mutuelles du soleil
NÉES DANS LE SUD

Règlement mutualiste

Contrats Collectifs

Applicable au 10 Novembre 2026

Numéro SIREN 782 395 511

Approuvé par le Conseil d'Administration du 9 Novembre 2026

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité
SIREN n° 782 395 511 - LEI n° 969500A45CJVFD0G8R17

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES *4*
Article 1 Objet 4
Article 2 Modifications du règlement 4
Article 3 Garanties proposées par la Mutuelle 4
Article 4 Définition des opérations collectives 4
4.1 Opérations collectives facultatives 4
4.2 Opérations collectives obligatoires 4
Article 5 Obligation d'information et devoir de conseil 4
5.1 Obligation d'information et devoir de conseil de la Mutuelle 4
5.2 Obligation d'information du souscripteur 5
5.3 Obligation d'information des membres participants 5
Article 6 Mise à disposition d'un coffre-fort numérique 5
CHAPITRE 2 L'ADHÉSION *5*
Article 7 Modalités d'adhésion 5
7.1 Particularités de l'adhésion à un contrat collectif à adhésion facultative 6
7.2 Particularités de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire 6
7.2.1 Régime de base 6
7.2.2 Régime des garanties optionnelles facultatives 7
7.2.3 Changement de garantie optionnelle 7
7.2.4 Régime sur mesure 7
Article 8 Changement de garantie 7
Article 9 Effets de l'adhésion 7
9.1 À un contrat collectif à adhésion obligatoire 7
9.2 À un contrat collectif à adhésion facultative 8
Article 10 Date d'effet, Durée et Renouvellement de l'adhésion 8
Article 11 Bénéficiaires des garanties 8
11.1 Membre participant 8
11.2 Ayants droit du membre participant 8
11.3 Adjonction des ayants droit 9
Article 12 Maintien de la garantie 9
12.1 Portabilité des droits 9
12.2 Dispositif Loi Évin 9
12.3 Cas particuliers des contrats de travail suspendus 9
Article 13 Contrats d'assurance facultatif de groupe Loi Madelin 9
CHAPITRE 3 MODALITÉS DE RÉSILIATION *10*
Article 14 Résiliation 10
14.1 Cadre général 10
14.2 Cas particulier – Résiliation du Contrat Collectif et sort de la Surcomplémentaire 10
14.3 Cas particulier – Résiliation de la Surcomplémentaire selon la garantie dite « de base » et les Options d'un contrat collectif 10
14.4 Résiliation infra-annuelle 10
14.5 Cas particulier des personnes décédées 11
14.5.1 Contrat collectif à adhésion facultative : 11
14.5.2 Contrat collectif à adhésion obligatoire : 11
Article 15 Résiliation pour sortie du champ d'application du contrat collectif 11
Article 16 Radiation pour fausses déclarations 11
16.1 Radiation pour fausses déclarations intentionnelles 11
16.2 Radiation pour fausses déclarations non intentionnelles 11
Article 17 Radiation pour non-paiement des cotisations 12
Article 18 Radiation des ayants droit 12
18.1 Cadre général 12
18.2 Cas particulier des enfants à charge de moins de 28 ans 12
18.3 Radiations dérogatoires 12
18.3.1 Radiation pour Complémentaire Santé Solidaire (ancienne CMU-C Solidaire) d'un contrat collectif facultatif ou obligatoire 12
18.3.2 Radiation dans le cadre de la loi Évin 12
18.3.3 Cas de dispense d'affiliation à un contrat collectif obligatoire 13
18.4 Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant 13
18.5 Suspension des cotisations pour cause de mobilisation ou de départ à l'étranger 13
Article 19 Radiation du régime optionnel des contrats collectifs à adhésion obligatoire 13
19.1 Cadre général 13
19.2 Radiation pour résiliation du contrat principal 13
Article 20 Conséquences de la résiliation, de la radiation, de la suspension du contrat 13
CHAPITRE 4 COTISATIONS *14*
Article 21 Fixation des cotisations 14
Article 22 Modulation des cotisations 14
22.1 Cadre général 14
22.2 Cas particulier des contrats collectifs à adhésion obligatoire 14
22.3 Gratuité des enfants selon les garanties 14
Article 23 Modalités de paiement des cotisations 14
Article 24 Non-paiement des cotisations 15
24.1 Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation 15
24.1.1 Non-paiement du régime obligatoire : 15
24.1.2 Non-paiement du régime optionnel ou facultatif pour les ayant droit 15

24.2 Lorsque le contrat collectif obligatoire résulte d'une convention de branche, d'un accord professionnel ou d'un accord interprofessionnel régi par l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale 15
24.3 Lorsque, dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations 16
Article 25 Procédure de recouvrement par voie contentieuse 16
Article 26 Modalités de remboursement des cotisations trop perçues en cas de radiation 16
Article 27 Responsabilité fiscale et comptable de la personne morale 16
CHAPITRE 5 GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTE - GAMME Mutuelles du Soleil Livre II 16
Section 1 Prestations accordées par la mutuelle 16
Article 28 Étendue des prestations 16
28.1 Cadre général 16
28.2 Soins à l'étranger 17
28.3 Cas particulier des Actes de Prévention 17
Article 29 Conditions de remboursement 17
29.1 Cadre général 17
29.1.1 En cas de télétransmission 17
29.1.2 Hors cas de télétransmission 17
29.2 Principe de compensation des créances réciproques 17
29.3 Délais de versement des prestations 17
Article 30 Respect de la Charte des Contrats Responsables 17
30.1 Prestations non couvertes par les contrats responsables 17
30.2 Prestations obligatoirement couvertes par les contrats responsables 18
30.3 Prestations obligatoirement couvertes par les contrats collectifs obligatoires 18
Article 31 Prescription 18
Article 32 Ticket modérateur 18
Article 33 Carte Vitale 18
Article 34 Carte de Tiers Payant 18
Article 35 Tiers Payant 19
Article 36 Précisions sur les garanties et pièces justificatives à fournir 19
36.1 Date des devis des professionnels de santé 19
36.2 Durée de validité de l'accord de prise en charge 19
Article 37 Disciplines Médico-Tarifaires et Groupes Homogènes de Séjours 19
Article 38 Contrôle médical 19
Article 39 Principe indemnitaire - Pluralité de débiteurs 19
Article 40 Mandat auprès des Prestataires de Santé 20
Section 2 Accident de droit commun 20
Article 41 Subrogation 20
Article 42 Conditions des garanties 20
Section 3 Accident du travail 21
Article 43 Recours 21
Section 4 Champ d'application des garanties 21
Article 44 Risques hors du champ d'application des garanties 21
CHAPITRE 6 GARANTIE « FRAIS D'OBSÈQUES » 21
Article 45 Risque garanti 21
Article 46 Adhésion Durée Effet 21
Article 47 Modalités de radiation 21
Article 48 Cotisations 22
Article 49 Règlement des prestations 22
Article 50 Dispositif de lutte contre les contrats dits « en déshérence » 22
50.1 Cadre légal 22
50.2 Interlocuteur Privilégié et prévention du risque de déshérence 22
50.3 Saisine de l'AGIRA 22
CHAPITRE 7 GARANTIE(s) Surcomplémentaire(s) 22
Article 51 Risque garanti & Applications des stipulations du règlement mutualiste 22
CHAPITRE 8 DISPOSITIONS DIVERSES 23
Article 52 Commission Sociale 23
Article 53 Réclamation - Médiation de la consommation 23
Article 54 Lutte contre la Fraude – ALFA – Partage d'informations 23
Article 55 Informatique et liberté 23
Article 56 Collecte des données téléphoniques 24
Article 57 Outils digitaux 24
Article 58 Contrat collectif facultatif - Consentement à recevoir des envois recommandés électroniques 24
Article 59 Loi applicable 24
Article 60 Autorité chargée du contrôle 24
ANNEXE I : PRECISIONS SUR CERTAINS POSTES DE PRESTATIONS 25
ANNEXE II : LISTE DES DISCPLINES MEDICO-TARIFAIRES (DMT) PRISES EN CHARGE PAR MUTUELLES DU SOLEIL LIVRE II 29

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 Objet

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles Mutuelles du Soleil Livre II, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, assure les garanties souscrites par ses membres participants, dans le cadre d'opérations collectives, à l'exception de celles bénéficiant d'un règlement spécifique ou dédié. Les dispositions du présent règlement s'appliquent à tous les membres participants et à leurs ayants droit inscrits en tant que tels lors de l'adhésion. Le présent règlement s'applique à toutes les opérations collectives assurées par la Mutuelle, à l'exception de celles bénéficiant d'un règlement spécifique ou dédié. Il s'applique également à toutes les opérations collectives transférées par les anciennes mutuelles qui ont été absorbées par Mutuelles du Soleil Livre II (et notamment la mutuelle substituée GANGEOISE, n° SIREN 776.001.158, absorbée rétroactivement au 1er janvier 2020), la mutuelle MCM CORSE (Mutuelle Chirurgicale Médicale Corse, n° SIREN 333.173.128) absorbée rétroactivement au 1er janvier 2022 et la Mutuelle Professionnelle des Transports Urbains Cannois (MPTUC, n° SIREN 430.184.507) absorbée rétroactivement au 1er janvier 2024.
Le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et Mutuelles du Soleil Livre II en ce qui concerne les prestations et les cotisations.
Les membres participants sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux Statuts de Mutuelles du Soleil Livre II.
Le présent règlement mutualiste est élaboré par le Conseil d'Administration.
Le présent règlement mutualiste 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.

Article 2 Modifications du règlement

Les modifications du Règlement sont approuvées par le Conseil d'Administration et portées à la connaissance des membres participants et honoraires par une mise à disposition permanente sur le site https://www.mutuellesdusoleil.fr .et l'application mobile de Mutuelles du Soleil.
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 l'application mobile de Mutuelles du Soleil et peut être adressé à chaque membre sur simple demande de sa part.

Article 3 Garanties proposées par la Mutuelle

Les garanties constituent les prestations donnant lieu à un remboursement, 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 « Allocations Forfaitaires Perte de Revenu » et « Garantie Hospitalière » ;

Conformément aux dispositions des articles L. 116-1 et suivants du Code de la Mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II peut proposer des garanties dont le risque est porté par un autre organisme, et plus généralement, tous produits de prévoyance, épargne, retraite et assurantiels proposés par Mutuelles du Soleil Livre II et rentrant dans son objet.
D'autres types de garanties peuvent être présentés pour le compte de tiers (institutions de prévoyance, organismes d'assurance relevant du Code de la Mutualité ou du Code des Assurances,...). Les membres participants peuvent y souscrire librement et en connaissance de cause, auprès du tiers concerné par l'intermédiaire de Mutuelles du Soleil Livre II.
Les contrats souscrits auprès de tiers mais distribués et / ou gérés par Mutuelles du Soleil Livre II sont régis par les dispositions contractuelles émises par ces tiers.

Article 4 Définition des opérations collectives

4.1 Opérations collectives facultatives

Conformément aux dispositions de l'article L 221-2 III 1° du Code de la mutualité, est définie comme l'opération facultative par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhèrent librement à une mutuelle ou à une union par l'effet de l'adhésion de leur mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques liés à la personne humaine, à la protection juridique, à l'assistance ou au chômage, pour lesquels la mutuelle est agréée ou présente des garanties assurées par une mutuelle ou une union agréée pour elles ; les salariés et les membres de la personne morale qui adhèrent deviennent, à compter de cette date, membres participants de la mutuelle ou de l'union.
La personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de Mutuelles du Soleil Livre II dans les conditions définies par les statuts.

4.2 Opérations collectives obligatoires

Conformément aux dispositions de l'article L 221-2 III 2° du Code de la mutualité, est définie comme l'opération obligatoire par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques liés à la personne humaine ou au chômage pour lesquels cette mutuelle ou cette union est agréée ou présente des garanties assurées par une mutuelle ou une union agréée pour elles ; à la date de leur affiliation, les salariés deviennent membres participants de la mutuelle ou de l'union.
La personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de Mutuelles du Soleil Livre II dans les conditions définies par les statuts.

Article 5 Obligation d'information et devoir de conseil

5.1 Obligation d'information et devoir de conseil de la Mutuelle

Conformément à l'article L. 221-4 du Code de la mutualité, pour les opérations collectives prévues au III de l'article L. 221-2, Mutuelles du Soleil Livre II remet au membre participant ou futur membre participant, avant la souscription du contrat, les statuts, le règlement, une fiche standardisée d'information ainsi qu'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 Mutuelles du Soleil Livre II sur le site Internet: www.mutuellesdusoleil.fr et l'application mobile de Mutuelles du Soleil.

