 7.2.1 ;
- les personnes à sa charge au sens de la législation de la Sécurité Sociale pour lesquelles l'assuré a demandé l'affiliation à la Mutuelle Substituée et acquitte les cotisations correspondantes.

7.2 - Ayants droit

7.2.1 Cadre général

Par ayants droit, il faut entendre les personnes désignées sur le bulletin d'adhésion en tant que telles 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, les enfants à charge du conjoint, du concubin, de son partenaire de PACS :
 - Sont considérés comme à charge au sens de la Sécurité sociale, les enfants du membre participant ou de son conjoint âgés 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 moins de 20 ans (hormis pour la gamme ACORIS) :
 - les enfants de moins de 28 ans qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier chaque année 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 au SMIC pouvant en justifier chaque année 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 chaque année 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 la Mutuelle Substituée et acquitte les cotisations correspondantes.

7.2.2 Particularités de la gamme ACORIS

Les dispositions de l'article 7.2.1 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.

7.3 - Adjonction des ayants droit

Seul le membre participant peut demander à tout moment l'adjonction d'un de ses ayants droit.

Cet ajout prendra effet à la date choisie lors de la signature de l'avenant contractuel et au plus tôt :

- le lendemain de la date de signature en agence, de l'avenant contractuel,
- le lendemain de la date d'envoi de l'avenant contractuel par courrier, cachet de la poste faisant foi.

Dans le cadre des anciennes garanties, seule l'adjonction d'un ayant droit est possible. Cet ajout pourra être uniquement demandé par le membre participant bénéficiant déjà de l'ancienne garantie et prendra effet au plus tôt le lendemain de la demande.

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 d'adoption si l'enfant est inscrit dans les trois (3) premiers mois suivants sa naissance ou adoption. Au-delà, la date d'effet de l'adhésion sera au lendemain de la demande.

La date d'effet de l'adhésion d'un adhérent venant par mutation d'un autre organisme de complémentaire santé sera effective au jour de la date de radiation de l'ancien organisme si le certificat de radiation présenté date de moins de deux (2) mois au moment de la demande d'adhésion.

CHAPITRE III. MODALITÉS DE RÉSILIATION, RADIATION ET SUSPENSION

Article 8 - Résiliation

8.1 - Résiliation annuelle

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion à la Mutuelle Substituée tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à Mutuelles du Soleil Livre II ou en déposant contre décharge sa demande au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

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 sa radiation.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge de 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.

8.2 - 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'un certificat d'hérédité, d'un acte de notoriété ou une attestation des héritiers.

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'événement sont dues dans leur intégralité.

8.3 Résiliation infra-annuelle

Conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité et de la réglementation afférente, le membre participant bénéficie d'un droit à résiliation infra-annuelle dès lors que le contrat concerné a pris effet depuis plus de 12 mois, sous réserve des modalités et conditions d'application qui seront fixées par décret en Conseil d'État.

8.4 - Résiliations exceptionnelles

8.4.1 Cadre Général

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties (membre participant ou la Mutuelle Substituée) lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

Ainsi, si le changement de situation n'entraîne pas une augmentation du montant de la cotisation, le changement de situation ne peut justifier une radiation en cours d'année.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de toutes les pièces justificatives par Mutuelles du Soleil Livre II.

Mutuelles du Soleil Livre II 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 22.2.

Cependant, lorsqu'un ayant droit conserve le contrat (ayant droit majeur), la portion de cotisation générant un avoir pourra être maintenue au crédit du compte cotisant.

La partie qui fait la demande de résiliation doit produire toutes pièces justificatives au soutien de son action par lettre recommandée avec avis de réception adressée à Mutuelles du Soleil Livre II. Elle doit démontrer que le fait invoqué constitue, dans la situation nouvelle, une circonstance pénalisante eu égard aux avantages ouverts par la garantie souscrite.

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. Dans tous les cas, le membre participant s'engage à informer les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de sa radiation. Le remboursement se fera dans un délai de 30 jours par virement sur le compte habituellement utilisé pour le paiement des cotisations, ou à défaut, sur le compte servant au remboursement des prestations.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers-payant ayant entraîné la prise en charge de 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.

8.4.2 Résiliation pour CMU-C Solidaire

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-C Solidaire), il obtient à sa demande la résiliation totale de la garantie initialement souscrite auprès de la Mutuelle Substituée.

Pour ce faire, le membre participant doit adresser au service « Relations Clients Régime Complémentaire » de la Mutuelle, sa demande de radiation au titre de la CMU-C Solidaire en recommandé avec accusé de réception accompagnée de l'attestation de droits à la CMU-C Solidaire délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

- Si la demande de radiation pour bénéfice de la CMU-C Solidaire, 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-C Solidaire. 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-C Solidaire 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.

Mutuelles du Soleil Livre II 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 22.2.

Cependant, lorsqu'un ayant droit conserve le contrat (ayant droit majeur), la portion de cotisation générant un avoir pourra être maintenue au crédit du compte cotisant.

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.

8.4.3 Résiliation pour difficulté financière

Il est admis qu'une demande de radiation peut être déposée en cas de difficulté financière avérée et justifiée.

Pour être recevable, la demande doit s'accompagner de tous justificatifs attestant de la nouvelle situation induisant des difficultés financières. Cette demande fera l'objet d'une étude par le service compétent et statuera sur la demande de radiation pour ce motif.

8.5 - Demande de résiliation pour contrat collectif obligatoire

Les membres participants bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire par leur entreprise ne peuvent invoquer ce motif pour solliciter leur radiation en cours d'année.

En effet, 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.

En conséquence, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, il peut y renoncer jusqu'à l'échéance de son contrat individuel.

De plus, 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) le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 a créé l'article R 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, qui 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 individuel.

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 et de les adresser en recommandé avec accusé de réception à la Mutuelle :

- 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 en cours de validité.

En cas de radiation en cours d'année sur présentation des justificatifs adéquats et adressée dans les (3) trois mois suivant la date de mise en place du contrat collectif obligatoire, Mutuelles du Soleil Livre II remboursera 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). Ce remboursement est subordonné à l'obligation préalable de restituer la carte de tiers payant délivrée par la Mutuelle et à l'absence de prestations et de prises en charge servies ou délivrées pendant la période écoulée.

Si des prestations ont été servies, la radiation sera positionnée au premier jour du mois suivant la dernière prestation versée.

Après la radiation, les sommes versées indument devront être restituées par l'adhérent à la première demande de la Mutuelle.

8.6 - Demande de résiliation en cas 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 la Mutuelle Substituée. Cette résiliation intervient au plus tard le premier jour du 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 9 - Radiation des ayants droit

9.1 - Cadre général

À chaque échéance annuelle, en envoyant sa demande au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours, le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet l'année suivante, au moment du renouvellement du contrat soit le 1^{er} janvier.

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.

9.2 - Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant

Dans certains cas exceptionnels, l'ayant droit majeur, peut demander sa radiation sur présentation des justificatifs afférents à sa situation (séparation, départ du foyer, mariage, changement de situation...). Cette radiation exceptionnelle aura lieu 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 et sera signalée par écrit au membre participant.

L'ayant droit majeur dans ce cadre devra restituer sa carte de tiers payant à Mutuelles du Soleil Livre II et informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance de frais.

Article 10 - Radiation pour fausses déclarations intentionnelles

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité (article 1108 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 a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 11 - Cas particuliers des 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.

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 12 - Suspension

Le membre participant ou l'un de ses ayants droit est dispensé du paiement de ses cotisations en cas de mobilisation ou de départ à l'étranger pour une période supérieure ou égale à trois (3) mois et jusqu'à 12 mois maximum pour des raisons professionnelles ou pour y suivre un cycle universitaire, sous réserve de produire les pièces justificatives. Il n'aura pas droit aux avantages accordés par la Mutuelle Substituée pendant cette période et le paiement de ses cotisations sera suspendu. Au-delà de ce délai, le contrat sera réactivé.

