mutuelles du soleil
NÉES DANS LE SUD

Règlement mutualiste

Contrats Individuels

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

RÈGLEMENT MUTUALISTE « MUTUELLES DU SOLEIL LIVRE II » - CONTRATS INDIVIDUELS
SOMMAIRE

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3
Article 1 Objet 3
Article 2 Modifications du règlement 3
Article 3 Garanties existantes 3
Article 4 Obligation d'information et devoir de conseil 3
Article 5 Mise à disposition d'un coffre-fort numérique 4

CHAPITRE 2 L'ADHÉSION 4
Article 6 Adhésion 4
Article 7 Collèges répertoriés de membres 7
Article 8 Bénéficiaires des garanties 8

CHAPITRE 3 MODALITÉS DE RÉSILIATION, RADIATION ET SUSPENSION 8
Article 9 Résiliation 8
Article 10 Radiation pour non-paiement des cotisations 11
Article 11 Radiation des ayants droit 11
Article 12 Radiation pour fausses déclarations intentionnelles 11
Article 13 Cas particuliers des fausses déclarations non intentionnelles 11
Article 14 Suspension pour cause de mobilisation ou de départ à l'étranger 12
Article 15 Conséquences de la résiliation, de la radiation, de la suspension 12
Article 16 Délai de rétractation 12

CHAPITRE 4 COTISATIONS 13
Article 17 Fixation des cotisations 13
Article 18 Modulation des cotisations 13
Article 19 Modalités de paiement des cotisations 14
Article 20 Non-paiement des cotisations 14

CHAPITRE 5 GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTE - GAMME « MUTUELLES DU SOLEIL LIVRE II » 15
Section 1 Délais de stage/CARENCE 15
Article 21 Ouverture de droits 15
Article 22 Changement de garantie 16
Section 2 Prestations accordées par la Mutuelle 17
Article 23 Étendue des prestations 17
Article 24 Conditions de remboursement 17
Article 25 Respect de la Charte des Contrats Responsables 18
Article 26 Prescription 18
Article 27 Ticket modérateur 19
Article 28 Carte Vitale 19
Article 29 Carte de Tiers Payant 19
Article 30 Tiers Payant 19
Article 31 Précisions sur les garanties et pièces justificatives à fournir 19
Article 32 Disciplines Médico-Tarifaires et Groupes Homogènes de Séjours 20
Article 33 Contrôle médical 20
Article 34 Principe indemnitaire - Pluralité de débiteurs 20
Article 35 Mandat auprès des Prestataires de Santé 20
Section 3 Accident de droit commun 21
Article 36 Subrogation 21
Article 37 Conditions des garanties 21
Section 4 Accident du travail 22
Article 38 Recours 22
Section 5 Champ d'application des garanties 22
Article 39 Risques hors du champ d'application des garanties 22

CHAPITRE 6 GARANTIE HOSPITALIÈRE 22
Section 1 Risques garantis, Conditions d'admission, Renonciation 22
Article 40 Définition des garanties 22
Article 41 Description des garanties 22
Article 42 Adhésion Date d'effet 22
Article 43 Modalités de radiation 22
Article 44 Cotisations 22
Section 2 Stages et Franchises 23
Article 45 Délais de stage 23
Article 46 Franchise 23
Section 3 Prestations accordées par la Mutuelle 23
Article 47 Bénéfice des prestations 23
Section 4 Contrôle 23
Article 48 Contrôle des prestations servies 23
Section 5 Exclusions 23
Article 49 Risques non compris dans le champ d'application de la Garantie Hospitalière 23

CHAPITRE 7 GARANTIE « Indemnités Journalières en cas d'hospitalisation » 24
Article 50 Définition de la garantie 24
Article 51 Renouvellement 24
Article 52 Modalités de résiliation 24

CHAPITRE 8 GARANTIE « ALLOCATION FORFAITAIRE PERTE DE REVENU » 24
Article 53 Définition de la garantie 24
Article 54 Renouvellement 24
Article 55 Modalités de résiliation 24
Article 56 Cessation de garantie 24
Article 57 Délai de carence 25
Article 58 Prestations accordées par la Mutuelle 25