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.
L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de Mutuelles du Soleil Livre II à chaque membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par Mutuelles du Soleil Livre II.
La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

5.2 Obligation d'information du souscripteur

Dans le cadre des contrats collectifs, le souscripteur (employeur) est tenu de déclarer à Mutuelles du Soleil Livre II, les salariés éligibles au contrat et, le cas échéant, leurs ayants droit, dans le mois suivant leur entrée dans l'entreprise ou leur éligibilité au contrat ainsi que la durée de portabilité éventuellement fixée au sein de l'entreprise, conformément aux dispositions de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 14 janvier 2008 modifiées par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.
Le souscripteur (employeur) doit également déclarer à Mutuelles du Soleil Livre II, la sortie des personnes éligibles au contrat collectif et le cas échéant, leurs ayants droit, dans le mois qui suit la fin de droits du salarié selon la durée de portabilité éventuellement fixée au préalable par le souscripteur.
À défaut, la cotisation sera due pour la période pendant laquelle le risque a continué de courir et la radiation ne sera prise en compte qu'au premier jour du mois suivant sa notification à Mutuelles du Soleil Livre II.

5.3 Obligation d'information des membres participants

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de son adhésion. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration peut entraîner sa déchéance et les sanctions prévues aux Statuts et Règlements.
Le membre participant est tenu d'informer Mutuelles du Soleil Livre II de toutes modifications de ses coordonnées bancaires dans un délai d'un (1) mois.
Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer Mutuelles du Soleil Livre II et le souscripteur, dans un délai de trois (3) mois, de toutes les modifications concernant :

- son état civil ;
- son adresse ;
- sa situation matrimoniale ;
- sa situation familiale ;
- sa situation socioprofessionnelle ;
- son ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires ;
- son adhésion à une association partenaire le cas échéant (uniquement pour le produit INTI ASSO) ;
- et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour Mutuelles du Soleil Livre II.

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.

Article 6 Mise à disposition d'un coffre-fort numérique

Mutuelles du Soleil Livre II communiquera les informations ou les documents relatifs à la gestion des garanties souscrites sur un support durable autre que le papier. Ces informations et documents sont accessibles pendant cinq (5) ans à compter de leur dépôt par le biais d'un espace personnel sécurisé, appelé Coffre-Fort numérique, mis à la disposition de l'adhérent par Mutuelles du Soleil Livre II. Ce Coffre-Fort numérique est accessible depuis l'espace adhérent, depuis l'application mobile Mutuelles du Soleil ou depuis le site www.mutuellesdusoleil.fr
L'employeur ou la personne morale ou le membre participant doit informer Mutuelles du Soleil Livre II si ce mode de communication n'est pas ou n'est plus adapté à la situation du membre participant.
L'employeur ou la personne morale n'a, à aucun moment, accès à l'espace personnel sécurisé du membre participant.
L'employeur ou la personne morale accepte que tous les documents ou toutes les informations adressées pour la gestion des garanties souscrites au membre participant soient transmises par voie électronique et dématérialisée.
À cette fin lors de son affiliation en tant que salarié, le membre participant fournit à Mutuelles du Soleil Livre II une adresse électronique valide.
L'employeur ou la personne morale ou le membre participant peut, à tout moment, s'opposer à l'utilisation de ce support durable et à ce que les informations ou les documents relatifs à la gestion des garanties souscrites auprès de Mutuelles du Soleil Livre II soient adressées sur support papier (sans frais) dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment en en faisant la demande par mail à resiliation-coffre-fort@mutuellesdusoleil.fr ou par courrier à: Mutuelles Du Soleil LII - Service Éditique Désabonnement CF - 6 Avenue du Parc Borély - CS 60013 - 13 295 Marseille Cedex 8.
Les conditions d'utilisation du Coffre-Fort numérique sont régies par des conditions générales d'utilisation accessibles par le membre participant à la page dédiée http://www.mutuellesdusoleil.fr/images/documents/reglement/cgu-coffre-fort-numerique-vf-version-avec-adresse-et-logo.pdf qu'il accepte à sa première connexion.

CHAPITRE 2 L'ADHÉSION

Mutuelles du Soleil Livre II assure des garanties dite « de base », des garanties optionnelles facultatives et des garanties surcomplémentaires.

Article 7 Modalités d'adhésion

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

Concernant les contrats souscrits avant le 1er février 2021, le contrat est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.
Concernant les contrats souscrits ou ayant une date de prise d'effet après le 1er février 2021, le contrat est souscrit pour une année entière (de date à date) et vient à échéance à la date anniversaire du contrat.

Passée cette date, il est renouvelable par tacite reconduction sauf demande de révision ou de dénonciation envoyée par lettre recommandée avec avis de réception deux (2) mois avant la date d'échéance, conformément à l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, Par bénéficiaire, il faut entendre le membre participant et les ayants droit par lui désignés lors de la souscription, lors de la signature du bulletin d'adhésion ou dans la déclaration sociale nominative (DSN), conformément à l'article 10 du présent règlement, pour lesquelles l'assuré a demandé l'affiliation à Mutuelles du Soleil Livre II et acquitté les cotisations correspondantes.

Concernant les options des contrats collectifs ou les contrats à adhésion facultative, le bénéficiaire devra fournir à Mutuelles du Soleil Livre II :

- son ou ses attestations de droits à l'assurance maladie de moins de 3 mois,
- son RIB pour le paiement des prestations,
- le SEPA et un relevé d'identité bancaire correspondant pour les parts optionnelles,
- l'attestation de vie commune ou copie du PACS le cas échéant,
- une photocopie recto-verso de la pièce d'identité (passeport, carte nationale d'identité et carte de séjour. Le permis de conduite est également accepté comme pièce d'identité à condition que la photo soit ressemblante.) en cours de validité.

7.1 Particularités de l'adhésion à un contrat collectif à adhésion facultative

Les membres de la personne morale souscriptrice adhèrent librement à Mutuelles du Soleil Livre II en vue de se couvrir contre les risques garantis.
Les contrats collectifs à adhésion facultative visent à garantir un ensemble de bénéficiaires d'une même entité (collectivité, association...).
Chaque membre participant assuré doit signer un bulletin d'adhésion à la souscription initiale du contrat ou un bulletin avenant lors de tout changement de garantie. L'adhésion sera effective au plus tôt le 1er jour de leur adhésion à ladite association.
En cas de non-respect des conditions ci-dessus, Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit de dénoncer le contrat collectif dans un délai de deux (2) mois avant la date d'échéance, comme précisé ci-dessus.
À l'échéance annuelle, tout membre participant du Collège Collectif souhaitant, pour des raisons personnelles, souscrire une garantie du Collège Individuel, pourra le faire et sera maintenu dans ce dernier jusqu'au terme de son adhésion. Ce transfert de contrat sera irréversible.
Pour une adhésion à une garantie INTI ASSO et son renouvellement, le membre participant doit pouvoir justifier à l'adhésion et à chaque renouvellement du contrat qu'il est membre de l'association partenaire.

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,
- 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 du membre participant et du payeur de cotisation si différent. Le permis de conduite est également accepté comme pièce d'identité à condition que la photo soit ressemblante,
- un mandat SEPA ainsi qu'un relevé d'identité bancaire si ce mode de règlement est choisi.
- 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, il devra également fournir une photocopie de la pièce d'identité du payeur en cours de validité, son relevé d'identité bancaire et signer le mandat SEPA.
- le cas échéant, l'attestation de déclaration de vie commune (complétée et signée) ou une attestation de PACS,
- le cas échéant pour les travailleurs non-salariés, une photocopie de l'extrait K bis ou des statuts de l'entreprise,
- le cas échéant une attestation sur l'honneur d'être un travailleurs non-salariés à la retraite et ayant pu bénéficier de la loi Madelin,
- le certificat de radiation (à retourner au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II) 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, aucun délai de stage ne sera appliqué,
- le cas échéant, 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%).

7.2 Particularités de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire

7.2.1 Régime de base

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

- offre standard ;
- offre sur-mesure ;
- offre conventionnelle.

Sont immédiatement admis comme bénéficiaires, à la date d'effet du contrat, les membres participants éligibles.
Les salariés sont admis, après la date d'effet du contrat, comme bénéficiaires :

- Soit au jour de leur embauche ou au 1er jour du mois au cours duquel ils ont été embauchés dans l'entreprise déclarée par l'employeur ;
- Soit au lendemain de la fin de la dispense d'affiliation ou au 1er jour du mois au cours duquel la dispense d'affiliation a pris fin

7.2.2 Régime des garanties optionnelles facultatives

Le régime optionnel a pour objet de compléter le régime « de base » à adhésion obligatoire, si le contrat collectif le prévoit.

Mutuelles du Soleil Livre II peut proposer plusieurs options selon ses garanties. Concernant la gamme USIL les options permettent de passer d'une garantie USIL à une garantie USIL supérieure de un (1) ou plusieurs niveaux.

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

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

L'adhésion au régime optionnel est proposée à l'ensemble des bénéficiaires du régime de base.

Pour adhérer au régime optionnel, le salarié doit en faire expressément la demande dans les trente (30) jours suivant la date de son adhésion au contrat collectif obligatoire. À défaut, il pourra adhérer, en envoyant sa demande au moins un (1) mois avant la date d'échéance annuelle.

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

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

Passé ce délai, le salarié peut renoncer au bénéfice de ce régime en adressant une lettre recommandée, à Mutuelles du Soleil Livre II, deux (2) mois avant la date d'échéance annuelle.

Formalités d'adhésion au régime optionnel : conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, l'engagement réciproque du membre participant et de Mutuelles du Soleil Livre II 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. Mutuelles du Soleil Livre II 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.

7.2.3 Changement de garantie optionnelle

a) Pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire : si l'entreprise souscriptrice d'un contrat collectif obligatoire a également souscrit pour ses salariés, des garanties optionnelles telles que définies à l'article 6.2.2 le membre participant ayant choisi l'une ou l'autre desdites garanties optionnelles, pourra demander le changement de garantie à la hausse ou à la baisse un mois avant la date d'échéance annuelle.

La nouvelle garantie prendra effet à la date d'échéance du contrat initial. Le changement sera définitif, sauf en cas de difficultés financières avérées lors d'un changement vers la garantie optionnelle inférieure.

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

b) Pour les contrats collectifs à adhésion facultative : un changement de garantie peut intervenir une (1) fois par an à échéance par avenant au contrat.

7.2.4 Régime sur mesure

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

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

Article 8 Changement de garantie

Le souscripteur du contrat collectif peut demander un changement de garantie à chaque échéance annuelle du contrat et en faisant la demande au moins deux (2) mois avant.

Concernant les garanties INTI, INTI ASSO ou IDÉALE, le membre participant peut librement faire le choix d'une garantie inférieure ou d'une garantie supérieure en cours d'année autant de fois qu'il le désire, par avenant au contrat.

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

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

Chaque salarié concerné devra remplir et signer un bulletin d'adhésion avenant, mentionnant éventuellement l'ensemble de ses ayants droit.

La nouvelle garantie reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.

Article 9 Effets de l'adhésion

9.1 À un contrat collectif à adhésion obligatoire

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

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

En tout état de cause, seuls les soins, ayant une date de début postérieure à la date d'effet de l'adhésion, pourront donner lieu à remboursement.

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

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

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

- À informer Mutuelles du Soleil Livre II de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers ;
- À informer Mutuelles du Soleil Livre II lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle souscrite auprès d'elles ;

- À régler les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées avec Mutuelles du Soleil Livre II ;
- À restituer toutes les cartes de tiers payant en cas de résiliation.