Toutefois, les bénéficiaires d'un membre participant mobilisé 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 Substituée.

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 Substituée, dès son retour pourvu qu'il en fasse la demande auprès du service compétent au sein de la Mutuelle et s'acquitte de ses cotisations, à partir de cette date.

Article 13 - 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 la Mutuelle Substituée et/ou Mutuelles du Soleil Livre II ne pourra devenir ayant droit d'un membre participant (conjoint ou autre), sauf décision contraire du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Article 14 - Délai de rétractation en cas de vente à distance

14.1 - Champs d'application

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure au jour d'adhésion.

En ce qui concerne les opérations d'assurances dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (article L. 223-8 du Code de la mutualité), le délai précité est porté à trente (30) jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure au jour de l'adhésion.

Les contrats pour lesquels s'applique le délai de renonciation mentionné à l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité, ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans la demande expresse du membre participant.

Lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel du service effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

14.2 - Délais et modalités de restitution en cas de vente à distance

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II est tenu de rembourser au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours, toutes les sommes perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du paiement proportionnel du service financier effectivement fourni et à l'exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où Mutuelles du Soleil Livre II reçoit notification par le membre participant de sa volonté de renoncer au contrat souscrit, sous réserve qu'il n'ait pas bénéficié des garanties du contrat.

Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Ce délai commence à courir à compter du jour où le membre participant communique à Mutuelles du Soleil Livre II sa volonté de renoncer au contrat souscrit.

CHAPITRE IV. COTISATIONS

Article 15 - Fixation des cotisations

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions de l'article L. 110-2 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.

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

Cette cotisation inclut également le cas échéant :

- 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 ;
- Les cotisations accessoires.

Article 16 - Modulation des cotisations

Selon la garantie souscrite et dans le respect des dispositions de l'article L. 110-2 du Code de la mutualité, le montant des cotisations est modulable en fonction :

- Du lieu de résidence ;
- Ou du nombre d'ayants droit ;
- Ou de l'âge des membres participants.

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.

La cotisation est calculée en fonction du département de résidence, de l'âge de chaque bénéficiaire selon l'âge civil calculé par différence de millésime.

La cotisation peut être gratuite, selon la garantie souscrite :

- Pour le nouveau-né ou l'enfant adopté quel que soit leur nombre, pendant une période de six (6) mois suivant sa naissance ou son adoption, à condition que l'enfant soit inscrit dans les trois (3) premiers mois suivant 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 la Mutuelle Substituée. L'adhésion du nouveau-né ou de l'enfant adopté court à compter du jour de sa naissance ou de son adoption ;
- À compter du 4^{ème} enfant.

Article 17 - Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance au 31 décembre de l'année en cours. Elle est due au premier janvier ou, pour les nouveaux membres participants, à partir de la date d'effet du contrat. 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 correspond à une facilité de paiement, et en aucun cas à une période de couverture.

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.

Exceptionnellement, il pourra être procédé à un remboursement au *pro rata temporis* (en produisant les justificatifs nécessaires, à compter du mois civil suivant la demande de résiliation), dans les cas énoncés à l'article 8 du présent règlement. Le remboursement de la quote-part de cotisation due interviendra le premier mois de l'année civile suivant la demande de résiliation.

Le paiement de la cotisation peut se faire par prélèvement bancaire ou postal, carte bancaire, en ligne via l'espace personnel adhérent et par virement. En cas de fractionnement mensuel, seul le prélèvement bancaire ou postal pourra être mis en place. Le prélèvement automatique annuel, semestriel, trimestriel, mensuel est exécuté sans frais à terme 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.

La cotisation est exprimée en euros.

Article 18 - 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).

Conformément à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

En cas de rejet de prélèvement automatique, des frais de rejet seront imputés sur le compte cotisant du membre participant.

Le second rejet de prélèvement automatique entraînera l'arrêt du règlement par prélèvement.

À la reprise du contrat, le paiement trimestriel sera la nouvelle périodicité de règlement, et ne s'effectuera plus par prélèvement.

CHAPITRE V. GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTE - GAMME « Mutuelles du Soleil Livre II »

SECTION 1 - Délais de stage

Article 19 - Ouverture de droits

Les membres participants, leur conjoint et leurs enfants à charge ne bénéficient des avantages de la Mutuelle Substituée qu'après avoir payé la cotisation statutaire et accompli un stage déterminé en fonction de leur âge et selon la garantie souscrite (des prestations qui la composent) qui commence à courir à la date d'effet du contrat.

TABLEAU DES STAGES

Age postulant	Ticket modérateur	Prestations supplémentaires– Chambre Particulière – Forfaits**
0 à 6 mois (*)	Offert	Offert
6 mois à 59 ans	Offert	3 mois
À partir de 60 ans	Offert	6 mois

(*) Le nouveau-né (0-6 mois) ou adopté, sous réserve que l'un des parents ou le représentant légal soit membre participant à la naissance de l'enfant ou à la date de l'adoption, et que ce dernier soit inscrit dans le délai visé (0-3 mois) et qu'il bénéficie de la couverture sociale du membre participant.

(**) Un stage est appliqué pour tous les forfaits sauf pour les forfaits journaliers des contrats responsables.

Sont dispensés de stage :

- A garantie équivalente, les postulants venant par mutation d'un autre organisme, sur présentation d'un certificat de radiation de moins de deux (2) mois, pour les prestations acquises antérieurement.
- A garantie équivalente, les anciens bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) sur présentation de leur attestation de CMU ou de leur certificat de fin de droits de moins de deux (2) mois.

En cas de production d'un certificat de radiation de moins de deux (2) mois et à garanties équivalentes, il n'y aura pas de stage si l'adhésion est effective au jour de la date de radiation du contrat initial ou au jour de la date de fin de droits pour les anciens bénéficiaires de la CMU. À contrario, si l'adhésion est effective au plus tôt le premier jour du mois suivant la demande et que cette date ne correspond pas à la date de radiation ou à la date de fin de droits du contrat initial, les délais de stages seront appliqués.

- Les membres participants ayant plus de deux (2) ans d'ancienneté dans une même garantie, désireux de changer leur garantie vers la garantie commercialisée directement supérieure.
- Les membres participants ayant plus de quatre (4) ans d'ancienneté dans une même garantie, s'ils optent pour une garantie de deux niveaux supérieurs.
- Les ayants droit ajoutés en qualité de bénéficiaires sur les garanties de la gamme ACORIS.

Article 20 - Changement de garantie

20.1 - Changement vers une garantie supérieure en cours d'année

Un changement de garantie peut intervenir une (1) fois par an, soit à l'échéance soit en cours d'année, vers une garantie supérieure, par avenant au contrat. La possibilité de changer à nouveau de garantie s'ouvrira après une période de douze mois minimum suivant le dernier changement de garantie opéré.

Dans le cas d'un changement en cours d'année, la nouvelle garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la demande et reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.

Cette date constitue le point de départ de la période de stage à accomplir conformément aux dispositions ci-dessus si le droit à ces prestations n'était pas acquis antérieurement.

Les membres participants ayant plus de deux (2) ans d'ancienneté dans une même garantie, au jour de la demande ou au jour de la mise en place de la nouvelle garantie, dans une même garantie ne se verront pas appliquer de stage s'ils optent pour une garantie directement supérieure.

Les membres participants ayant plus de quatre (4) ans d'ancienneté dans une même garantie ne se verront pas appliquer de stage s'ils optent pour une garantie de deux niveaux supérieurs.

En tout état de cause, les soins antérieurs ou en cours (hospitalisation, dentaire, optique etc) ne peuvent bénéficier de ce changement de garantie supérieure.

20.2 - Changement vers une garantie inférieure au 1er janvier de l'année suivante

Au 1^{er} janvier de l'année, le membre participant peut librement faire le choix d'une garantie inférieure.