CHAPITRE 9 GARANTIE « FRAIS D'OBSÈQUES » 25
Article 59 Risque garanti 25
Article 60 Adhésion Durée Effet 25
Article 61 Modalités de radiation 25
Article 62 Cotisations 25
Article 63 Règlement des prestations 25
Article 64 Dispositif de lutte contre les contrats dits « en déshérence » 26

CHAPITRE 10 GARANTIE(s) Surcomplémentaire(s) 26
Article 65 Risque garanti & Applications des stipulations du règlement mutualiste 26

CHAPITRE 11 DISPOSITIONS DIVERSES 26
Article 66 Commission Sociale 26
Article 67 Réclamation - Médiation de la consommation 27
Article 68 Lutte contre la Fraude – ALFA – Partage d'informations 27
Article 69 Informatique et liberté 27
Article 70 Collecte des données téléphoniques 27
Article 71 Outils digitaux 28
Article 72 Consentement à recevoir des envois recommandés électroniques 28
Article 73 Loi applicable 28
Article 74 Autorité chargée du contrôle 28

Annexe 1 PRÉCISIONS SUR CERTAINS POSTES DE PRESTATIONS 29

Annexe 2 LISTE DES DISCIPLINES MEDICO-TARIFAIRES (DMT) PRISES EN CHARGE PAR MUTUELLES DU SOLEIL 34

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 OBJET

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles Mutuelles du Soleil Livre II (ci-après « la Mutuelle »), 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 individuelles, 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 individuelles assurées par la Mutuelle, à l'exception de celles bénéficiant d'un règlement spécifique ou dédié. Il s'applique également aux garanties individuelles transférées par les anciennes mutuelles qui ont été absorbées par Mutuelles du Soleil Livre II et notamment les mutuelles substituées qui ont été absorbées rétroactivement au 1er janvier 2020, à savoir : Mutuelle GANGEOISE n° SIREN 776.001.158 ; Mutuelle DU PIC ST LOUP – LA SCOLAIRE n° SIREN 443.826.144 ; Mutuelle LA FRATERNELLE DE LANSARGUES n° SIREN 443.820.691 ; Mutuelle LA MARSILLARGUOISE n° SIREN 350.177.226 ; Mutuelle L'INTERPROFESSIONNELLE n° SIREN 776.042.327 ; Mutuelle LOU CLAPAS – L'AVEYRONNAISE n° SIREN 443.911.342 ; Mutuelle LA FRATERNITÉ n° SIREN 443.815.196 ; Mutuelle LA VENDARGUOISE n° SIREN 443.821.624 ; Mutuelle LA PHILANTHROPIQUE n° SIREN 441.213.022), 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 adopté par le Conseil d'Administration dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale de Mutuelles du Soleil Livre II et de ses statuts.

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 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 EXISTANTES

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

Les garanties proposées par la Mutuelle visent :

- le remboursement ou la prise en charge des frais de santé, « Garantie Complémentaire Santé » ;
- le versement d'une allocation pour frais d'obsèques, « Garantie Frais d'Obsèques » ;
- une prestation « Allocations Forfaitaires Perte de Revenu » et « Garantie Hospitalière » ;
- Conformément aux dispositions des articles L. 116-1 et suivants du Code de la Mutualité, Mutuelle 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 la Mutuelle 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 sont régis par les dispositions contractuelles émises par ces tiers.

Article 4 OBLIGATION D'INFORMATION ET DEVOIR DE CONSEIL

4.1 INFORMATIONS PRÉALABLES ET DEVOIR DE CONSEIL

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

Le futur membre participant peut également consulter librement les Statuts et Règlements de Mutuelles du Soleil Livre II sur le site Internet: www.mutuellesdusoleil.fr et l'application mobile de Mutuelles du Soleil.

Le futur membre participant pourra également recevoir, s'il en fait la demande, les Statuts et le Règlement de Mutuelles du Soleil Livre III, mutuelle dédiée aux réalisations sanitaires et sociales.