9.2 À UN CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

En cas de prélèvement automatique, le paiement de la première échéance de cotisation pourra être effectuée par carte bancaire prélèvement, 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 Mutuelles du Soleil, sera intégralement refusé.
En adhérant à Mutuelles du Soleil Livre II, le membre participant ou honoraire devient membre de droit de Mutuelles du Soleil Livre III.
Dès lors qu'il devient membre participant, l'adhérent s'engage :

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

Article 10 DATE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-9 du Code de la mutualité, **l'engagement contractuel du membre participant peut prendre effet à la date mentionnée au contrat collectif signé par le souscripteur.**
Pour toute nouvelle adhésion intervenant après cette date, la date d'effet de l'adhésion d'un membre participant et/ou de ses ayants droit, correspondra :

- **Dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, les salariés soit au jour de leur embauche ou au 1er jour du mois au cours duquel ils ont été embauchés au sein de l'entreprise déclarée par son employeur, soit au lendemain de la fin de la dispense d'affiliation ou du 1er jour du mois au cours duquel la dispense d'affiliation a pris fin ;**
- **Dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, au lendemain de la demande de souscription accompagnée de toutes les pièces justificatives. Dans ce cadre, pour les contrats souscrits avant le 1er février 2021, l'adhésion implique l'affiliation pour l'année civile complète et la couverture de tous les bénéficiaires déclarés par le souscripteur, entrant dans le champ d'application de l'article 9 du présent règlement. Pour les contrats souscrits ou ayant une date de prise d'effet après le 1er février 2021, l'adhésion implique l'affiliation pour une année entière (de date à date) et la couverture de tous les bénéficiaires déclarés, entrant dans le champ d'application de l'article 9 du présent règlement.**

Pour les contrats souscrits avant le 1er février 2021, l'adhésion à Mutuelles du Soleil est reconduite tacitement d'année en année, sauf résiliation, radiation ou exclusion suivant les modalités prévues aux articles du présent règlement.
Pour les contrats souscrits ou ayant une date de prise d'effet après le 1er février 2021, l'adhésion à Mutuelles du Soleil est reconduite tacitement à chaque date anniversaire d'adhésion pour une nouvelle année entière, sauf résiliation, radiation ou exclusion.

Article 11 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

11.1 MEMBRE PARTICIPANT

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

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

11.2 AYANTS DROIT DU MEMBRE PARTICIPANT

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

- son conjoint :
  - époux légitime ;
  - concubin reconnu, tel que défini par l'article 515-8 du Code civil ;
  - partenaire, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil, lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
- ses enfants à charge :
  - Sont considérés comme à charge au sens de la Sécurité sociale les enfants du membre participant ou de son conjoint âgé de moins de 20 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement ;
  - Sont assimilés aux enfants de moins de 20 ans
    - les enfants de moins de 28 ans qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité.
    - les enfants de moins de 28 ans qui sont engagés au Service Civique tel que créé par la loi n°2010-241 du 10 mars 2010 et l'article L111-2 du Code du Service national et peuvent en justifier par un certificat.
    - les enfants de moins de 28 ans, demandeurs d'emploi percevant une allocation inférieure à 55% du SMIC pouvant en justifier par une notification de POLE EMPLOI, à défaut une attestation sur l'honneur des parents précisant que l'enfant n'a pas d'activité rémunérée (salaire ou indemnité) ;

- les enfants de moins de 28 ans qui sont en apprentissage, en contrat de professionnalisation, en contrat de formation en alternance … et perçoivent une rémunération inférieure au SMIC ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage, de formation en alternance … ainsi que les trois derniers bulletins de salaire ;
- les enfants handicapés rattachés au foyer fiscal du membre participant atteints d'une incapacité permanente, reconnue au sens de l'article 169 du Code de la famille et de l'aide sociale, suite à une infirmité ou une maladie incurable.

- les personnes à sa charge au sens du Code de la Sécurité sociale pour lesquelles le membre participant a demandé l'affiliation à Mutuelles du Soleil Livre II et acquitte les cotisations correspondantes.

Il est rappelé que le membre participant peut faire bénéficier à ses ayants droit de certaines des garanties attachées au contrat souscrit. À cette fin, le membre participant est amené à communiquer des données à caractère personnel relatives aux ayants droit, à Mutuelles du Soleil Livre II, Responsable de traitement, aux fins de gestion du contrat de complémentaire santé et des prestations dont ils bénéficieraient. Le membre participant garantit à Mutuelles du Soleil Livre II qu'il a obtenu les autorisations nécessaires ou qu'il a l'autorité requise pour transmettre ces données. Le membre participant se porte garant de Mutuelles du Soleil Livre II en cas de recours de la part des ayants droit sur le terrain de la réglementation RGPD.

11.3 Adjonction des ayants droit

a) Pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire, la possibilité d'ajouter les ayant droit aux contrats dépend des dispositions législatives et règlementaires, ou le cas échéant, des conventions et accord collectifs, ou d'une décision ratifiée à la majorité des intéressés, ou encore d'une décision unilatérale de l'employeur, conformément aux articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.
b) Pour les régimes optionnels : l'ajout des ayant droits se fera à la date de l'évènement si la demande est faite dans le mois qui suit l'évènement, ou le premier jour du mois suivant si la demande est faite au-delà d'un mois.
c) Pour les contrats collectifs à adhésion facultative, seul le membre participant peut demander à tout moment l'adjonction d'un de ses ayants droit. L'adjonction sera effective au plus tôt, au lendemain de la signature de l'avenant.
La date d'effet de l'adhésion d'un enfant nouveau-né ou d'un enfant adopté d'un membre participant correspondra à sa date de naissance ou à sa date d'adoption si l'enfant est inscrit dans les 3 premiers mois de sa naissance ou de son adoption. Au-delà, l'adhésion sera effective au plus tôt, le premier jour du mois suivant la demande de l'adhérent.

Article 12 Maintien de la garantie

12.1 Portabilité des droits

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

12.2 Dispositif Loi Évin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Évin » modifiée par la loi n° 94-678 du 8 août 1994, lorsque des salariés sont garantis collectivement dans les conditions prévues à l'article 2 de la « Loi Évin », le contrat collectif obligatoire doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats par lesquels l'organisme maintient cette couverture.
Sont concernés par ce dispositif sans condition de durée et sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six (6) mois suivant la rupture de leur contrat de travail, les anciens salariés, bénéficiaires :

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

Sont concernés par ce dispositif pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter de la date de décès et sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès, les personnes garanties du chef de l'assuré décédé (ses ayants droit).
En application du décret 2017-372 du 21 mars 2017, **un plafonnement progressif est applicable aux contrats souscrits ou aux adhésions intervenues à compter du 1er juillet 2017. À compter de cette date, les nouvelles conditions tarifaires sont :**
- pour la 1ère année faisant suite à la sortie du contrat d'assurance collectif, les tarifs ne pourront pas être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- pour la 2ème année, ces tarifs ne pourront être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- pour la 3ème année qui suit la sortie du contrat d'assurance collectif, ces tarifs ne pourront être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

12.3 Cas particuliers des contrats de travail suspendus

Conformément aux dispositions du Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale (BOSS) (section 1, A. paragraphe 1440) , l'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail donnant lieu à versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (ce y compris un maintien de salaire (total ou partiel), des indemnités journalières complémentaires financées (en tout ou partie, directement ou indirectement, par l'employeur) sauf dispositions plus favorables de la convention collective nationale applicable.
Lorsque la suspension de contrat de travail n'est pas indemnisée, les garanties peuvent être suspendues de plein droit à l'égard de chaque bénéficiaire et à compter de la date de suspension de contrat de travail.

Article 13 Contrats d'assurance facultatif de groupe Loi Madelin

L'article 154bis du Code Général des Impôts autorise, dans certaines conditions et limites, la déduction des cotisations versées au titre de contrats d'assurance de groupe lorsqu'ils ont pour objet le financement de régimes complémentaires de retraite garantissant un revenu viager, de prestations de prévoyance complémentaire, ou la couverture du risque de perte d'emploi subie.
Sous l'appellation de « prévoyance complémentaire » sont regroupés les contrats d'assurances souscrits dans le but de garantir soit le paiement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à une maternité, soit le paiement de prestations en nature s'ajoutant à celles résultant d'un régime obligatoire (complément de remboursement d'honoraires, de médicaments, de prothèses dentaires, etc.), soit le versement d'un capital ou d'une rente « décès » ou « invalidité permanente » (BOI-BIC-CHG-40-50-40-10 n° 30, 27-10-2014.)

Toute personne qui demande son adhésion ou le renouvellement de son adhésion à un contrat d'assurance de groupe souscrit par l'un des groupements mentionnés ci-dessus doit justifier auprès du groupement souscripteur du contrat qu'elle est à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées.

CHAPITRE 3 MODALITÉS DE RÉSILIATION

Article 14 Résiliation

14.1 Cadre général

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée ou sur tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 à Mutuelles du Soleil Livre II au moins deux (2) mois avant la date d'échéance.
Mutuelles du Soleil Livre II peut, dans les mêmes conditions, résilier les contrats collectifs en respectant un délai de prévenance de deux (2) mois.
Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à Mutuelle du Soleil Livre II toutes les cartes de tiers payant en sa possession et à informer de sa radiation les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.
En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge des frais par Mutuelles du Soleil Livre II, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. Mutuelles du Soleil Livre II opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

14.2 Cas particulier – Résiliation du Contrat Collectif et sort de la Surcomplémentaire

Si le membre participant avait adhéré à une garantie collective « INTI 60 », « INTI ASSO 60 », ou « INTI 80 », « INTI ASSO 80 » ou « USIL 60 » ou « USIL 80 » en base ou en option facultative et une garantie surcomplémentaire (Surco 1, Surco 2, Surco 3) ou à une garantie collective « INTI » ou « INTI ASSO » ou « USIL » et à la garantie surcomplémentaire Surco Bien-être et que la garantie collective « INTI » ou « INTI ASSO » ou « USIL » venait à être résiliée, la garantie surcomplémentaire (Surco 1, Surco 2, Surco 3 ou Surco Bien-être) sera alors résiliée de plein droit, dans les mêmes délais que ceux associés à la résiliation de la garantie collective « INTI », « INTI ASSO »ou « USIL ».
Si le membre participant avait adhéré à une garantie collective « IDÉALE » ou « INTÉGRALE » et à la garantie surcomplémentaire Surco Mieux-Être et que la garantie collective « IDÉALE » ou « INTÉGRALE » venait à être résiliée, la garantie surcomplémentaire Surco Mieux-Être sera résiliée de plein droit, dans les mêmes délais que ceux associés à la résiliation de la garantie collective « IDÉALE » ou « INTÉGRALE ».

Si le membre participant avait adhéré à une garantie collective « MDS PRO » en base (MDS Base 1, MDS Base 2, MDS Base 3, MDS Base 4, MDS Base 5) et une garantie surcomplémentaire (« MDS 12 », « MDS 13 », « MDS 23 », « MDS 24 », « MDS 34 », « MDS 35 », « MDS 45 ») et que la garantie collective « MDS PRO » en base venait à être résiliée, la garantie surcomplémentaire (« MDS 12 », « MDS 13 », « MDS 23 », « MDS 24 », « MDS 34 », « MDS 35 », « MDS 45 ») sera résilié de plein droit, dans les mêmes délais que ceux associés à la résiliation de la garantie collective « MDS PRO » en base.
Si le membre participant avait adhéré à une garantie collective « Expert Pro » en base (Expert Pro Base 1, Expert Pro Base 2, Expert Pro Base 3, Expert Pro Base 4, Expert Pro Base 5) et une garantie surcomplémentaire (« Expert Pro 12 », « Expert Pro 13 », « Expert Pro 23 », « Expert Pro 24 », « Expert Pro 34 », « Expert Pro 35 », « Expert Pro 45 »,) et que la garantie collective « Expert Pro » en base venait à être résiliée, la garantie surcomplémentaire (« Expert Pro 12 », « Expert Pro 13 », « Expert Pro 23 », « Expert Pro 24 », « Expert Pro 34 », « Expert Pro 35 », « Expert Pro 45 ») sera résilié de plein droit, dans les mêmes délais que ceux associés à la résiliation de la garantie collective « Expert Pro» en base.

Il est précisé que, à l'inverse, la résiliation de la garantie surcomplémentaire (Surco 1, Surco 2, Surco 3 ou Surco Bien-être ou Surco Mieux-Être ou MDS 12, MDS 13, MDS 23, MDS 24, MDS 34, MDS 35, MDS 45, ou Expert Pro 12, Expert Pro 13, Expert Pro 23, Expert Pro 24, Expert Pro 34, Expert Pro 35, Expert Pro 45) n'entraine pas la résiliation de la garantie collective « INTI », « INTI ASSO » ou « USIL » ou « IDÉALE » ou « INTÉGRALE » OU « MDS PRO » ou « Expert Pro ».
La garantie « INTI ASSO » ne propose pas d'option facultative.