SECTION 2 - Prestations accordées par la Mutuelle

Article 21 - Étendue des prestations

21.1 - Cadre général

Le service des prestations est assuré pour les bénéficiaires d'une garantie souscrite auprès de la Mutuelle Substituée, pour les seules affections dont les soins interviennent après expiration des stages prévus aux présents règlements et dans le respect de l'article 36 de celui-ci. Il est rappelé que tout séjour en établissement hospitalier, dont la date d'entrée est antérieure à la date d'effet de l'adhésion à la Mutuelle Substituée, sera refusé dans sa totalité.

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 au tableau de garanties, déduction faite du remboursement du régime obligatoire s'il existe et toujours dans la limite des frais engagés.

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 de début des soins est postérieure 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'annexe I du présent règlement. De même, la date de début des soins est postérieure 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 et s'ils sont postérieurs à l'ouverture des droits à la garantie.

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.

Dans le respect des dispositions de l'article L 332-3 du Code de la sécurité sociale, lors d'un séjour temporaire à l'étranger, les membres participants seront indemnisés par Mutuelles du Soleil Livre II sur production de justificatifs après participation des organismes d'assurance maladie obligatoires, sur la base tarifaire prévue par la législation française.

21.2 - 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 du 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'État 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 État 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.

Les soins effectués sur le territoire monégasque ne sont pas considérés comme des soins effectués à l'étranger. Ils sont pris en charge par les régimes obligatoires français, de ce fait, la mutuelle appliquera le remboursement prévu dans la garantie selon la spécificité de l'acte. Les praticiens monégasques ne sont pas concernés par les dispositifs OPTAM-OPTAMCO.

21.3 - Cas particulier des Actes de prévention

Les garanties responsables, proposées par la Mutuelle Substituée, 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 22 - Conditions de remboursement

22.1 Cadre général

Le remboursement des prestations s'effectuera exclusivement par virement sur le compte bancaire communiqué à cet effet.

22.1.1 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.

22.1.2 Hors cas de télétransmission

a) 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 par e-mail.

b) 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 (cachet et signature obligatoires) attestant la nature des actes et le paiement, quel que soit le canal de transmission (courrier, mail, fax).

22.2 - 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.

22.3 Recouvrement des prestations indûment perçues

En cas de prestations indûment reçues, la Mutuelle enverra une notification au membre participant. En l'absence de régularisation par le membre participant dans un délai de 30 (trente) jours à compter de cette notification et dans le cas où la compensation des dettes réciproques prévues à l'article précédent ne trouverait à s'appliquer, Mutuelles du Soleil Livre II adressera une lettre de relance. Une mise en demeure sera adressée si aucun recouvrement ou compensation ne sont intervenus à l'expiration d'un nouveau délai de 30 (trente) jours suivant la relance. La Mutuelle se réserve le droit d'engager des procédures de recouvrement contentieux à l'issue d'un délai de 40 (quarante) jours suivant l'envoi de la mise en demeure.

Article 23 - 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 14 août 2014 et le décret d'application n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, complété par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, 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.

23.1 - 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 L. 322-2 du Code de la sécurité sociale ;
2. la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 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 L. 162-5-3 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.

23.2 - 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 Mutuelle comprennent la prise en charge :

1. De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5 du Code de la sécurité sociale. 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 à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 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. Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes:
 - a. À hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
 - b. Dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1. pour l'acquisition d'équipements composés de

verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée:

- i. Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :
 1. Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries;
 2. Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 3. Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;
 - ii. Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au i et un verre mentionné au iii ;
 - iii. Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :
 1. Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
 2. Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 3. Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 4. Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 5. Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;
 6. Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 7. Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
 - iv. Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au vi ;
 - v. Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au vi ;
 - vi. Au maximum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :
 1. Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;
 2. Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 3. Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 4. Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
4. Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie i, iii ou vi définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie. Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros. Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des assurés mentionnée au 1. pour l'acquisition de l'équipement. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
5. Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
- a. À hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
 - b. Au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.
6. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 ;
7. Des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
8. Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

Article 24 - 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 et sont supérieurs à deux (2) ans (cf. prescriptions des hôpitaux, cliniques, sécurité sociale).

À l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations garanties par la Mutuelle.

Article 25 - 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 prend en charge le ticket modérateur à 100 % pour les contrats responsables. Pour les autres garanties non responsables, la Mutuelle y participe en fonction de la garantie souscrite.

Article 26 - 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 Mutuelles du Soleil Livre II.

Celle-ci peut également contenir des informations relatives au régime complémentaire souscrit auprès de la Mutuelle.

Article 27 - 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 pour 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 28 - 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 19 et de la carte d'immatriculation du régime d'assurance maladie obligatoire).

En ce qui concerne l'hospitalisation, le dentaire, l'audiologie et l'optique, le tiers payant ne pourra être effectué que si une demande de prise en charge a été formulée auprès de la Mutuelle et que cette dernière a délivré un accord. Pour les prises en charge en optique et audiologie, la prescription est obligatoire. Le membre participant devra ensuite adresser à la Mutuelle la facture ainsi que le décompte de son organisme de sécurité sociale en lien avec les soins effectués.

Article 29 - Précisions sur les garanties et pièces justificatives à fournir

Pour tout renseignement concernant vos garanties et les pièces à fournir pour obtenir remboursement, le membre participant peut se reporter à l'annexe I du présent règlement mutualiste.

La liste des pièces indiquées dans cette annexe ne constitue pas une liste exhaustive et selon les cas, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire lui permettant d'appliquer la garantie souscrite et procéder aux remboursements des prestations.

Article 30 - 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 selon la nature de l'hospitalisation. La liste des D.M.T. prises en charge par la Mutuelle se trouve en annexe II du présent règlement mutualiste.

Article 31 - Contrôle médical

Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit à tout moment de contrôler, par son médecin ou son 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 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.

2) 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 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 3^{ème} 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.

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

Article 32 - 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 sommes réellement engagées par le membre participant ou par le biais du tiers payant au professionnel de santé.

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

SECTION 3 - Accident de droit commun

Article 33 - 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 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 34 - Conditions des garanties

Pour les soins consécutifs à un accident entrant dans le champ d'application des garanties de complémentaires santé (hors risques visés à l'article 36), le membre participant doit faire une déclaration à la Mutuelle dans les 48 heures suivant l'accident, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, indiquant :

- Les causes, le lieu, les circonstances de l'accident ;
- Les noms des témoins ;
- Éventuellement les noms 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 leur tarif de responsabilité.

Afin de permettre à Mutuelles du Soleil Livre II d'effectuer son recours éventuel au titre de la substitution intégrale de la Mutuelle Substituée, le membre participant ou ses ayants droit, devra transmettre dans un délai de 48 heures suivant son accident :

- 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 35 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 son accord.

En cas d'accidents scolaires ou sportifs, résultant de la pratique des sports non exclus, 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 cette dernière.

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 4 - Accident du travail

Article 35 - 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 33 et 34 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 5 - Champ d'application des garanties

Article 36 - 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'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 ;

Les interventions consécutives à des malformations congénitales et leurs complications sauf si l'adhérent justifie d'une prise en charge par son régime d'assurance maladie obligatoire.

Article 37 - Contrats responsables commercialisés par Mutuelles du Soleil Livre II

Les garanties ci-après sont responsables :

Produits responsables commercialisés par Mutuelles du Soleil Livre II						
SOLEA 30 SOLEA 40 SOLEA 50 SOLEA 60 SOLEA 70	GARANTIE ROUGE & NOIR	AT 2000 LABÉLISÉE AT4000 LABÉLISÉE	SOLEA PRO 1000 SOLEA PRO 1500 SOLEA PRO 2000 SOLEA PRO 3000 SOLEA PRO 4000 SOLEA PRO 4500 SOLEA PRO 5000 SOLEA PRO 6000 SOLEA PRO 7000	SOLEA ENTREPRENEUR 400* SOLEA ENTREPRENEUR 600*	GARANTIE PRO'ACTIF* GARANTIE RETRAITE ACTIVE*	Agent Hospitalier 1 Agent Hospitalier 2

* Pour les contrats collectifs à adhésion facultative

NB : Conformément aux dispositions de l'article 28 du décret n° 2011-1474 et de l'article 4 de l'arrêté n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, une majoration pour adhésion tardive sera appliquée sur les cotisations afférentes aux garanties labellisées dédiées aux fonctionnaires territoriaux.