4.2 INFORMATIONS PRÉALABLES, EN CAS D'OPÉRATIONS VENDUES À DISTANCE

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

Ces informations sont:

1° La dénomination de la mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro au Répertoire Sirène, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'identité, l'adresse de l'intermédiaire d'assurance et son numéro d'immatriculation au registre mentionné au I de l'article L. 512-1 du code des assurances ;
2° Le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci ;
3° La durée minimale de l'adhésion ainsi que les garanties et exclusions prévues par le règlement.
4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;
5° L'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de cotisation que la mutuelle ou l'union peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;
6° La loi sur laquelle la mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que la loi applicable au règlement et la langue que la mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée de l'adhésion ;
7° Les modalités d'examen des réclamations que le membre participant peut formuler au sujet du règlement mutualiste et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI du code de la consommation ;
8° Le document d'information normalisé mentionné à l'article L. 221-4 pour les opérations portant sur un risque non-vie.

Les informations sur les conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au règlement.
Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

Article 5 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'adhérent doit informer Mutuelles du Soleil Livre II si ce mode de communication n'est pas ou n'est plus adapté à sa situation.
À cette fin lors de son adhésion, l'adhérent fournit à Mutuelles du Soleil Livre II une adresse électronique valide. L'adhérent accepte par ce biais que toutes les informations adressées pour la gestion des garanties souscrites soient transmises par voie électronique et dématérialisée.
L'adhérent 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 lui 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

Article 6 Adhésion

Mutuelles du Soleil Livre II assure des garanties dites « de base » et des garanties surcomplémentaires.

6.1 Modalités d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-1 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 de Mutuelles du Soleil Livre II et du présent règlement.
Mutuelle 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 (membre participant et ayants droit éventuel(s)) 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.
Pour une adhésion aux garanties ATON ASSO, ASSO PRIMO, ASSO CONFORT et ASSO PERFORMANTE et leur renouvellement, le membre participant doit pouvoir justifier à l'adhésion et à chaque renouvellement du contrat qu'il est membre de l'association partenaire.

6.2 CAS PARTICULIER DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES

L'adhésion à une des garanties surcomplémentaires (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) de Mutuelles du Soleil Livre II est possible uniquement si le membre participant bénéficie d'une garantie de base assurée et commercialisée par Mutuelles du Soleil Livre II, les garanties surcomplémentaires de Mutuelles du Soleil Livre II venant compléter une des garanties de base assurées par Mutuelles du Soleil Livre II. Les personnes bénéficiant des garanties surcomplémentaires seront les mêmes que celles bénéficiant des garanties de base assurées et commercialisées par Mutuelles du Soleil Livre II.
Les garanties de base assurées par Mutuelles du Soleil Livre II permettant de bénéficier d'une garantie surcomplémentaire de Mutuelles du Soleil Livre II sont détaillées ci-dessous :

Surco 1 (accessible uniquement avec ATON 60, ATON ASSO 60, ATON 80, ATON ASSO 80, USIL 60, USIL 80, INTI 60, INTI ASSO 60 et INTI 80, INTI ASSO 80)
Surco 2 (accessible uniquement avec ATON 60, ATON ASSO 60, ATON 80, ATON ASSO 80, USIL 60, USIL 80, INTI 60, INTI ASSO 60 et INTI 80, INTI ASSO 80)
Surco 3 (accessible uniquement avec ATON 60, ATON ASSO 60, ATON 80, ATON ASSO 80, USIL 60, USIL 80, INTI 60, INTI ASSO 60 et INTI 80, INTI ASSO 80)
Surco « Bien-être » (accessible uniquement avec les garanties ATON, ATON ASSO, PRIMO, USIL et INTI, INTI ASSO)
Surco « Mieux-Être » (accessible uniquement avec les garanties IDÉALE et INTÉGRALE et NEXO, NEXO PLUS)
Surco MDS 12, MDS 13, MDS 23, MDS 24, MDS 34, MDS 35, MDS 45 (accessible uniquement avec les garanties « MDS PRO »)
Surco Expert Pro 12, Expert Pro 13, , Expert Pro 23, Expert Pro 24, , Expert Pro 34, Expert Pro 35, Expert Pro 45 (accessible uniquement avec les garanties « Expert Pro »)

Sous réserve de l'alinéa précédent, peuvent adhérer aux garanties surcomplémentaires individuelles de Mutuelles du Soleil Livre II :

- Les membres participants bénéficiant d'une garantie individuelle « ATON 60 », « ATON ASSO 60 » ou « ATON 80 », « ATON ASSO 80 »assurée par Mutuelles du Soleil Livre II,
- Les membres participants bénéficiant d'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 assurée par Mutuelles du Soleil Livre II.