14.3 Cas particulier – Résiliation de la Surcomplémentaire selon la garantie dite « de base » et les Options d'un contrat collectif

Il est rappelé que les garanties surcomplémentaire (Surco 1, Surco 2, Surco 3) peuvent être souscrites par les adhérents couverts par les garanties INTI 60, INTI ASSO 60 ou INTI 80, INTI ASSO 80 ou USIL 60 ou USIL 80. La garantie surcomplémentaire Surco Bien-être peut être souscrite par les adhérents couverts par une garantie INTI, INTI ASSO ou USIL. La garantie surcomplémentaire Surco Mieux-être peut être souscrite par les adhérents couverts par une garantie « IDÉALE » ou « INTÉGRALE ». Les garanties INTI 60, INTI ASSO 60 ou INTI 80, INTI ASSO 60 ou USIL 60 ou USIL 80 peuvent être obtenues en adhérant à la fois à une garantie dite « de base » INTI ou USIL et à une option facultative d'un contrat collectif USIL. **Si la résiliation ou la radiation de l'option facultative souscrite dans le cadre d'un contrat collectif USIL faisait passer le niveau de garanties en dessous du niveau de garantie USIL 60 ou USIL 80, la garantie surcomplémentaire (Surco 1, Surco 2, Surco 3) sera alors résiliée de plein droit, dans les mêmes délais que ceux associés à la résiliation de l'option facultative.**

14.4 Résiliation infra-annuelle

Conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité et de la règlementation afférente, le membre participant bénéficie d'un droit à résiliation infra-annuelle dès lors que le contrat concerné a pris effet depuis plus de douze (12) mois, sous réserve des modalités et conditions d'application qui sont fixées par décret en Conseil d'État. Il est rappelé que, conformément à l'article 13.2 « Cas particulier – Résiliation du Contrat Collectif et sort de la Surcomplémentaire » la résiliation de la garantie souscrite par le prescripteur ou par le membre participant entraine la résiliation d'office de la garantie surcomplémentaire éventuellement souscrite.

14.5 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.
En cas de décès, Mutuelles du Soleil Livre II pourra demander la fourniture d'un certificat d'hérédité, d'une attestation des héritiers, d'un acte de notoriété ou de tout acte permettant à la personne de prouver sa légitimité à percevoir le remboursement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

14.5.1 Contrat collectif à adhésion facultative :

La cotisation due pour couvrir la période pendant laquelle le risque court prend fin, <u>après compensation éventuelle (indus…),</u> avec le décès de l'adhérent.
Mutuelles du Soleil Livre II procédera au remboursement *prorata temporis* de la cotisation mensuelle du membre participant décédé à ses héritiers.

14.5.2 Contrat collectif à adhésion obligatoire :

La radiation du contrat collectif entrainera de plein droit la radiation des garanties optionnelles et surcomplémentaires et celle des ayants droit.
La cotisation due pour couvrir la période pendant laquelle le risque court prend fin, <u>après compensation éventuelle (indus…),</u> avec le décès de l'adhérent.
Mutuelles du Soleil Livre II procédera au remboursement *prorata temporis* de la cotisation mensuelle du membre participant décédé. Il appartient aux souscripteurs de veiller au calcul des avantages fiscaux et sociaux dans cette limite.
En cas de décès du membre participant, les ayants droit peuvent demander le maintien de la couverture dans le cadre des dispositions de la loi Évin mentionnées à l'article 11.2 du présent règlement.

Article 15 Résiliation pour sortie du champ d'application du contrat collectif

Dans le cadre des contrats collectifs obligatoires : lorsqu'un membre participant cesse de remplir les conditions d'éligibilité, l'entreprise souscriptrice ou le souscripteur du contrat doit en aviser Mutuelles du Soleil Livre II, dans le mois qui suit la sortie de l'entreprise.
La radiation sera positionnée au lendemain de la sortie des effectifs indiquée par le souscripteur. Si des prestations sont servies après cette date, Mutuelles du Soleil Livre II réclamera les sommes indument versées à l'ancien membre.
La cotisation sera due à Mutuelles du Soleil Livre II jusqu'à la date de radiation.
Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à Mutuelles du Soleil Livre II les cartes de tiers payant en sa possession et à informer de sa radiation les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.
<u>Dans le cadre des contrats collectifs obligatoires, si le souscripteur du contrat n'emploie plus de salarié et s'il n'a pas demandé la radiation dudit contrat, celui-ci sera maintenu pendant deux (2) ans et radié au 31 décembre de la deuxième année.</u>

Dans le cadre d'un contrat collectif facultatif : en cas de radiation dérogatoire en cours d'année et sur présentation des justificatifs, la radiation sera positionnée au 1er jour du mois suivant la réception de la demande complète ou en conformité avec la réglementation en vigueur. **<u>Le remboursement par Mutuelles du Soleil Livre II de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru</u> (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation) <u>est soumis à l'obligation préalable de restituer les cartes de tiers payant délivrées par Mutuelles du Soleil Livre II et à l'absence de prestations servies pendant la période écoulée</u>**. En cas de prestations servies après la date d'effet de la résiliation, celle-ci prendra effet au 1er jour du mois suivant lesdites prestations.

Article 16 Radiation pour fausses déclarations

16.1 Radiation pour fausses déclarations intentionnelles

<u>Conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes de nullité (nouvel article 1178 du Code civil), la garantie accordée au membre participant par Mutuelles du Soleil Livre II est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle ou dolosive 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.</u>
Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelles du Soleil Livre II qui ont le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.
Lorsque l'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les dispositions ci-dessus ne s'appliquent pas.

16.2 Radiation pour fausses déclarations non intentionnelles

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.
<u>Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, Mutuelles du Soleil Livre II 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.</u>
Mutuelles du Soleil Livre II restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
<u>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.</u>
Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de ces dispositions.
En cas de fausse déclaration non-intentionnelle 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 Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 17 Radiation pour non-paiement des cotisations

Il est rappelé que, conformément aux Statuts de la Mutuelle, sont radiés les membres participants et honoraires (et leurs ayants droit) qui n'ont pas acquitté leur cotisation.

Les conditions de cette radiation sont précisées à Article 23 - Non-paiement des cotisations du présent règlement.

La radiation de la garantie dite « de base » pour non-paiement des cotisations entraine également la radiation de la garantie surcomplémentaire (Surco 1, Surco 2, Surco 3 ou Surco Bien-être ou Surco Mieux-Être, MDS 12, MDS 13, MDS 23, MDS 24, MDS 34, MDS 35, MDS 45 ou Expert Pro 12, Expert Pro 13, , Expert Pro 23, Expert Pro 24, , Expert Pro 34, Expert Pro 35, Expert Pro 45) et/ou de l'option éventuellement souscrite.

Article 18 Radiation des ayants droit

18.1 Cadre général

À chaque échéance annuelle et à la demande du membre participant, le souscripteur du contrat peut demander la radiation d'un des ayants droit du membre participant, en envoyant la demande au moins deux (2) mois avant l'échéance.
Cette radiation prendra effet à l'échéance annuelle suivante, au moment du renouvellement du contrat.
En cours d'année, dans certains cas exceptionnels et sur justificatif(s), le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet au plus tôt le 1er jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives. Ces dernières peuvent être :

- En cas de séparation : un acte de divorce ou un acte de dissolution du PACS ou une attestation sur l'honneur de séparation pour le concubinage ;
- En cas de décès d'un ayant droit : un acte de décès.
- Ou tout autre document que Mutuelles du Soleil estimerait nécessaire pour corroborer la situation énoncée par l'adhérent

Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer, sans délais, à Mutuelles du Soleil Livre II les cartes de tiers payant dont l'ayant droit radié avait l'usage et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de la radiation d'un de ses ayants droit.
En cas de radiation en cours d'année sur présentation des justificatifs adéquats, le remboursement par Mutuelles du Soleil Livre II de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation) est soumis à l'obligation préalable de restituer et/ou détruire, sans délais, la carte de tiers payant délivrée par Mutuelles du Soleil Livre II et à l'absence de remboursement de prestations servies pendant la période écoulée.

18.2 Cas particulier des enfants à charge de moins de 28 ans

Conformément aux dispositions de l'article 10.2, sont assimilés aux enfants de moins de 20 ans, les enfants de moins de 28 ans, sous certaines conditions.
De fait, la radiation du contrat collectif desdits enfants interviendra au 31 décembre de l'année de leur 27ème anniversaire. Une garantie à titre individuel leur sera alors proposée.
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 1er 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 radié dans ce cadre devra restituer et/ou détruire, sans délais, 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 de sa radiation.
L'utilisation de la carte de tiers payant après une radiation sera considérée comme frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement au membre participant et la réparation des préjudices soufferts, par tous moyens légaux à disposition de Mutuelles du Soleil Livre II.

18.3 Radiations dérogatoires

18.3.1 Radiation pour Complémentaire Santé Solidaire (ancienne CMU-C Solidaire) d'un contrat collectif facultatif ou obligatoire

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 (Complémentaire Santé Solidaire – CSS, qui est venue remplacer la Couverture Maladie Universelle CMU-C Solidaire), il obtient à sa demande la résiliation totale de la garantie initialement souscrite auprès de Mutuelles du Soleil Livre II.
Pour ce faire, le membre participant doit adresser au Service compétent de Mutuelles du Soleil Livre II, sa demande de radiation au titre de la CSS en recommandé avec accusé de réception accompagnée de l'attestation de droits à la CSS délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

- Si la demande de radiation pour bénéficier de la CSS, 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 1er jour de l'acquisition de la CMU-C, sous réserve de l'absence de prestations servies par Mutuelles du Soleil Livre II depuis cette date.
  Si des prestations ont été versées, une compensation réciproque entre les cotisations versées et les prestations servies pourra s'opérer ou un remboursement des prestations versées sera réclamé à l'adhérent concerné.
- Si la demande de radiation pour bénéficier de la CMU-C Solidaire est adressée complète plus de (3) trois mois après son obtention, la radiation du contrat sera effective le 1er 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 27.2.
Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de tiers payant délivrées par Mutuelles du Soleil Livre II.
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. Mutuelles du Soleil Livre II opère une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

18.3.2 Radiation dans le cadre de la loi Évin

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

Le membre participant pourra également demander la résiliation de son contrat en cours d'année pour ses ayants droit, s'il prouve que le contrat collectif obligatoire dont il bénéficie est un contrat collectif obligatoire famille.
La demande de résiliation sera ensuite transmise au Service « Souscriptions Collectives Contrats Collectifs » qui, en dérogation avec les dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité, pourra accorder la résiliation en cours d'année.
Si la demande de radiation pour adhésion à un contrat collectif obligatoire, accompagnée des pièces justificatives susvisées, est adressée dans les trente (30) jours suivant l'adhésion obligatoire, la radiation du contrat de Mutuelles du Soleil Livre II sera effective au lendemain de la date d'effet de l'adhésion au contrat obligatoire ou au 1er jour de l'adhésion obligatoire.
Si la demande de radiation pour adhésion à un contrat collectif obligatoire est adressée complète plus de trente (30) jours après l'adhésion obligatoire, la radiation du contrat de Mutuelles du Soleil Livre II sera effective le 1er jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande de radiation accompagnée de toutes les pièces justificatives.
Il est rappelé que, conformément à l'article 13.2 « Cas particulier – Résiliation du Contrat Collectif et sort de la Surcomplémentaire » la résiliation de la garantie entraine la résiliation d'office de la garantie surcomplémentaire éventuellement souscrite.

18.3.3 Cas de dispense d'affiliation à un contrat collectif obligatoire

Dans le cadre des régimes mis en place par décision unilatérale, l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Évin », indique qu'aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place d'un système de garanties collectives obligatoire, ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système.
Dans le cas des régimes mis en place dans les conditions fixées par l'article L 911-1 du Code de la Sécurité sociale (accord d'entreprise, référendum et décision unilatérale), l'article R 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale, indique que l'acte juridique mettant en place le régime obligatoire peut, sans remise en cause du caractère obligatoire du régime, prévoir une dispense d'affiliation au régime pour les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de leur embauche si elle est postérieure.
Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à l'échéance du contrat en cours.
En conséquence, sans remise en cause du caractère obligatoire du contrat collectif existant dans leur entreprise, les membres participants ont la faculté de rester couverts par nos garanties jusqu'à l'arrivée de l'échéance annuelle de leur contrat.
En cas de radiation en cours d'année sur présentation des justificatifs correspondants adéquats, le remboursement par Mutuelles du Soleil Livre II de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation) est soumis à l'obligation préalable de restituer et/ou détruire la carte de tiers payant délivrée par Mutuelles du Soleil Livre II et à l'absence de prestations servies pendant la période écoulée.
Si des prestations ont été servies, la radiation sera positionnée au 1er jour du mois suivant la dernière prestation versée.