CHAPITRE VI. GARANTIE HOSPITALIÈRE

SECTION 1 - Risques garantis, Conditions d'admission, Renonciation

Article 38 - Définition des garanties

Les garanties « indemnités 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 39 - 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, dans la limite de 30 jours par année civile. La limite d'âge à l'adhésion est fixée à 70 ans sauf, en cas d'adhésion suite à une mutation, si l'adhérent justifie que le risque était couvert par son ancienne garantie pour le même niveau.

Article 40 - Adhésion Date d'effet

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

Article 41 - Modalités de radiation

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

Article 42 - 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 - Stages et Franchises

Article 43 - Délais de stage

L'indemnisation des membres participants aura lieu dès lors que l'hospitalisation intervient plus de trois (3) mois après la date d'effet du contrat. Ce délai est supprimé en cas de demande d'indemnisation suite à un accident.

Toutefois, seules les hospitalisations consécutives à un accident dont l'origine ou la première constatation médicale intervient après la date d'effet du contrat peuvent donner lieu à indemnisation.

Article 44 - 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 - Prestations accordées par la Mutuelle

Article 45 - 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 2 Article 23 du présent règlement.

SECTION 4 - Contrôle

Article 46 - 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 47 - 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 3^{ème} médecin qui est intervenu en tant qu'arbitre, dans un délai de trente (30) jours après la demande de la Mutuelle.

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

SECTION 5 - Exclusions

Article 48 - 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'OBSÈQUES »

Article 49 - 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 douze (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 50 - 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 est fixée à 12 ans minimum et à 70 ans maximum sauf en cas d'adhésion suite à une mutation si l'adhérent justifie que le risque était couvert par son ancienne garantie pour un montant supérieur ou égal.

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

Article 51 - 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 52 - 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 53 - Règlement des prestations

Le versement se fait exclusivement entre les mains de toute personne pouvant justifier de la charge des frais d'obsèques du défunt membre participant dans les limites prévues par le forfait souscrit 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 ;
- pièces justifiant les frais d'obsèques engagés (factures originales ou dématérialisées acquittées au nom de la personne demandant le remboursement des frais d'obsèques. Les photographies ne sont pas acceptées) ;
- une pièce d'identité en cours de validité et le relevé d'identité bancaire de la personne demandant le remboursement des frais d'obsèques ;
- et d'une manière générale, toute autre pièce justificative demandée par Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 54 - Délais de stage

Age postulant	Délai de stage
12 ans à 59 ans	3 mois
60 à 70 ans et plus	6 mois

Article 55 - Forfait Obsèques

La garantie « frais d'obsèques » s'élève à 305 euros pour l'ensemble des Mutuelles Substituées citées en préambule du présent règlement.

CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 56 - Commission Sociale

La Mutuelle Substituée dispose d'une Commission Sociale destinée notamment à intervenir auprès des adhérents en difficulté, confrontés à des dépenses médicales ou paramédicales auxquelles ils ne peuvent faire face. Elle dispose à cet effet d'un budget. Elle est régie par un règlement validé par le Conseil d'Administration.

Article 57 - Réclamation - Médiation de la consommation

La Mutuelle répond aux réclamations des membres participants et des souscripteurs des contrats individuels 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 individuel, la Mutuelle informe le membre participant 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 de 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 via le site du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/> en remplissant le formulaire prévu à cet effet.

Article 58 - Informatique et liberté

Le traitement des données à caractère personnel est effectué sous la responsabilité de la Mutuelle et en conformité avec les dispositions du Règlement n° 2016/679 dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 modifiant la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 ainsi que toute loi ou règlement français applicable à venir.

Le membre participant peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle et de Mutuelles du Soleil Livre II, Substituante. Il pourra exercer ce droit d'accès, de rectification, de modification, de suppression ou d'opposition en s'adressant au Délégué à la Protection des Données de Mutuelles du Soleil Livre II, Substituante, à l'adresse de son siège social sis 36-36 bis avenue Maréchal Foch, CS 91296, 06005 Nice Cedex 1, ou à l'adresse mail dpo.livre2@mutuellesdusoleil.fr.

Article 59 - Collecte des données téléphoniques

Mutuelles du Soleil Livre II est amenée à recueillir des données téléphoniques. En ce sens, la Mutuelle vous informe que vous disposez d'un droit à vous inscrire gratuitement sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique intitulée BLOCTEL en vous rendant directement sur le site www.bloctel.fr.

Article 60 – Outils digitaux

Chaque membre participant bénéficie d'un droit d'accès à un espace adhérent accessible via le site internet de Mutuelles du Soleil Livre II www.mutuellesdusoleil.fr, ainsi qu'une application mobile téléchargeable gratuitement sur l'Apple Store et le Play Store. Cet espace lui permet d'effectuer différents actes de gestion dématérialisés et consulter ses remboursements.

Article 61 - Loi applicable

Le présent règlement est établi conformément aux dispositions du Code de la mutualité et de la législation nationale.

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'État membre de la Communauté européenne ou de l'État 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. À défaut de mention expresse de l'application d'une loi autre que la loi française, la loi applicable est la loi française.

Article 62 - Autorité chargée du contrôle

La Mutuelle Substituée et Mutuelles du Soleil Livre II sont soumises au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE I : PRÉCISIONS SUR CERTAINS POSTES DE PRESTATIONS

Cette annexe a pour objet de préciser certaines garanties ainsi que les documents à fournir afin de limiter le délai de traitement de vos remboursements.

Les précisions apportées ci-après ne constituent pas une liste exhaustive des documents pouvant être demandés et Mutuelles du Soleil pourra réclamer tout document complémentaire lui permettant de procéder au règlement des prestations.

Pour vérifier si vous bénéficiez des garanties ci-après détaillées, nous vous invitons à vous reporter à votre tableau de garanties.

L'ensemble des pièces justificatives peuvent nous être transmises par courrier ou en version électronique. Seuls sont acceptés les documents scannés au format PDF, les photos ne sont pas autorisées.

En tout état de cause, une facture nominative (nom et prénom) acquittée vous sera demandée pour toutes les prestations.

Afin de ne pas faire l'avance des frais pour les postes hospitalisation, optique, audiologie et dentaire, vous pouvez demander une prise en charge au professionnel de santé. Ce document devra nous être retourné dûment signé par vos soins pour les postes optique, audiologie et dentaire.

Hospitalisation :

Pour les séjours et dépassements d'honoraires :

En clinique :

- Le bordereau de la clinique acquitté ;
- S'il n'est pas acquitté, une facture acquittée des médecins.

En hôpital public : l'avis des sommes à payer au titre de recette accompagné de l'attestation de paiement.

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 et Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

Attention : la chambre particulière couvre uniquement la chambre. Les packs incluant d'autres prestations ne seront pas pris en charge.

Frais d'accompagnant

Selon la garantie souscrite, pour les enfants de moins de 16 ans et/ou les personnes âgées de 66 ans et plus, Mutuelles du Soleil 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 facture accompagnée du bulletin de situation 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. Les repas provenant de l'extérieur de l'établissement hospitalier ne seront pas pris en charge.

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.

Compensation chirurgicale

Selon la garantie souscrite, 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.

Soins courants

Consultation radiologie, kinésithérapie, pharmacie... :

- Si la facture a été réglée en totalité : nous adresser le décompte de la sécurité sociale.
- Si seule la part de mutuelle a été réglée : nous adresser le décompte de la sécurité sociale ainsi que la facture acquittée mentionnant la part de la mutuelle réglée (le tiers payant ayant été effectué pour la part de la Sécurité sociale).

Dentaire

Accord préalable de la Mutuelle : Avant toute prise en charge pour les prothèses dentaires et soins non remboursés par le régime obligatoire, le membre participant doit adresser un devis dentaire conforme à la Mutuelle.