Les membres participants bénéficiant d'une garantie individuelle (« ATON » ou « ATON ASSO » ou « PRIMO ») ou collective (« INTI » ou « INTI ASSO » ou « USIL ») peuvent souscrire à la garantie surcomplémentaire Surco Bien-être de Mutuelles du Soleil Livre II.
Les membres participants bénéficiant d'une garantie collective « IDÉALE » ou « INTÉGRALE » ou d'une garantie individuelle « NEXO » ou « NEXO PLUS » peuvent souscrire à la garantie surcomplémentaire Surco Mieux-être de Mutuelles du Soleil Livre II.

Une garantie surcomplémentaire peut être souscrite à n'importe quelle date, par le membre participant, après la souscription à une des garanties de base proposées par Mutuelles du Soleil Livre II.
Une garantie surcomplémentaire doit être souscrite pour le membre participant et ses ayants droit, et non pas pour le membre participant seul ou l'un de ses ayants droit seul.
Une seule garantie surcomplémentaire peut être souscrite en complément d'un contrat de base.
Il est précisé que les garanties surcomplémentaires de Mutuelles du Soleil Livre II pourront être en tout ou partie assurées par des organismes tiers, dans ces cas, les conditions générales des assureurs s'appliqueront sur la partie dont ils portent le risque.
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 présent règlement.

6.3 EFFETS DE L'ADHÉSION

En cas de prélèvement automatique, le paiement de la première échéance de cotisation pourra être effectué 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 jusqu'au renouvellement.
Lorsque l'adhésion est familiale, le bulletin est signé par le membre participant qui renseignera les informations relatives aux ayants droit.
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 Livre II, sera intégralement refusé.
Les membres participants de Mutuelles du Soleil Livre II sont, de droit, membres participants de Mutuelles du Soleil Livre III mutuelle dédiée de Mutuelles du Soleil Livre II.

Les membres participants ou honoraires auront également accès à la garantie « Mutuelles du Soleil Assistance » assurée par un tiers assureur.

6.4 Date d'effet - Durée de l'adhésion

Concernant les contrats souscrits avant le 1er février 2021, la demande d'adhésion signée implique l'affiliation pour l'année civile complète et la couverture de tous les bénéficiaires déclarés, entrant dans le champ d'application de l'Article 8 du présent règlement.
Concernant les contrats souscrits ou ayant une date de prise d'effet après le 1er février 2021, la demande d'adhésion signée 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 8 du présent règlement.
Cette disposition ne fait pas obstacle à la possibilité de résiliation infra-annuelle, conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité.
Concernant les seules garanties AVANTAGE, INITIAL et PROTON souscrites à compter du 1er janvier 2026, la demande d'adhésion signée implique l'affiliation pour l'année civile complète et la couverture de tous les bénéficiaires déclarés, entrant dans le champ d'application de l'Article 8 du présent règlement.
Concernant les seules garanties ASSO PRIMO, ASSO CONFORT et ASSO PERFORMANTE, souscrites à compter du 1er juin 2026, la demande d'adhésion signée implique l'affiliation pour l'année civile complète et la couverture de tous les bénéficiaires déclarés, entrant dans le champ d'application de l'Article 8 du présent règlement.

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

- **le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion complet en agence ;**
- **le lendemain de la date d'envoi du bulletin d'adhésion complet par courrier, cachet de la poste faisant foi, ou par tout support durable, horodatage automatisé faisant foi.**

.

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 (sauf pour les personnes bénéficiant déjà d'une garantie auprès de Mutuelles du Soleil pour laquelle ils auraient fourni ce document),
- 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 (ce mode de paiement sera obligatoire en cas de paiement mensuel).
- Un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations, si différent ;
- Si le payeur du contrat n'est pas le même que le souscripteur du contrat, 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,
- en cas d'adhésion à une offre « agents territoriaux ou hospitaliers », toute forme de justificatif mentionnant l'employeur,
- le certificat de radiation (à retourner au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II) et/ou la photocopie de la carte du précédent organisme complémentaire et le tableau de l'ancienne garantie. 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, la notification de radiation de la CSS,
- 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%).