18.4 Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant

En cours d'année, dans certains cas exceptionnels et sur justificatif(s), le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives sous réserve qu'aucune prestation n'ait été versée depuis cette date.
Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à Mutuelles du Soleil Livre II toutes les cartes de tiers payant en sa possession et à informer les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de la radiation d'un de ses ayants droit.

18.5 Suspension des cotisations pour cause de mobilisation ou de départ à l'étranger

Le membre participant ou l'un de ses ayants droit est dispensé du paiement de ses cotisations en cas de mobilisation, de départ à l'étranger pour une période supérieure ou égale à trois (3) mois et jusqu'à douze (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 Mutuelles du Soleil Livre II pendant cette période et le paiement de ses cotisations sera suspendu.
En cas de suspension, le contrat sera réactivé à l'issue de la période si le membre participant a précisé une date de départ et une date de retour à sa demande.
Si la demande de suspension se prolonge sur plus d'un an ou que l'adhérent n'a communiqué aucune date de retour, le contrat sera radié un (1) an après la date de début de suspension à la date anniversaire du contrat.

Toutefois, les ayants droit d'un membre participant mobilisé ou à l'étranger ont la possibilité de rester adhérents à Mutuelles du Soleil Livre II comme membres participants, de cotiser et de bénéficier ainsi des avantages de Mutuelles du Soleil Livre II.
La suspension du contrat interviendra au plus tôt le 1er 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 garanties de Mutuelles du Soleil Livre II, dès son retour pourvu qu'il en fasse la demande au service Relations Clients Régime Complémentaire de Mutuelles du Soleil Livre II et s'acquitte de ses cotisations, à partir de cette date. De nouvelles cartes de tiers payant lui seront alors transmises.

Article 19 Radiation du régime optionnel des contrats collectifs à adhésion obligatoire

19.1 Cadre général

Les salariés ayant souscrit un régime optionnel peuvent mettre fin à leur adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à Mutuelles du Soleil Livre II au moins deux (2) mois avant la date d'échéance ou en respectant les dispositions de l'article L221-10-2 du Code de la mutualité tel que précisé à l'article 13.4 du présent règlement.

19.2 Radiation pour résiliation du contrat principal

Le régime optionnel sera résilié de plein droit en cas de résiliation du contrat principal par l'employeur. La date d'effet de la résiliation sera celle de la résiliation du contrat principal.

Article 20 Conséquences de la résiliation, de la radiation, de la suspension du contrat

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, de la radiation ou pendant la période de suspension du contrat.
L'utilisation de la carte de tiers payant pendant une période de suspension ou après une radiation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices soufferts, par tous moyens légaux à disposition de Mutuelles du Soleil Livre II.
Mutuelles du Soleil Livre II se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

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

CHAPITRE 4 COTISATIONS

Article 21 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 branche d'activité garantie pour lesquelles Mutuelles du Soleil Livre II 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.
Le montant ou le taux de cotisation est susceptible d'évoluer à chaque échéance annuelle ou en cours d'année**. Les modifications des montants ou taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès lors qu'elles ont été notifiées aux membres participants ou honoraires concernés.**

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.

Les cotisations de la garantie collective n'intègrent pas les cotisations des garanties surcomplémentaires et/ou des options éventuellement souscrites.

Concernant les contrats collectifs à adhésion Facultative**, l**e montant des cotisations est établi sur la base des tarifs en vigueur le jour de l'établissement du Bulletin d'adhésion et en fonction du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit et de l'âge des cotisants que l'adhérent déclare lors de l'établissement de la fiche d'information et de conseil. Si l'un de ces critères a évolué au jour de la prise d'effet du contrat, la cotisation est susceptible d'être revalorisée pour prendre en compte ces informations.

Article 22 Modulation des cotisations

22.1 Cadre général

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 des contrats collectifs est modulable en fonction :

- du département ;
- 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, avec effet à la prochaine échéance annuelle, soit :

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

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

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

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le souscripteur est tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par Mutuelles du Soleil Livre II.
Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

22.2 Cas particulier des contrats collectifs à adhésion obligatoire

Les taux, assiette ou montants des cotisations sont indiqués aux Conditions Particulières.
En cas de prise d'effet ou cessation des garanties en cours de mois, les cotisations sont proratisées en fonction de la règle décrite à l'article R. 242-2 du Code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues aux Conditions Particulières.
Les cotisations sont révisables à chaque échéance annuelle, le souscripteur en est informé dans les délais légaux par courrier.
En outre, la cotisation annuelle d'assurance telle que définie aux Conditions Particulières est susceptible de réajustements annuels, en fonction de révision tarifaire suite aux résultats techniques, ou de modification des dispositions législatives ou réglementaires applicables en matière de santé et/ou de taxes y afférentes.
Le Souscripteur est tenu d'informer les assurés des modifications apportées.

22.3 Gratuité des enfants selon les garanties

Pour les garanties INTI, INTI ASSO, IDÉALE et TINI, la cotisation peut être gratuite à compter du 4ème enfant. La gratuité ne concerne que le quatrième enfant et les suivants.
Pour les garanties USIL et ou INTÉGRALE, la cotisation peut être gratuite à compter du 3ème enfant. La gratuité ne concerne que le troisième enfant et les suivants.

Article 23 Modalités de paiement des cotisations

Pour les garanties souscrites avant le 1er février 2021, la cotisation est due au premier janvier, ou, pour les nouveaux contrats, à partir de la date d'effet mentionnée aux conditions particulières.
Pour les garanties souscrites ou ayant une date de prise d'effet après le 1er février 2021, la cotisation est due à la date anniversaire d'adhésion.
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 mais en aucun cas à une période de couverture. **Tout**

retard dans le paiement pourra entraîner une suspension de la garantie et des prestations et ce en conformité avec l'article L. 221-8 du Code de la mutualité et du présent règlement.

La cotisation étant due pour l'année (année civile pour les garanties souscrites avant le 1er février 2021 et année de date à date pour les garanties souscrites ou ayant une date de prise d'effet après le 1er février 2021), **elle reste en principe due et acquise à Mutuelles du Soleil Livre II pour l'ensemble de la période.**

En cas de demande de résiliation en application de l'article L221-10-2 du Code la mutualité, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Lorsqu'il est fractionné, le paiement de la cotisation est acquitté par prélèvement bancaire ou postal, carte bancaire, règlement en ligne et virement.

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

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

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

Pour les contrats collectifs à adhésion Obligatoire (terme échu) : l'employeur ou la personne morale prélève chaque mois sur les salaires la part de cotisation due par ses salariés au titre du contrat collectif en place et reverse cette part de cotisation ainsi que sa part à Mutuelles du Soleil Livre II selon le fractionnement choisi lors de l'établissement du contrat. Pour les contrats dont le paiement des cotisations est à terme échu, le droit aux prestations est supposé acquis jusqu'à la périodicité suivante.

Pour les contrats collectifs à adhésion Facultative (terme à échoir) : conformément au bulletin d'adhésion, la cotisation est annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle par prélèvement automatique.

Pour les garanties optionnelles facultatives et les surcomplémentaires (terme à échoir) : conformément au bulletin d'adhésion, la cotisation est annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle par prélèvement automatique.

Article 24 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.).

24.1 Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation

24.1.1 Non-paiement du régime obligatoire :

Conformément aux dispositions de l'article L .221-8-I du Code de la mutualité, lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance et indépendamment du droit pour Mutuelles du Soleil Livre II d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, Mutuelles du Soleil Livre II l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

Il est rappelé que, conformément à l'article 13.2 « Cas particulier – Résiliation du Contrat Collectif et sort de la Surcomplémentaire » la résiliation de la garantie entraine la résiliation d'office de la garantie surcomplémentaire et/ou de la garantie optionnelle facultative éventuellement souscrite.

Mutuelles du Soleil Livre II a le droit de résilier le contrat collectif dix (10) jours après le délai de trente (30) jours mentionné ci-dessus. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

24.1.2 Non-paiement du régime optionnel ou facultatif pour les ayant droit

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

Il est rappelé que, conformément à l'article 13.2 « Cas particulier – Résiliation du Contrat Collectif et sort de la Surcomplémentaire » la résiliation de la garantie entraine la résiliation d'office de la garantie surcomplémentaire et/ou de la garantie optionnelle facultative éventuellement souscrite.

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

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

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

- qu'à défaut de paiement de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance périodique, elle pourra poursuivre en justice l'exécution du contrat ;
- que tous les frais engagés seront mis à la charge du débiteur défaillant ;

et que les majorations de retard fixées par le Conseil d'Administration seront à la charge exclusive de l'employeur.

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

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité, lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

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

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue à l'article 23.1 du présent règlement est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel Mutuelles du Soleil Livre II ne couvre plus le risque.

Article 25 Procédure de recouvrement par voie contentieuse

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

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

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

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

Article 27 Responsabilité fiscale et comptable de la personne morale

L'employeur ou personne morale est seul responsable du bon respect des imputations fiscales, comptables et sociales (avantages fiscaux ou de cotisations sociales demandés, avantage en nature à calculer…) des garanties.
La responsabilité de Mutuelles du Soleil Livre II ne saurait donc engagée ou strictement limitée aux seuls dommages directs subis par l'employeur ou personne morale et dans la limite du montant annuel des cotisations versées par l'employeur ou la personne morale.
Il n'existe aucune solidarité de responsabilité ou financière entre les Parties.

CHAPITRE 5 GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTE - GAMME MUTUELLES DU SOLEIL LIVRE II

Section 1 PRESTATIONS ACCORDÉES PAR LA MUTUELLE

Article 28 Étendue des prestations

28.1 Cadre général

Le service des prestations est assuré pour les bénéficiaires d'une garantie souscrite auprès de Mutuelles du Soleil Livre II, pour les seules affections dont les soins interviennent dans le respect de l'article 43 du présent règlement. Les prestations sont basées sur la valeur du tarif de responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoires en vigueur. Ainsi, Mutuelles du Soleil Livre II intervient en complément des prestations servies par les régimes d'assurance maladie obligatoires ou sur des montants forfaitaires, indiqués en annexe du présent règlement, déduction faite du remboursement du régime obligatoire, s'il existe et en complément de celui fait par la garantie de base et/ou par la garantie optionnelle facultative dans le cas d'une souscription à une surcomplémentaire et toujours dans la limite des frais engagés.

Les remboursements interviendront dans le respect du principe indemnitaire assurantiel dans la limite des interdictions et des plafonds de prise en charge et le cas échéant, déduction faite des remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire et des autres garanties complémentaires ou surcomplémentaires intervenues préalablement.

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

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

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

28.2 Soins à l'étranger

L'article L. 160-7 du Code de la Sécurité Sociale dispose que « sous réserve des conventions internationales et de l'article L. 766-1 Code de la Sécurité Sociale, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et ayants droit enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation ou enfants recueillis, les prestations an cas de maladie et maternité ne sont pas servies. Toutefois, l'article R160-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe énoncé ci-dessus dans le cas où les soins « *s'avèrent médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire dans un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse font l'objet, en cas d'avance de frais, d'un remboursement par les caisses d'assurance maladie dans les conditions prévues dans l'État de séjour ou, en cas d'accord de l'assuré social, dans les conditions prévues par la législation française, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré* ».

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.**

Pour les adhérents inscrits auprès de la CFE, le remboursement du ticket modérateur et du dépassement d'honoraires sera pris en charge sur la base du tarif de responsabilité défini par la sécurité Sociale Française

28.3 Cas particulier des Actes de Prévention

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

Article 29 Conditions de remboursement

29.1 Cadre général

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

29.1.1 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.

29.1.2 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 encore 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).

29.2 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.

29.3 Délais de versement des prestations

Le remboursement des prestations s'effectuera dans les délais suivants :

1. Flux télétransmis : 2 jours
2. Factures papiers (manuel) : 5 jours

Il est entendu que ces délais n'ont qu'une valeur indicative ne portant aucun engagement ferme de la part de Mutuelles du Soleil Livre II, l'adhérent ne pourra aucunement se prévaloir d'un manquement de respect de ces délais pour une quelconque indemnisation.