Seuls les devis validés par la Mutuelle qui correspondent en tout point à la facturation faite par la suite pourront donner lieu à remboursement. En cas de modification du devis adressé initialement, le dentiste devra fournir un nouveau devis à soumettre à la Mutuelle.

Dans tous les cas, le devis et la prise en charge doivent être signés par le bénéficiaire des soins ou son tuteur légal s'il est mineur.

Si le membre participant change d'organisme assureur entre l'émission du devis et la réalisation effective des soins, le nouvel organisme assureur n'est tenu que dans la limite de la garantie souscrite.

Seuls les actes codifiés « TO » dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont considérés comme de l'orthodontie et seuls les actes présents dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en dentaire () peuvent être considérés comme des prothèses.

Devis dentaire conforme : le devis doit mentionner le nom et prénom du bénéficiaire des soins, le code acte CCAM, le numéro de dents traitées, le montant de la dépense, la base de remboursement, le cachet et la signature du praticien et signé par l'adhérent.

Facture conforme (en dentaire) : la facture doit reprendre les éléments du devis dentaire validé ainsi que la date de réalisation des actes, le cachet et la signature du praticien. Pour l'orthodontie, le remboursement s'effectue sur présentation d'une facture détaillée mentionnant la date de début et de fin de soins pour l'orthodontie.

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité sociale

- Si vous bénéficiez de la télétransmission avec le régime obligatoire : facture dentaire conforme acquittée.
- Si vous ne disposez pas de la télétransmission : décompte du régime obligatoire et facture dentaire conforme acquittée.

Lorsque les soins sont faits à l'hôpital, vous devez fournir l'avis des sommes à payer, le devis du dentiste ou la facture conforme détaillée. Celle-ci peut vous être adressée par l'établissement hospitalier ou sa trésorerie sur demande.

Si vous adhérez ou vous radiez en cours de traitement, le remboursement sera proratisé en fonction du temps d'adhésion effective à la Mutuelle Substituée.

Dès lors que le régime obligatoire prend en charge une période de soins d'orthodontie (orthodontie acceptée), aucun remboursement d'orthodontie non prise en charge ne pourra être effectué sur une période de soins identique, et ce même si le forfait n'a pas été utilisé dans son intégralité.

Orthodontie refusée et prothèses dentaires non remboursables

Selon la garantie souscrite, l'orthodontie et les prothèses dentaires provisoires et/ou définitives non remboursables par les régimes d'Assurance Maladie obligatoires, peuvent faire l'objet d'une couverture par Mutuelles du Soleil Livre II, selon les modalités suivantes.

Leur prise en charge sera décomptée dans la limite de la garantie souscrite. Le remboursement s'effectue sur présentation d'une facture détaillée conforme.

La date de soins prise en compte par la Mutuelle pour le remboursement de l'orthodontie refusée est la date de fin de traitement. Dans le cas où l'adhérent s'inscrit ou se radie en cours de traitement, le remboursement sera proratisé en fonction du temps d'adhésion effective à la Mutuelle Substituée.

Pour la gamme ACORIS, la Mutuelle 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.

Actes dentaires refusés par la Sécurité sociale : fournir une facture conforme détaillée acquittée.

Optique et audition

Forfait Verres et Montures : selon la garantie souscrite, 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 100 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 délivrance de l'équipement précédent. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par un changement de dioptrie, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un (1) an. Le forfait optique compris dans le reste à charge 0 est limitée à un équipement par an. Les équipements acquis au-delà de cette limite seront pris en charge pour le ticket modérateur uniquement.

Pour les Montures, verres, lentilles acceptées et prothèses auditives

Si vous bénéficiez de la télétransmission avec la Sécurité sociale et que vous avez réglé la totalité : facture acquittée accompagnée de la prescription

Si vous ne disposez pas de la télétransmission et/ou vous n'avez réglé que la part complémentaire : décompte de Sécurité sociale, facture acquittée et la prescription.

Lentilles refusées : Facture acquittée accompagnée de la prescription.

Prévention - Bien-être

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

Facture conforme : une facture nominative (nom et prénom) acquittée mentionnant la spécialité énoncée ci-après.

Forfait Cure thermale : sur prescription médicale et sur présentation de factures acquittées d'hébergement et/ou de frais de transport. Dans le cas où l'adhérent a utilisé son propre véhicule, le calcul se fera sur la base du barème fiscal de référence et sur présentation d'une copie de la carte grise du véhicule utilisé (au nom de l'adhérent), d'une attestation de cure (date de début et date de fin) et du décompte de l'organisme d'assurance maladie obligatoire.

Forfait Sport sur Ordonnance (sur présentation des justificatifs) : facture conforme acquittée de professionnels paramédicaux (kiné, ergothérapeutes et psychomotriciens), ou professionnels du sport titulaires d'un diplôme Activité Physique Adaptée et Santé (APAS) ou coach APA, prescription médicale (qui peut être délivrée par un médecin traitant), attestation papier à jour spécifiant l'ALD.

Forfait Contraception : facture conforme acquittée sur prescription médicale.

Forfait Fécondation in vitro (réalisé en France) : facture conforme acquittée.

Forfait Péridurale refusée en maternité : facture conforme acquittée.

Forfait Acte d'amniocentèse refusé : facture conforme acquittée.

Forfait Test de grossesse : facture conforme acquittée.

Forfait Protection incontinence : facture conforme acquittée.

Forfait Opération des yeux au laser (myopie, presbytie, astigmatisme, hypermétropie...) : facture conforme acquittée.

Forfait Densitométrie : facture conforme acquittée.

Forfait Bien-être : facture conforme acquittée du professionnel de santé avec les spécificités énoncées ci-après pour chacun des soins effectués : un numéro ADELI pour l'ostéopathie/chiropractie/pédicurie, un numéro d'inscription au registre national des étioopathes pour l'étiopathie, un numéro FINESS ou RPS pour l'homéopathie, une séance d'acupuncture pratiquée par un médecin, un dentiste ou une sage-femme uniquement avec un numéro FINESS ou RPS, des séances de sophrologie, ergothérapie, psychologie faites par un psychologue, naturopathe, réflexologie.

Forfait Diététique, nutrition : soins réalisés par un professionnel de santé diplômé dans la discipline. La facture doit comporter le numéro ADELI du professionnel.

Forfait Sevrage tabagique dont l'hypnose et l'acupuncture réalisées par des praticiens ayant un numéro ADELI dans le cadre du sevrage tabagique hors cigarettes électroniques et recharges.

Forfait Vaccins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire : facture conforme acquittée sur prescription médicale.

Forfait prime naissance ou Prime Maternité : pour toute naissance viable ou non, la Mutuelle 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.

SUPPLÉMENTS PRIS EN CHARGE SELON LES GARANTIES

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 ou de forfaits en euros.

Elles sont versées sur présentation de la facture et/ou de décomptes et/ou de justificatifs dûment acquittés, dans le respect le cas échéant, des exclusions conventionnelles ou légales de garantie et toujours dans la limite des dépenses engagées.

La Mutuelle pourra réclamer tout document lui permettant de procéder au règlement des prestations.

- 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).

ANNEXE II : LISTE DES DISCIPLINES MEDICO-TARIFAIRES (DMT) PRISES EN CHARGE PAR MUTUELLES DU SOLEIL

Toute autre discipline médico-tarifaire ne figurant pas sur cette liste n'est pas prise en charge par Mutuelles du Soleil.

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
100	RADIO-IMMUNOLOG	RADIO-IMMUNOLOGIE	160	CHIR MAXILLO	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
101	MÉDECINE GÉNÉRA	MÉDECINE GÉNÉRALE	161	UROLOGIE	UROLOGIE
102	MALADIE INFECTI	MALADIES INFECTIEUSES	162	O.R.L O.P.H STO	O.R.L. O.P.H. ET STOMATOLOGIE INDIFFÉRENCIÉES
103	TOXICOLOGIE	TOXICOLOGIE (Y COMPRIS L'ACTIVITÉ CENTRE ANTIPOISON)	163	GYNECO.OBSTETRI	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE INDIFFÉRENCIÉES
104	REA MEDICALE	RÉANIMATION MÉDICALE (Y COMPRIS SOINS INTENSIFS)	164	GYNECOLOGIE	GYNÉCOLOGIE
105	REANIMAT POLY	RÉANIMATION POLYVALENTE (MÉDICALE ET CHIRURGICALE, Y COMPRIS SOINS INTENSIFS)	165	OBSTETRIQUE	OBSTÉTRIQUE
106	SURVEIL MÉDECIN	SURVEILLANCE CONTINUE MÉDECINE (NON COMPRIS SOINS INTENSIFS)	166	CHRONIQUE INDIF	CHRONIQUES ET CONVALESCENTS INDIFFÉRENCIES
107	SURVEILL POLY	SURVEILLANCE CONTINUE POLYVALENTE (MÉDICALE ET CHIRURGICALE)	167	CHRONIQUE	CHRONIQUE
108	PÉDIATRIE	PÉDIATRIE INDIFFÉRENCIÉE	168	REPOS CONVALO	REPOS CONVALESCENCE RÉGIME INDIFFÉRENCIES
109	PEDIATR ENF.ADO	PÉDIATRIE ENFANTS ET ADOLESCENTS	169	REPOS	REPOS
110	PEDIATRIE	PÉDIATRIE NOUVEAUX NÉS ET NOURRISSONS INDIF	170	CONVALESCENCE	CONVALESCENCE
111	PEDIATRIE NOURR	PÉDIATRIE NOURRISSONS	171	REGIME DIETETIQ	RÉGIME (DIÉTÉTIQUE)
112	NEONATOLOGIE	NÉONATOLOGIE	172	REEDUC. POLYVAL	RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET RÉADAPTATION POLYVALENTE
113	MED. GERIATRIQU	MÉDECINE GÉRIATRIQUE	174	MEDECINE GENERA	MÉDECINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES INDIFFE
114	SPE.MED.INDIFFE	SPÉCIALITÉS MÉDICALES INDIFFÉRENCIÉES	178	REEDUC MOTRICE	RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET RÉADAPTATION MOTRICE
115	ALLERGOLOGIE	ALLERGOLOGIE	179	REEDUC. NEUROLO	RÉÉDUC. FONCTIONNELLE ET RÉADAPTATION NEUROLOG
116	DERMA.VENEREO	DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE INDIFFÉRENCIÉES	180	REEDUC RESPIRAT	RÉÉDUCATION DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES
117	DERMATOLOGIE	DERMATOLOGIE	181	CHIR GENERALE	CHIRURGIE GÉNÉRALE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALE IND
118	VÉNÉRÉOLOGIE	VÉNÉRÉOLOGIE	182	REEDUC CARDIO	RÉÉDUCATION DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES
119	ENDOCRINOLOGIE	ENDOCRINOLOGIE DIABÈTE NUTRITION MÉTABOLISME INDIFFÉRENCIES	183	OBSTETRIQUE	OBSTÉTRIQUE SANS POSSIBILITÉ CHIRURGICALE
120	ENDOCRINOLOGIE	ENDOCRINOLOGIE	184	HEPATO-DIGESTIV	RÉÉDUCATION DES AFFECTIONS HÉPATO-DIGESTIVES
121	DIABETOLOGIE	DIABÉTOLOGIE	185	REPOS CONVALO	REPOS CONVALESCENCE INDIFFÉRENCIES
122	NUTRITION METAB	NUTRITION-MÉTABOLISME	187	AUTRE REEDUC	AUTRE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET RÉADAPTATION
123	HEMATOLOGIE	HÉMATOLOGIE ET MALADIES DU SANG	189	CURE THERMALES	CURE THERMALES DES VOIES RESPIRATOIRES
124	HEPATO-GASTRO	HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE	190	CURE CARDIO-VAS	CURE THERMALE DE L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE
125	MALADIE TROP EX	MALADIES TROPICALES ET EXOTIQUES	191	CURE HEPATO-DIG	CURE THERMALE DES AFFECTIONS HÉPATO-DIGESTIVE
126	CARCINOLOGIQUE	MÉDECINE CARCINOLOGIQUE	192	CURE GENITO-URI	CURE THERMALE DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE
127	MED. CARDIO-VAS	MÉDECINE CARDIO-VASCULAIRE	194	CURE DERMATOLOG	CURE THERMALE EN DERMATOLOGIE
129	NEUROLOGIE	NEUROLOGIE	196	LUTTE CTRE ALCO	LUTTE CONTRE L'ALCOLOGIE
130	PNEUMOLOGIE	PNEUMOLOGIE INDIFFÉRENCIÉE	198	LUTTE CANCER	LUTTE CONTRE LE CANCER
131	PNEUMOLOGIE	PNEUMOLOGIE NON TUBERCULEUSE	207	S.A.M.U	S.A.M.U.
132	PHTISIOLOGIE	PHTISIOLOGIE	208	UNITE MOBIL HOS	UNITÉ MOBILE HOSPITALIÈRE
133	RHUMATOLOGIE	RHUMATOLOGIE	209	AMBULANCES	AMBULANCES
134	RADIO MED.NUCLE	RADIOTHÉRAPIE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE INDIFFÉRENCIÉE	211	ACCUEIL URGENCE	ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES MEDICO-CHIRURGI
135	RADIOTHERAPIE	RADIOTHÉRAPIE	214	POST CURE	POST-CURE POUR ALCOOLIQUE
136	MEDECINE NUCLEA	MÉDECINE NUCLÉAIRE	223	MEDECINE GENERA	MÉDECINE GÉNÉRALE OU POLYVALENTE
137	CHIRURGIE GENER	CHIRURGIE GÉNÉRALE	224	PNEUMOCOONIOSES	OBSERVATION ET TRAITEMENT DES PNEUMOCOONIOSES
138	CHIR INFANTILE	CHIRURGIE INFANTILE INDIFFÉRENCIÉE	225	MEDECINE INTERN	MÉDECINE INTERNE
139	CHIR ENF ADO	CHIRURGIE ENFANTS ET ADOLESCENTS	226	TUBER.PULMONAIR	ACC.ORIENT.MAL. ATTEINTS/SUSPECT TUBER.PULM.
140	CHIR NOUV NES	CHIRURGIE NOUVEAU-NÉS ET NOURRISSONS	230	PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE GÉNÉRALE
141	REA CHIR + SOIN	RÉANIMATION CHIRURGICALE Y COMPRIS SOINS INTENSIFS	235	NEONATOLOGIE	SOINS INTENSIF NÉONATOLOGIE
142	SURVEI CHIR	SURVEILLANCE CONTINUE EN CHIRURGIE (NON COMPRIS SOINS INTENSIFS)	236	PSYCHIATRIE ENF	PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE
143	SPECIALITE CHIR	SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES INDIFFÉRENCIÉES	239	POST-CURE	POST-CURE POUR MALADES MENTAUX
144	CHIR CARCINOLOG	CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE	240	POST CURE TOXIC	POST-CURE POUR TOXICOMANES
145	CHIR GDS BRULES	CHIRURGIE DES GRANDS BRULES	241	HYGIENE ALIMENT	HYGIÈNE ALIMENTAIRE
146	CHIR DIGESTIVE	CHIRURGIE DIGESTIVE	273	HEBERGEMENT	HÉBERGEMENT SERVICE DE SOINS DE LONGUE DURÉE
147	CHIR CARDIO	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE INDIFFÉRENCIÉE	302	CHIMIOtherapie	CHIMIOTHÉRAPIE EN HÉMATOLOGIE ET CANCÉROLOGIE
148	CHIR THOR-PUL	CHIRURGIE THORACO-PULMONAIRE	303	URGENCE MÉDICAL	URGENCE MÉDICALE (SERVICE DE PORTE)
149	CHIR VASCULAIRE	CHIRURGIE VASCULAIRE	304	TRANSPLAN FOI	TRANSPLANTATION DU FOIE
150	CHIR CADIO VAS	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE	305	TRANSPLAN RENAL	TRANSPLANTATIONS RÉNALES
151	NEURO-CHIRURGIE	NEUROCHIRURGIE	306	TRANSPLAN CARDI	TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES
152	ORTHO.TRAUMA	ORTHOPÉDIE TRAUMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE ET RÉPARATRICE INDIFFÉRENCIÉES	307	URGENCE CHIRUR	URGENCE CHIRURGICALE (SERVICE DE PORTE)
153	ORTHOPEDIE	ORTHOPÉDIE-TRAUMATOLOGIE	308	URGENCE INDIFFE	URGENCE INDIFFÉRENCIÉE (SERVICE DE PORTE)
154	CHIR PLASTIQUE	CHIRURGIE PLASTIQUE ET RÉPARATRICE	309	IVG	INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
155	O.R.L ET OPHTAL	O.R.L. ET OPHTALMOLOGIE INDIFFÉRENCIÉES	311	TRANSPLAN COEUR	TRANSPLANTATION COEUR-POUMON
156	OTORHINOLARYN	OTORHINOLARYNGOLOGIE	312	NEPHROLOGIE	NÉPHROLOGIE
157	OPHTALMOLOGIE	OPHTALMOLOGIE	314	GREFFE OSSEUSE	ALLO GREFFE DE MOELLE OSSEUSE
158	STOMATOLOGIE	STOMATOLOGIE ET CHIR. MAXILLO-FACIALE INDIF	316	TRANS ORGANE	AUTRE TRANSPLANTATION ORGANE
159	STOMATOLOGIE	STOMATOLOGIE	358	SOINS DOMICILE	SOINS A DOMICILE
361	HEMODYALISE	HÉMODIALYSE	715	SURV. MORT NOUR	SURV. CONTINUE PREVENT.MORT SUBITE NOURRISSON
362	CHIR ET OBSTE I	CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE INDIFFÉRENCIÉE	717	SOINS SPECIALI	SOINS HAUTEMENT SPÉCIALISÉS EN MÉDECINE
389	STERELITE	STÉRILITÉ	718	SOINS SPE CHIR	SOINS HAUTEMENT SPÉCIALISÉS EN CHIRURGIE
401	ACCUEIL URG	ACCUEIL ET URGENCE	719	SOINS GYNECOLOG	SOINS HAUTEMENT SPÉCIALISÉS GYNÉCO. OBSTETRIQU