Article 30 Respect de la Charte des Contrats Responsables

En application des dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale, les garanties responsables doivent respecter des prises en charges strictes définies par les articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

30.1 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 Mutuelles du Soleil Livre II ne prennent pas en charge :**

1. **la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale ;**

2. **la franchise prévue au III de l'article L. 160-13 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.**

30.2 PRESTATIONS OBLIGATOIREMENT COUVERTES PAR LES CONTRATS RESPONSABLES

Conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale, les garanties responsables proposées par Mutuelles du Soleil Livre II comprennent la prise en charge telles que détaillées à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

30.3 PRESTATIONS OBLIGATOIREMENT COUVERTES PAR LES CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES

Conformément à l'article D911-1 du code de la Sécurité sociale en application de l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale, en plus du respect des dispositions des articles L 871-1 et R 871-1 du code de la Sécurité sociale, les contrats collectifs obligatoires doivent prendre en charge:

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

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

Article 31 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 fausse 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 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 Mutuelles du Soleil Livre II.
Il est rappelé que pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du membre participant.

Article 32 TICKET MODÉRATEUR

Le ticket modérateur est défini par les articles L. 160-13 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.
Mutuelles du Soleil Livre II prend en charge le ticket modérateur à 100 % pour les contrats responsables. Pour les autres garanties non responsables, Mutuelles du Soleil Livre II y participe en fonction de la garantie souscrite.

Article 33 CARTE VITALE

Il s'agit d'une carte magnétique CPAM, elle contient tous les renseignements nécessaires au remboursement des frais de santé de l'adhérent. 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 les agences commerciales de Mutuelles du Soleil Livre II équipées des terminaux informatiques adaptés.
Celle-ci peut également contenir des informations relatives au régime complémentaire souscrit auprès de Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 34 CARTE DE TIERS PAYANT

Il s'agit d'une carte portant les noms et numéros d'immatriculation des bénéficiaires, délivrée par Mutuelles du Soleil Livre II 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.
La carte de tiers payant est strictement personnelle et est délivrée gratuitement au membre participant et ses éventuels ayants droit. Elle est cependant la propriété de Mutuelles du Soleil Livre II qui en confie la garde au membre participant et ses ayants droit. Il est strictement interdit au titulaire de la carte de tiers payant de

la prêter à un tiers autre que ses ayants droit. Le membre participant et ses ayants droit s'interdissent d'apporter toute altération ou modification à la carte de tiers payant. Le membre participant et ses ayants droit s'engagent à ne plus utiliser la carte de tiers payant en cas de suspension ou de radiation en application du présent règlement.
Le membre participant doit prendre toute mesure pour conserver sa carte et s'engage à en faire usage conformément au présent règlement.
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, Mutuelle du Soleil Livre II 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 35 Tiers Payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords nationaux ou départementaux passés avec les professionnels de santé et Mutuelles du Soleil Livre II, sur présentation de la carte d'adhérent délivrée par Mutuelles du Soleil Livre II, en cours de validité (selon la date d'ouverture des droits visée à l'article 20 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 Mutuelles du Soleil Livre II et que cette dernière a délivré un accord. Pour les prises en charge en optique et audiologie, la prescription est obligatoire. Le professionnel de santé adressera à Mutuelles du Soleil Livre II la facture ainsi que le décompte de son organisme de sécurité sociale en lien avec les soins effectués.

Article 36 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, Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit de demander toute pièce justificative lui permettant d'appliquer la garantie souscrite et procéder aux remboursements des prestations.

36.1 Date des devis des professionnels de santé

Pour sa demande de prise en charge, évoquée au second alinéa de l'article 33 « tiers payant », le membre participant s'engage à faire parvenir à Mutuelles du Soleil Livre II un devis, émis par le professionnel de santé, de moins de six (6) mois, sauf si changement de garantie. Aucun accord de prise en charge ne pourra être donné sur présentation de devis de plus de six (6) mois.

36.2 Durée de validité de l'accord de prise en charge

L'accord de prise en charge donné par Mutuelles du Soleil Livre II, évoqué au second alinéa de l'article 33 « tiers payant » est valable pour une durée de SIX (6) mois. Passé ce délai, si les soins n'ont pas été engagés ou que les appareils n'ont pas été facturés, le membre participant devra faire parvenir à Mutuelles du Soleil Livre II une nouvelle demande de prise en charge.

Article 37 Disciplines Médico-Tarifaires et Groupes Homogènes de Séjours

Les disciplines Médico-Tarifaires (D.M.T.) sont prises en charge par Mutuelles du Soleil Livre II, dans le domaine de l'hospitalisation générale publique et dans le domaine de l'hospitalisation spécialisée publique et privée selon la nature de l'hospitalisation. La liste des D.M.T. prises en charge par Mutuelles du Soleil Livre II se trouve en annexe II du présent règlement mutualiste.

Article 38 Contrôle médical

Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit à tout moment de contrôler par leur médecin ou leur dentiste conseil, les membres participants qui lui présentent des prestations. Sa mission consiste à vérifier la réalité des dépenses ou des événements justifiant l'intervention de Mutuelles du Soleil Livre II.
Notamment, Mutuelles du Soleil Livre II peut exiger que soient fournis au médecin ou au dentiste conseil les diagnostics ainsi que toute information d'ordre médical de nature à éclairer la décision de prise en charge.
En cas de refus de se soumettre à ce contrôle médical administratif et/ou exclusivement médical, le membre participant ou le bénéficiaire peut se voir déchoir du droit aux avantages statutaires et la prestation litigieuse ne sera pas honorée par Mutuelles du Soleil Livre II.
En cas de désaccord avec le médecin ou le dentiste conseil de Mutuelles du Soleil Livre II, le membre participant pourra recourir à la procédure suivante :
1) Un examen amiable contradictoire entre le médecin ou le dentiste dont le membre participant aura le libre choix, dont les honoraires seront à sa charge, et le médecin ou le dentiste conseil de Mutuelles du Soleil Livre II. En cas de désaccord, une commission d'arbitrage sera réunie afin de trancher le litige. Elle sera composée :

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

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

Article 39 Principe indemnitaire - Pluralité de débiteurs

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

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

De ce fait, Mutuelles du Soleil Livre II est fondée à récupérer les sommes indûment versées par tous moyens légaux à leur convenance.
II - Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris en application de l'alinéa 2 de l'article 9 de la loi dite « Évin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque des garanties de même nature sont contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, elles produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.
Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'assuré ou du membre participant, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.
En cas de pluralité d'organismes complémentaires, le remboursement ne peut se faire que sur présentation d'un décompte du premier organisme et du décompte de la Sécurité sociale correspondant.

Article 40 Mandat auprès des Prestataires de Santé

Afin d'accélérer le traitement des demandes de remboursement (prise en charge) optique ou d'audiologie auprès des prestataires de santé (opticien et audiologiste) en cas de renouvellement anticipé des appareils pour changement de dioptrie avant le délai de 2 ans (lunettes) ou 4 ans (appareils auditifs), le bénéficiaire reconnait donner mandat à Mutuelles du Soleil Livre II, conformément aux articles 1984 et suivants du Code Civil, et l'autorise à demander et à obtenir de la part des centres et prestataires optiques ou d'audiologie copie des prescriptions médicales justifiant du renouvellement anticipé de mes appareils optiques ou d'audiologie en vue de procéder au tiers-payant auprès du professionnel de santé. Il est précisé que ces éléments ne seront utilisés qu'à seule fin de vérifier la conformité de la demande de remboursement (prise en charge) de l'adhérent au regard de la réglementation en vigueur. Ces prescriptions ne seront nullement utilisées pour compiler des données de santé.
Le bénéficiaire pourra à tout moment retirer le présent mandat en le signalant à l'adresse dpo.livre2@mutuellesdusoleil.fr.

Section 2 ACCIDENT DE DROIT COMMUN

Article 41 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 Mutuelles du Soleil Livre II 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, Mutuelles du Soleil Livre II 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 42 Conditions des garanties

Pour les soins consécutifs à un accident non visé par l'article 40, le membre participant doit, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, faire à Mutuelles du Soleil Livre II, dans les quinze (15) jours qui suivent l'accident, une déclaration indiquant :

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

Cette déclaration pourra être adressée :
- par mail : HL_RCT@mutuellesdusoleil.fr
- par téléphone : 04.91.12.40.00
- par courrier : Mutuelles du Soleil - Recours contre tiers, 36-36 bis av. Maréchal Foch - CS 91296 - 06005 Nice cedex

Une fois son accident signalé auprès du service Recours contre tiers un questionnaire est transmis au membre participant afin d'en préciser les conditions.
Le membre participant peut également remplir la déclaration d'accident sur son espace adhérent via un lien qui le dirigera vers le portail de déclaration.

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

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

En cas d'accident survenu aux membres participants dont la responsabilité incombe à un tiers identifié, Mutuelles du Soleil Livre II applique les dispositions contenues dans le présent article.
En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre participant doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre de ce dernier ou de son assureur substitué une action judiciaire civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation.
La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou, à défaut, par une pièce délivrée par le greffier ou un avoué. Mutuelles du Soleil Livre II accorde alors sa prise en charge mais, par application des dispositions de l'article 40 du présent règlement concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable dans la limite des dépenses que doit supporter Mutuelles du Soleil Livre II et ce, à due concurrence de l'indemnité mise à la charge du tiers, même si sa responsabilité est partagée avec la victime. Mutuelles du Soleil Livre II peut, si elle le juge nécessaire, être partie à la procédure.
Le membre participant doit de même informer Mutuelles du Soleil Livre II de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à Mutuelles du Soleil Livre II qu'autant que cette dernière aura donné leur accord.

En cas d'accidents scolaires ou sportifs, résultant de la pratique des sports non exclus en cas de garantie non responsable, Mutuelles du Soleil Livre II n'intervient qu'à défaut d'une police individuelle ou collective ou d'une mutuelle spécialisée couvrant le membre participant contre ces risques.
Le membre participant qui recevrait de qui que ce soit un quelconque remboursement pour des frais de prise en charge et payés par Mutuelles du Soleil Livre II doit en effectuer immédiatement le reversement à celle-ci.
En tout état de cause, les remboursements prévus dans la garantie souscrite constituent des avances sur recours lorsque le membre participant est victime d'un accident qui engage soit :

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

Section 3 ACCIDENT DU TRAVAIL

Article 43 Recours

Les prestations accordées par Mutuelles du Soleil Livre II dans le cadre des accidents du travail, se limitent au remboursement du dépassement dans les limites prévues par la garantie souscrite.
Les dispositions des articles 39 et 40 s'appliquent également en cas de recours pour des prestations non prises en charge dans le cadre d'accidents relevant des législations relatives aux accidents du travail des salariés du Régime Général de Sécurité sociale et des salariés relevant du Régime des Assurances Sociales Agricoles. Ce recours s'effectue alors dans la limite des prestations qui auront été accordées par Mutuelles du Soleil Livre II, en fonction du niveau de couverture du membre participant et en particulier lors de l'attribution de certaines prestations supplémentaires.

Section 4 CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

Article 44 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 I 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.**

CHAPITRE 6 GARANTIE « FRAIS D'OBSÈQUES »

Article 45 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. **En cas d'inclusion de cette garantie au contrat collectif, seule la résiliation de la garantie pourra entrainer résiliation de la garantie « Frais d'Obsèques ».**

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 douze (12) ans inscrits en tant que tels sur le bulletin d 'adhésion et facturés par l'entreprise des Pompes Funèbres.
Pour ces opérations, Mutuelles du Soleil Livre II 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 46 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.
À noter néanmoins que le contrat sera enregistré sous le nom de naissance du souscripteur et de ses ayants droit nécessaire aux obligations liées à la recherche des contrats en déshérence.
La limite d'âge à l'adhésion, pour la garantie Frais d'Obsèques, est fixée à douze (12) ans minimum et à soixante-dix (70) ans maximum, sauf en cas d'adhésion suite à une mutation.
Dans ce cas si l'adhérent justifie que le risque était couvert par son ancienne garantie pour un montant supérieur ou égal, il ne lui sera pas appliqué de limite d'âge.
Chaque année, l'Assemblée Générale vote la reconduction, la suppression ou la modification de la garantie Frais d'Obsèques.

Article 47 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 48 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 49 Règlement des prestations

Le versement se fait exclusivement entre les mains de toute autre personne pouvant justifier de la charge des frais d'obsèques du défunt membre participant dans les limites prévues par le forfait souscrit.