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
402	SERV ACCUEIL	SERVICE D'ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES	720	REA NEONATALE	RÉANIMATION NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE
403	URGENCE PEDIATR	POLE SPÉCIALISÉ D'URGENCE PÉDIATRIE	721	RADIO METABOLIQ	RADIOTHÉRAPIE MÉTABOLIQUE (INGESTION DE SOURCE)
404	OPHTALMOLOGIE	POLE SPÉCIALISÉ D'URGENCE OPHTALMOLOGIE	722	MALADIE INFECTI	MALADIES INFECTIEUSES TROPICALES EXOTIQUES INDIFF
405	CARDIOLOGIE	POLE SPÉCIALISÉ DE CARDIOLOGIE	723	AUTODIALYSE	AUTODIALYSE
406	TRAUMATOLOGIE	POLE SPÉCIALISÉ D'URGENCE TRAUMATOLOGIE	724	SUIVI GROSSESSE	SUIVI DE GROSSESSE
407	SOS MAINS	POLE SPÉCIALISÉ SOS MAINS	725	SUIVI POST OPER	SUIVI PRE OU POST-OPÉRAIRE
462	AUTRE CURE	AUTRE CURE MÉDICALE SPÉCIALISÉE POUR ENFANT AÉRIUM	726	CONSULT MULTI	CONSULTATION MULTI DISCIPLINE
463	AUTRE CURE MED	AUTRE CURE MÉDICALE SPÉCIALISÉE POUR TOUT AGES	727	C EXTE INDIF	CONSULTATION EXTERNE INDIFFERENCIEES
465	CURE MED SPE	CURE MÉDICALE SPÉCIALISÉE	728	CARDIO INFANTIL	CARDIOLOGIE INFANTILE
466	CONVALESCENCE	CONVALESCENCE ET RÉADAPTATION POUR PERSONNES ÂGÉES	729	NEPHRO INFANTIL	NÉPHROLOGIE INFANTILE
467	CURE CARDIO ENF	CURE MÉDICALE SPÉCIALISÉE CARDIOLOGIQUE POUR ENFAN	730	CARCINOLOGIE EN	CARCINOLOGIE INFANTILE
468	CURE TOUS AGES	CURE MÉDICALE SPÉCIALISÉE CARDIOLOGIQUE TOUS AGES	731	AUTRES SPEC.PED	AUTRES SPÉCIALITÉS PÉDIATRIQUES
471	DEBILES LEGRERS	ENSEIGNEMENT POUR DÉBILES LÉGERS	732	HEPATOLOGIE	HÉPATOLOGIE
552	HEMODIALYSE	ENTR. A HÉMODIALYSE A DOMICILE ET A L'AUTO DIALYSE	733	GASTRO ENTERO	GASTRO ENTÉROLOGIE
553	DIALYSE PERITON	ENTRAÎNEMENT A LA DIALYSE PÉRITONÉALE A DOMICILE	734	REA CHIRUR PEDI	RÉANIMATION CHIRURGICALE PÉDIATRIQUE
554	DIALYSE CONTINU	ENTRAÎNEMENT A LA DIALYSE PÉRITONÉALE CONTINUE	735	REA CHIR ADULTE	RÉANIMATION CHIRURGICALE ADULTE
555	DIALYSE PERITON	DIALYSE PÉRITONÉALE	736	TRAUMATOLOGIE	TRAUMATOLOGIE
556	DIALYSE AMBULAT	DIALYSE PÉRITONÉALE AMBULATOIRE CONTINUE	737	CONVAL.READAPTA	CONVALESCENCE ET RÉADAPTATION
557	O.R.L ET STOMAT	O.R.L. ET STOMATOLOGIE INDIFFÉRENCIÉES	738	REEDUC. RHUMATO	REEDUC.FONC.ET READAPT. MOTRICE ORIENTAT. RHUMATO
595	POST NATALE	CONVALESCENCE POST NATAL	739	REEDUC. TRAUMAT	REEDUC.FONCT.READAPT.MOTRICE ORIENTAT.TRAUMATOLOGI
598	MEDECINE GENERA	MED.GEN.AVEC FREQUENT.PARTI.MALADES APPAR.CIRCUL	740	ACC.URGENCES	ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES MEDICALES
599	MEDECINE RESPIR	MED.GEN.AVEC FRÉQUENT PARTIC.MALADES RESPIRATOIRE	741	ACC TRAI URGENC	ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES CHIRURGICALES
600	MED APPAR.DIGES	MED.GEN. AVEC FRÉQUENT PART. MALADE APPAR.DIGESTIF	742	ACC. URGENCE	ACCUEIL TRAITEMENT URGENCES SPÉCIAL
601	MEDECINE AUTRE	MED.GEN.AVEC FRÉQUENT PARTICUL.MALADES AUTRES	743	IMMUNO HEMATOLO	IMMUNOHÉMATOLOGIE
602	CHIRUR GENERALE	CHIR.GEN AVEC FREQUEN.PART.MALADE NECES.OPER.V ISC	744	IMMUNO SEROLOGI	IMMUNO SÉROLOGIE
603	CHIR GENERALE	CHIR.GEN. AVEC FREQUEN.PART.MALADE.NECES.OPER. OS	745	HEMOSTASE	HÉMOSTASE
604	CURE NON SPECIA	CURE MÉD. NON SPÉCIALISÉE ENFANTS (PERMANENT	746	HEMATOLOGIE	HÉMATOLOGIE ET HÉMOSTASE
605	CURE NON SPECIA	CURE MÉD. NON SPÉCIALISÉE ENFANTS (TEMPORAIRE	747	CHIMIE	CHIMIE
606	CURE THERMALE	CURE THERMALE (MECS PERMANENTS)	748	BACTÉRIOLOGIE	BACTÉRIOLOGIE ET VIROLOGIE
607	CURE THERMALE	CURE THERMALE (MECS TEMPORAIRE)	750	TOMOGRAPHIE	TOMOGRAPHIE
608	CHRON.NON TUBER	CHRON.NON TUBER.VOIES RESP. (MECS PERM.)	751	RADIO VASCULAIR	RADIOLOGIE VASCULAIRE
609	VOIES RESPIRATO	CHRON.NON TUBER.VOIES RESP. (MECS TEMP)	752	ÉCHOGRAPHIE	ÉCHOGRAPHIE (SANS AUTRE INDICATION)
610	ENF. RHUMATISME	ENF. CONVAL.DE RHUMATISMES AIGUES (MECS PERM.)	753	IMAGERIE MAGNET	IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