En cas de don du corps à la science du membre participant et/ou de ses ayants droit, le versement pourra être également fait entre les mains de l'un des centres de don dûment habilité à cet effet (voir site de l'association française d'information funéraire (Afif)) et sous réserve que ledit centre communique à Mutuelles du Soleil Livre II :

- Son numéro de SIREN et de tous justificatifs permettant de prouver sa capacité à recevoir les dons de corps à la science ;
- Le relevé d'identité bancaire de l'établissement ;
- La copie de la carte de donneur de corps à la science de la personne concernée ;
- Les justificatifs des frais engagés pour le transport du corps jusqu'au centre de don ;
- Les justificatifs des frais engagés pour la crémation du corps.

Tous ces justificatifs doivent identifier clairement l'identité de la personne concernée.

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 droit, portant mention et date de l'événement survenu ;
- pièces justifiant des 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 sauf si elles sont de bonnes qualités et permettant une lecture facile et non-équivoque des informations figurant sur les documents.) ;
- une pièce d'identité en cours de validité et le relevé d'identité bancaire de la personne demandant le remboursement des frais d'obsèques ;
- d'une manière générale, toute autre pièce justificative demandée par Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 50 Dispositif de lutte contre les contrats dits « en déshérence »

50.1 Cadre légal

La Loi « Eckert » du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie dits « en déshérence », entrée en vigueur le 1er janvier 2016, impose aux organismes assureurs de déposer, à la Caisse des dépôts et consignations (CDC), les sommes dues au titre des contrats d'assurance vie ou de capitalisation qui n'ont pas été réclamées à l'issue d'un délai de dix (10) ans à compter de la date de prise de connaissance par l'organisme assureur du décès de l'assuré (réception de l'acte de décès) ou de l'échéance du contrat.

50.2 Interlocuteur Privilégié et prévention du risque de déshérence

Il est rappelé au souscripteur de la garantie « Frais d'Obsèques » l'importance d'informer ses proches de l'existence de ce contrat, afin notamment de diminuer le risque de déshérence de ce dernier.

Dans cette optique, le membre participant et ses ayants droit s'engagent à communiquer à Mutuelles du Soleil Livre II un interlocuteur privilégié qui sera contacté en cas de sinistre. L'adhérent pourra, à tout moment, informer la Mutuelle de toute information relative à l'Interlocuteur Privilégié identifié.

À cette fin, tout membre participant est amené à communiquer des données à caractère personnel relatives à cet interlocuteur privilégié, à Mutuelles du Soleil Livre II, Responsable de traitement, aux fins de gestion de la garantie frais d'obsèques et de liquidation des prestations dont il bénéficierait. Le membre participant garantit à Mutuelles du Soleil Livre II qu'il a obtenu les autorisations nécessaires ou qu'il a l'autorité requise pour transmettre ces données et qu'il l'a informé des droits dont il dispose sur ses données. Le membre participant se porte garant de Mutuelles du Soleil Livre II en cas de recours de la part des ayants droit sur le terrain de la réglementation RGPD.

50.3 Saisine de l'AGIRA

Conformément à l'article L.223-10-1 du Code de la mutualité (dit dispositif « AGIRA 1 »), toute personne physique ou morale peut saisir l'AGIRA (Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance) en vue de rechercher auprès de tous les organismes assureurs si un contrat d'assurance vie, obsèques ou dépendance a été souscrit à son profit par une personne dont elle apporte la preuve du décès.
Elle adresse sa demande à l'AGIRA :

- par courrier à l'adresse du siège social situé au 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09
- ou en renseignant le(s) formulaire(s) correspondant(s) directement sur le site : www.agira-vie.fr

CHAPITRE 7 GARANTIE(S) SURCOMPLÉMENTAIRE(S)

Article 51 Risque garanti & Applications des stipulations du règlement mutualiste

En préambule, il est rappelé que chaque garantie « Surcomplémentaire » est rattachée aux branches 1 et 2 de la classification des opérations d'assurance et constitue ainsi une garantie à part entière.
Les garanties surcomplémentaires souscrites par les salariés sont régis par les stipulations du règlement mutualiste de Mutuelles du Soleil Livre II relatif aux contrats individuels.

Toutes les conditions (notamment d'adhésion, de radiation, de résiliation…) relatives à une surcomplémentaire sont précisées au règlement relatif aux contrats individuels.

Les garanties surcomplémentaires apportent des améliorations (facultatives) à la garantie de base souscrite par l'employeur, et/ou aux garanties optionnelles facultatives, elles devront faire l'objet d'un contrat distinct souscrit directement par le salarié.

En cas de portabilité, les garanties surcomplémentaires de Mutuelles du Soleil Livre II perdurent sous réserve du paiement des cotisations et sauf demande de radiation prévue au règlement relatif aux contrats individuels.

CHAPITRE 8 DISPOSITIONS DIVERSES

Article 52 Commission Sociale

Le Conseil d'Administration de Mutuelles du Soleil Livre II a créé une Commission Sociale destinée notamment à intervenir auprès des adhérents en difficulté, confrontés à des difficultés auxquelles ils ne peuvent faire face (médicales, paramédicales, autres). Elle dispose à cet effet d'un budget dont le montant est validé par le Conseil d'Administration.
Elle est régie par un règlement validé par le Conseil d'Administration.

Article 53 Réclamation - Médiation de la consommation

Mutuelles du Soleil Livre II répond aux réclamations des membres participants et des souscripteurs des contrats collectifs dans le respect de la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.
Toutes les réclamations doivent être adressées au service Réclamations Adhérents Mutuelles du Soleil - 36 -36 bis avenue Maréchal Foch – 06000 Nice.

Si à l'issue de cette procédure, une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation des statuts, des règlements mutualistes ou d'un contrat collectif, Mutuelles du Soleil Livre II informe les membres participants ou le souscripteur qu'il a la possibilité de saisir le Médiateur de la Mutuelle.
L'ordonnance n° 2015-1033 du 20 août 2015 et ses décrets d'application ont instauré la médiation de la consommation qui s'applique notamment aux mutuelles régies par le Code de la Mutualité.
Dans ce contexte, le Conseil d'Administration Mutuelles du Soleil Livre II a fait le choix d'avoir recours à CM2C comme médiateur.

Toute demande de médiation doit être formulée :

- soit par écrit, à l'adresse suivante :
  CM2C
  14 rue Saint Jean
  75017 Paris
- soit par courriel via : cm2c@cm2c.net
- soit via le site du médiateur : https://cm2c.net/declarer-un-litige.php , en remplissant le formulaire prévu à cet effet (le n° SIREN à renseigner est 782395511) .

Cette procédure de médiation ne peut pas être engagée si une action judiciaire est entreprise parallèlement.
Le Médiateur ne peut être saisi qu'après avoir saisi au préalable le service réclamations de la mutuelle (Service Réclamations Adhérents).

Article 54 Lutte contre la Fraude – ALFA – Partage d'informations

Mutuelle du Soleil Livre II est membre de l'Agence de Lutte contre la Fraude à l'assurance – ALFA qui est une association loi de 1901, sans but lucratif, dont l'objet est de promouvoir la lutte contre la fraude dans le secteur de l'assurance. À ce titre, Mutuelles du Soleil Livre II est amené à transmettre à l'association ALFA les données personnelles suivantes vous concernant ou concernant vos ayants droit: nom, prénom, date de naissance, numéro d'inscription au répertoire (NIR).

- **Finalité** : détection et prévention des fraudes.
- **Base légale** : intérêt légitime de la mutuelle pour assurer la sécurité des prestations et prévenir les fraudes (article 6, paragraphe 1, point f) du RGPD).
- **Destinataire** : association ALFA
- **Durée de conservation** : vos données sont conservées pendant 5 ans à compter de la dernière activité détectée.
- **Vos droits** : vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité auprès de notre Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse Dpo.livre2@mutuellesdusoleil.fr, le cas échéant, directement auprès de l'association ALFA via leur politique de confidentialité.

Article 55 Informatique et liberté

Le traitement des données à caractère personnel est effectué sous la responsabilité de Mutuelles du Soleil Livre II 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 Mutuelles du Soleil Livre II ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. 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, à l'adresse de soin siège social sis 36-36 bis avenue Maréchal Foch, CS91296, 06005 Nice Cedex 1, ou à l'adresse mail dpo.livre2@mutuellesdusoleil.fr .

Il est rappelé que le membre participant peut faire bénéficier à ses ayants droit de certaines des garanties attachées au contrat souscrit. À cette fin, le membre participant est amené à communiquer des données à caractère personnel relatives aux ayants droit, à Mutuelles du Soleil Livre II, Responsable de traitement, aux fins de gestion du contrat de complémentaire santé et des prestations dont ils bénéficieraient. Le membre participant garantit à Mutuelles du Soleil Livre II qu'il a obtenu les autorisations nécessaires ou qu'il a l'autorité requise pour transmettre ces données. Le membre participant se porte garant de Mutuelles du Soleil Livre II en cas de recours de la part des ayants droit sur le terrain de la réglementation RGPD.

Article 56 Collecte des données téléphoniques

Mutuelles du Soleil Livre II est amenée à recueillir des données téléphoniques. En ce sens, Mutuelles du Soleil Livre II 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 57 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 58 Contrat collectif facultatif - Consentement à recevoir des envois recommandés électroniques

Par son adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II, chaque adhérent à un contrat collectif facultatif (dont notamment les travailleurs non-salariés souscrivant aux garanties INTI, INTI ASSO, IDÉALE et TINI) donne son consentement, conformément à l'article 100 du Code des postes et des communications électroniques, à recevoir des envois recommandés électroniques de la part de Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 59 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 60 Autorité chargée du contrôle

Mutuelles du Soleil Livre II est soumise au contrôle administratif de : L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE 1 : 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 Livre II 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 sauf si elles sont de bonnes qualités et permettant une lecture facile et non-équivoque des informations figurant sur les documents.

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, le professionnel de santé pourra vous faire bénéficier du tiers payant en nous adressant une demande de prise en charge. Ce document devra nous être retourné dûment signé par vos soins pour les postes optique, audiologie et dentaire.

Les dates des forfaits annuels éventuellement intégrés au tableau de garantie sont calculées en fonction de la date annuelle de reconduction (au 1er janvier pour les contrats reconduit tacitement au 1er janvier, à la date anniversaire d'adhésion pour les autres contrats).

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

Hospitalisation :

Pour les séjours et dépassements d'honoraires :
En clinique :

- Le bordereau de la clinique acquitté ;
- Si ledit bordereau n'est pas acquitté, il devra être accompagné de la facture acquittée des médecins.

En hôpital public : l'avis des sommes à payer ou le 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 suivant les disciplines médico-tarifaires et Groupes Homogènes de Séjours (GHS).
Concernant un séjour ambulatoire, la base du remboursement est fonction de la garantie souscrite.
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, Mutuelles du Soleil Livre II prend en charge les frais de lit et de repas, pour un accompagnant quel qu'il soit dans l'établissement de soins public ou privé. La garantie peut prévoir des conditions d'âge à l'application de ce forfait, précisé sur le tableau de garantie.
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 Livre II 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.

Hospi + (exemple : TV, Internet, …) :
Selon la garantie souscrite, Mutuelles du Soleil versera un forfait, aux bénéficiaires inscrits au contrat, par hospitalisation supérieure à 5 jours continus et dans la limite de 3 hospitalisations par an. Remboursement des restes à charge liés à l'hospitalisation. Uniquement en hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, hors Soins de Suite et de Réadaptation et Psychiatrie. Ce forfait sera déclenché dès réception du bulletin d'hospitalisation précisant les dates de début et de fin du séjour ainsi que la DMT et sur présentation de la facture acquittée justifiant les restes à charge.

Frais de transport liés à l'hospitalisation
Selon la garantie souscrite, Mutuelles du Soleil Livre II prend en charge uniquement les frais de transport (pris en charge par la Sécurité sociale) en cas d'entrée ou de sortie d'hospitalisation. Une prescription médicale de transport ou tout élément probant pour vérification peut être demandée. À défaut de prescription médicale de transport et/ou en cas d'absence de prise en charge partielle par la Sécurité sociale, Mutuelles du Soleil Livre II ne pourra prendre en charge les prestations.

Soins courants

Consultation radiologie, kinésithérapie, pharmacie... (s'il n'y a pas de télétransmission) :

- 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).
- Pour les centres de soins (avec ou sans télétransmission) : nous adresser le décompte de la Sécurité sociale ainsi que la facture acquittée.

Automédication

Médicaments sans prescription médicale, achetés en pharmacie (parapharmacie exclue), bénéficiant d'une TVA réduite sur présentation d'une facture conforme acquittée.

À compter du 1er janvier 2023, seuls les médicaments soumis à TVA réduite :

- **équipements spéciaux et appareillages conçus pour les personnes handicapées et compléments alimentaires, hors dispositif de lutte contre la COVID 19 (masques, solutions hydroalcooliques)**
- **médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine mais qui ne bénéficient d'aucune prise en charge par la Sécurité sociale)**

seront pris en charge au titre de la ligne de garantie Automédication.

L'automédication n'est pas sans risque. Demandez conseil à votre pharmacien et lisez attentivement la notice. En cas de doute ou de persistance des symptômes, consultez votre médecin.

Pharmacie non remboursée

Médicaments prescrits non remboursés, hors parapharmacie, y compris produits injectables (à l'exclusion de toute intervention à but esthétique), vaccins et contraception, référencés par une autorisation de mise sur le marché et un code identifiant de présentation (code CIP identifiant le médicament) sur présentation d'une facture conforme acquittée et de l'ordonnance du médecin. Le conditionnement de remboursement correspond à la posologie et à la durée prévue de traitement

Actes prescrits et analyses non remboursés par le régime obligatoire : prise en charge des analyses de laboratoire, des actes d'imagerie médicale et des radiologies (hors dentaire) prescrits et non remboursés par le régime obligatoire. Remboursement sur présentation de la prescription médicale et d'une facture conforme acquittée.

Dentaire

Accord préalable de Mutuelles du Soleil Livre II : 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 Mutuelles du Soleil Livre II.
Seuls les devis validés par Mutuelles du Soleil Livre II 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 Mutuelles du Soleil Livre II.
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.

Le bilan orthodontique n'est pas pris en charge par les garanties de Mutuelles du Soleil Livre II.

Devis dentaire conforme : le devis doit mentionner, la date, 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 vous radiez en cours de traitement, le remboursement sera proratisé en fonction du temps d'adhésion effective. Il en est de même si vous changez de garantie : le remboursement sera ajusté en fonction des garanties tout en tenant compte de la date de survenance du changement de garantie.

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.
L'orthodontie non remboursables par les régimes d'Assurance Maladie obligatoires est prise en charge par période de traitement décomposé comme suit :

- 6 semestres de soins maximum,
- 2 années de contention maximum,

au-delà aucune prise en charge ne sera effectuée.

La date de soins prise en compte par Mutuelles du Soleil Livre II pour étudier le droit au remboursement de l'orthodontie refusée est la date de début de traitement, le versement de la prestation s'effectue à l'issue du traitement.
Pour les adhérents radiés en cours de traitement, le versement de la prestation sera proratisé en fonction du temps de présence effectif.

Pour la gamme ACORIS, Mutuelles du Soleil Livre II peut accorder une prestation forfaitaire « Orthodontie adulte refusée par les régimes obligatoires ». Ce forfait ne peut être servi que pour des soins effectués après une année d'adhésion à une garantie y ouvrant droit.

Actes dentaires refusés par la Sécurité sociale : fournir une facture conforme détaillée acquittée. Seuls les actes non remboursés par la Sécurité sociale ayant une codification seront pris en charge selon la garantie choisie. Tous les actes dentaires non remboursés ont une codification, un acte sans codification n'est donc pas assimilé à un acte dentaire.

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. 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. Le forfait d'adaptation aux lentilles n'est pas pris en charge.

Implants intraoculaires (par oeil) - hors cataracte monofocale : Facture acquittée accompagnée de la facture hospitalière acquittée et/ou note d'honoraire du praticien acquittée.

Forfait « chirurgie réfractive »/« opération des yeux au laser » (myopie, presbytie, astigmatisme, hypermétropie…) : opération non invasive au laser, dite chirurgie de confort, se distinguant des interventions chirurgicales (invasives) liées à des processus pathologiques tels que la cataracte, etc… La chirurgie réfractive ne fait pas l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale. Cela exclut ainsi la pose d'implants dans un contexte d'opération de cataracte laquelle est prise en charge par la Sécurité sociale. Facture conforme acquittée.

Prévention - Bien-être

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

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/ Sport Santé (sur présentation des justificatifs et uniquement dans le cadre d'une affection longue durée (ALD)) : facture conforme acquittée de professionnels paramédicaux (Kinésithérapeute, 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, Procréation Médicalement Assistée, Acte d'amniocentèse refusé (réalisée en France) : facture conforme acquittée, forfait réservé au bénéficiaire directe.

Forfait Péridurale refusée en maternité : 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 (ou « forfait médecine douce » selon les garanties ») : 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/podologie/psychomotricien, un numéro d'inscription au registre national des étiopathes 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, psychologie, naturopathie faites par un professionnel diplômé dans la discipline et selon la garantie souscrite (voir le tableau de garantie).

Forfait Diététique, nutrition (ce forfait peut être inclus au forfait Bien-être dans certaines garanties) : soins réalisés par un professionnel de santé diplômé dans la discipline. La facture doit comporter le numéro ADELI du professionnel.

Forfait Sevrage tabagique/arrêt du tabac : traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille…), l'hypnose, le laser et l'acupuncture réalisées par des praticiens dans le cadre du sevrage tabagique hors cigarettes électroniques et recharges. Consultation tabacologue (sur présentation de la facture acquittée conforme et du numéro ADELI ou FINESS du professionnel de santé).

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, Mutuelles du Soleil Livre II versera une allocation définie dans les garanties si l'enfant est inscrit avant l'âge de trois (3) 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 au contrat dans les trois (3) 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.
Mutuelles du Soleil Livre II 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 ADC, ADI, ATM 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 2 : 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. La prise en charge des DMT dépend des garanties souscrites.

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 GÊNERA	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 INDIFFÉRENCIÉS
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 TROPEX	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
			193	CURE RHUMATOLOG.	CURE THERMALE EN RHUMATOLOGIE
127	MED. CARDIO-VAS	MÉDECINE CARDIO-VASCULAIRE	194	CURE DERMATOLOG	CURE THERMALE EN DERMATOLOGIE
129	NEUROLOGIE	NEUROLOGIE	196	LUTTE CTRE ALCO	LUTTE CONTRE L'ALCOOLOGIE
130	PNEUMOLOGIE	PNEUMOLOGIE INDIFFÉRENCIÉE	198	LUTTE CANCER	LUTTE CONTRE LE CANCER

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
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
			210	MED GERIAT ADDIC DOUL CHRO-HC	HOSPITALISATION COMPLÈTE
134	RADIO MED.NUCLE	RADIOTHÉRAPIE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE INDIFFÉRENCIÉE	211	ACCUEIL URGENCE	ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES MEDICO-CHIRURGI
			213	MED GERIAT ADDIC DOUL CHRO-AMB	HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL
135	RADIOTHERAPIE	RADIOTHÉRAPIE	214	POST CURE	POST-CURE POUR ALCOOLIQUES
			216	MED AUTRES UM-HC	HOSPITALISATION COMPLÈTE
136	MEDECINE NUCLEA	MÉDECINE NUCLÉAIRE	223	MEDECINE GENERA	MÉDECINE GÉNÉRALE OU POLYVALENTE
137	CHIRURGIE GENER	CHIRURGIE GÉNÉRALE	224	PNEUMOCONIOSES	OBSERVATION ET TRAITEMENT DES PNEUMOCONIOSES
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.
			228	MED AUTRES UM-AMB	HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL
			229	MED GHS INTERMEDIAIRE	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES
140	CHIR NOUV NES	CHIRURGIE NOUVEAU-NÉS ET NOURRISSONS	230	PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE GÉNÉRALE
			231	MED ADMIN RESERVE HOSPITALIERE	HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL
			232	SPECIALITEE COUTEUSES	HOSPITALISATION COMPLÈTE
			233	SPE TRES COUTEUSES - REA	HOSPITALISATION COMPLÈTE
			234	CHIRURGIE - HC	
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	CHIRURGIE - AMB	HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL
144	CHIR CARCINOLOG	CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE	240	OBSTETRIQUE - HC	HOSPITALISATION COMPLÈTE
145	CHIR GDS BRULES	CHIRURGIE DES GRANDS BRULES	241	HYGIENE ALIMENT	HYGIÈNE ALIMENTAIRE
			244	OBSTETRIQUE-AMB	HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL
			245	NOUVEAUX NES - HC	HOSPITALISATION COMPLÈTE
			256	SEANCE CHIMIOTHERAPIE	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES
			265	SEANCE DIALYSE	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES
			272	SEANCE DE PROTONTHERAPIE	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES
146	CHIR DIGESTIVE	CHIRURGIE DIGESTIVE	273	HEBERGEMENT	HÉBERGEMENT SERVICE DE SOINS DE LONGUE DUREE
			274	SEANCES RADIOT HTE PRECISION	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES
			275	AUTRES SEANCES	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
147	CHIR CARDIO	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE INDIFFÉRÉ	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 À DOMICILE
361	HEMODYALISE	HÉMODIALYSE	715	SURV. MORT NOUR	SURV. CONTINUE PREVENT.MORT SUBITE NOURRISSON
362	CHIR ET OBSTE I	CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE INDIFFÉRENCIE	717	SOINS SPECIALI	SOINS HAUTEMENT SPÉCIALISÉS EN MÉDECINE
370	HOSPI A DOMICILE (CAS GENERAL)	HOSPITALISATION A DOMICILE			
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
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 SPÉCIALISE D'URGENCE OPHTALMOLOGIE	722	MALADIE INFECTI	MALADIES INFECTIEUSES TROPICALES EXOTIQUES INDIFF
405	CARDIOLOGIE	POLE SPÉCIALISE DE CARDIOLOGIE	723	AUTODIALYSE	AUTODIALYSE
406	TRAUMATOLOGIE	POLE SPÉCIALISE D'URGENCE TRAUMATOLOGIE	724	SUIVI GROSSESSE	SUIVI DE GROSSESSE
407	SOS MAINS	POLE SPÉCIALISE SOS MAINS	725	SUIVI POST OPER	SUIVI PRE OU POST-OPÉRATOIRE
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	CARCINOLOGIEEN	CARCINOLOGIE INFANTILE
468	CURE TOUS AGES	CURE MÉDICALE SPÉCIALISÉE CARDIOLOGIQUE TOUS ÂGES	731	AUTRES SPEC.PED	AUTRES SPÉCIALITÉS PÉDIATRIQUES
471	DEBILES LEGERS	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	ENTRAINEMENT A LA DIALYSE PÉRITONÉALE A DOMICILE	734	REA CHIRUR PEDI	RÉANIMATION CHIRURGICALE PÉDIATRIQUE

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
554	DIALYSE CONTINU	ENTRAINEMENT 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.NECESS.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.DIABETIQUES	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. EPILEPTIQU	POUR ENFANTS ÉPILEPTIQUES (MECS TEMP.)	761	ANESTHÉSIOLOGIE	ANESTHÉSIOLOGIE
616	DEFICIENCES TEM	DÉFICIENCES TEMP.SOMATO-PSYCHO.(MECS PERM.)	762	BLOC OPÉRATOIRE	BLOC OPÉRATOIRE 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

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
626	ACC ENF HERBERG	ACCUEIL DES ENFANTS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT	813	SÉROLOGI BACTE	SEROLOGIE BACTERIENNE
627	MOYEN SEJOUR	MOYEN SÉJOUR INDIFFÉRENCIÉ	814	SEROLOGI 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
			860	HOSPI COMPLETE PLUS 18 ANS	HOSPITALISATION COMPLETE
			861	HOSPI PARTIELLE PLUS 18 ANS	HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL
			862	HOSPI COMPLETE MOINS 18 ANS	HOSPITALISATION COMPLETE
			863	HOSPI PARTIELLE MOINS 18 ANS	HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL
			864	CENTRE DE CRISE PLUS 18 ANS	ACCUEIL EN CENTRE DE CRISE PSYCHIATRIQUE
			865	CENTRE DE CRISE MOINS 18 ANS	ACCUEIL EN CENTRE DE CRISE PSYCHIATRIQUE
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
			960	UNITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION	
664	NUT. ADULTES	NUTRITION PARENTÉRALE POUR ADULTES	971	CARDIOLOGIE SI	CARDIOLOGIE SOINS INTENSIFS
			972	SUPPLÉMENT SRC	