611	ENF. RHUMATISME	ENF. CONVAL.DE RHUMATISMES AIGUS (MECS TEMP.)	754	IMAGERIE	AUTRE ACTIVITÉ IMAGERIE
612	ENF. DIABETIQUE	POUR ENFANTS DIABÉTIQUES (MECS PERMANENT)	755	EXPLO FONCT.ORL	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES EN O.R.L
613	ENF.DIABÉTIQUES	POUR ENFANTS DIABÉTIQUES (MECS TEMP.)	756	EXP.FONT. OPHTA	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES EN OPHTALMOLOGIE
614	ENF. ÉPILEPTIQUE	POUR ENFANTS ÉPILEPTIQUES (MECS PERM.)	760	SALLE REVEIL	SALLE DE RÉVEIL
615	ENF. ÉPILEPTIQU	POUR ENFANTS ÉPILEPTIQUES (MECS TEMP.)	761	ANESTHÉSIOLOGIE	ANESTHÉSIOLOGIE
616	DEFICIENCES TEM	DÉFICIENCES TEMP.SOMATO-PSYCHO.(MECS PERM.)	762	BLOC OPÉRAIRE	BLOC OPÉRAIRE ET STÉRILISATION INDIFFÉRENCIES
617	DEFICIENCE	DÉFICIENCE SOMATO PSYCHO	797	HÉMODIALYSE	HÉMODIALYSE POUR CHRONIQUES ADULTES
618	ENF. HEMOPHILES	POUR ENFANTS HÉMOPHILES (MECS PERM.)	798	HÉMODIALYSE ENF	HÉMODIALYSE POUR CHRONIQUES ENFANTS
619	ENF. HEMOPHILES	POUR ENFANTS HÉMOPHILES (MECS TEMP.)	799	ASS. VENTILATOI	ASS. VENTILATOIRE AVEC PROTHÈSE EXTRA-THORACIQUE
620	INFIRMES ORTHOP	POUR INFIRMES ORTHOPÉDIQUES (MECS PERM.)	800	ASSIST. VENTIL	ASSIS.VENTIL.PRESS POSITIVE CONT/AUT.TECH. PART AG
621	INFIRMES ORTHOP	POUR INFIRMES ORTHOPÉDIQUES (MECS TEMP.)	801	INSULINOTHERAPI	INSULINOTHÉRAPIE
622	ENFANT ENURETIQ	POUR ENFANTS ÉNURÉTIQUES (MECS PERM.)	803	PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE
623	ENFANT ENURETIQ	POUR ENFANTS ÉNURÉTIQUES (MECS TEMP.)	809	HÉMATOLOGIE	HÉMATOLOGIE PÉDIATRIQUE
624	AUTRE SPECIALIS	AUTRE SPÉCIALISÉE (MECS PERM.)	811	IMMUNO TISSU	IMMUNO TISSULAIRE ET AUTO IMMUNITÉ
625	AUTRE SPECIALIS	AUTRE SPÉCIALISÉE (MECS TEMP.)	812	SÉROLOGI VIRAL	SÉROLOGIE VIRALE
626	ACC ENF HERBERG	ACCUEIL DES ENFANTS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT	813	SÉROLOGI BACTE	SÉROLOGIE BACTÉRIENNE
627	MOYEN SEJOUR	MOYEN SÉJOUR INDIFFÉRENCIÉ	814	SÉROLOGI PARASI	SÉROLOGIE PARASITAIRE ET MYCOLOGIQUE
628	ORTHOPEDIE	ORTHOPÉDIE	815	ECHOCARDIOLOGIE	ECHOCARDIOLOGIE
631	GYNECOLOGIE CHI	GYNÉCOLOGIE CHIRURGICALE	816	ECHO ABDOMINALE	ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE
635	REA.NEONATALE	RÉANIMATION NÉONATALE	817	ECHO OBSTETRIQU	ÉCHOGRAPHIE EN OBSTÉTRIQUE
636	REA. PEDIATRIQU	RÉANIMATION PÉDIATRIQUE	818	ECHO VASCULAIRE	ÉCHOGRAPHIE VASCULAIRE
637	SURV. CARDIOLOG	SURVEILLANCE CONTINUE EN CARDIOLOGIE	819	AUTRES ECHO	AUTRES ÉCHOGRAPHIES
638	SURV. PEDIATRIQ	SURVEILLANCE CONTINUE EN PÉDIATRIE	825	SOINS ACCOMPAGN	SOINS ACCOMP.DES MALADES EN PHASE TERMINALE
639	SURV. NEPHROLOG	SURVEILLANCE CONTINUE EN NÉPHROLOGIE	826	TRAIT. DOULEUR	TRAITEMENT SPÉCIALISÉS CONTRE LA DOULEUR
640	SURV. UROLOGIE	SURVEILLANCE CONTINUE EN UROLOGIE	828	CURE CARDIO ART	CURE THERMALE POUR MALADIES CARDIO-ARTÉRIELLES
641	REA CARDIOLOGIE	RÉANIMATION EN CARDIOLOGIE	829	CURE NEUROLOGIE	CURE THERMALE EN NEUROLOGIE
644	NEUTRONTHERAPIE	NEUTRON THÉRAPIE	830	CURE THERMALE	CURE THERMALE POUR CURE THERMALE PSYCHOSOMATIQUE
645	OXYGENOTHERAPIE	OXYGÉNOTHÉRAPIE ISOLÉE	831	CURE PHLEBOLOGI	CURE THERMALE EN PHLÉBOLOGIE
646	ASS.TRACHEOTOMI	ASSISTANCE VENTILATOIRE SANS TRACHÉOTOMIE	832	CURE PR TROUBLE	CURE THERMALE POUR TROUBLES DU DEVELOP.CHEZ ENFAN
648	TRACHÉOTOMIE	TRACHÉOTOMIE ISOLÉE	833	CURE GYNECOLOGI	CURE THERMALE EN GYNÉCOLOGIE
649	CURE THERMALE	CURE THERM. SYST.NERVEUX AFFECT. PSYCHOSOMAT	834	CURE APP.DIGEST	CURE THERMALE POUR MALADIES APP.DIGESTIF
650	CURE THERMALE	CURE THERM. MALADIE ENDOC.TROUBLES METABOLIQ	835	CURE APP. URINA	CURE THERMALE POUR MALADIES APP. URINAIRE
651	CURE THERMALE	CURE THERMALE AFFECTIONS MUQUEUSES BUCCO-LINGUALES	957	SOINS PALIATIFS	SOINS PALIATIFS
663	NUTR.PARENTERAL	NUTRITION PARENTÉRALE POUR ENFANTS	958	SECURITE ET ENV	SÉCURITÉ ET ENVIRONNEMENT HOSPITALIER
664	NUT. ADULTES	NUTRITION PARENTÉRALE POUR ADULTES	971	CARDIOLOGIE SI	CARDIOLOGIE SOINS INTENSIFS