6.5 Cas de Date d'effet rétroactive

Pour un adhérent (et ayant droit) de Mutuelles du Soleil ou dont le contrat était géré par Mutuelles du Soleil et ayant reçu la notification de la fin de droit (en raison d'une portabilité ou en raison d'une radiation du contrat autre que pour raison de non-paiement des cotisations ou pour fausses déclarations) postérieurement à leur date de radiation, la date d'effet de l'adhésion d'un adhérent ou ayant droit pourra être celle jusqu'à deux (2) mois moins un jour après la date de notification de fin de droit.

Pour un adhérent qui bénéficiait auparavant de la CSS, la date d'effet de l'adhésion pourra être celle jusqu'à deux (2) mois moins un jour après la date de notification de radiation de la CPAM, sous réserve sur présentation d'une preuve de radiation de moins de deux (2) mois moins un jour au moment de la demande d'adhésion.

La date d'effet de l'adhésion d'un adhérent ou ayant droit venant par mutation d'un autre organisme de complémentaire santé sera effective au jour de la date de radiation de l'ancien organisme si le certificat de radiation présenté date de moins de deux (2) mois au moment de la demande d'adhésion sous réserve d'une présentation d'un certificat de radiation de moins de deux (2) mois et du tableau de garantie de l'ancienne garantie.

6.6 Reconduction annuelle de l'adhésion

Pour les contrats souscrits avant le 1er février 2021, l'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II est reconduite tacitement au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation, radiation ou exclusion. En cas d'adhésion en cours d'année, l'adhésion produira ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année en cours et sera renouvelée au 1er janvier par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf résiliation, radiation ou exclusion.
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.
Cette disposition ne fait pas obstacle à la possibilité de résiliation infra-annuelle, conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité.
Concernant les seules garanties AVANTAGE, INITIAL et PROTON souscrites à compter du 1er janvier 2026, l'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II est reconduite tacitement au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation, radiation ou exclusion. En cas d'adhésion en cours d'année, l'adhésion produira ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année en cours et sera renouvelée au 1er janvier par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf résiliation, radiation ou exclusion.
Concernant les seules garanties ASSO PRIMO, ASSO CONFORT et ASSO PERFORMANTE, souscrites à compter du 1er juin 2026, l'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II est reconduite tacitement au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation, radiation ou exclusion. En cas d'adhésion en cours d'année, l'adhésion produira ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année en cours et sera renouvelée au 1er janvier par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf résiliation, radiation ou exclusion.

En application de l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité (Loi Châtel), pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuelle.
Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de mise en ligne dans le coffre-fort numérique.

6.7 Obligations d'information du membre participant après son adhésion

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de l'établissement de son contrat individuel. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration peut entraîner sa déchéance et les sanctions prévues aux Statuts et Règlements.
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, 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 ATON ASSO) ;
- et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour la mutuelle.

Seules les informations et demandes de modifications accompagnées de tout justificatif attestant de la nouvelle situation et fournies par le membre participant seront prises en compte par Mutuelles du Soleil Livre II.
Tout changement de situation professionnelle devra faire l'objet d'une information auprès de Mutuelles du Soleil Livre II.
En cas de changement de situation professionnelle, les adhérents aux gammes agents territoriaux et hospitaliers ne pourront plus bénéficier de ces garanties.

6.8 Reprise adhérents suite à impayés

Si l'adhérent revient après une radiation pour impayés et qu'il règle les sommes restant dues dans ce cas, un nouveau contrat sera conclu dans les conditions de l'article 6.4 du présent Règlement.
Aucune réactivation ou nouvelle adhésion n'est possible si l'adhérent a été radié plus d'une fois pour non-paiement. En tout état de cause, les prestations ne seront pas dues pendant la période entre deux contrats.

Article 7 Collèges répertoriés de membres

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

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

Article 8 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les membres participants de Mutuelle du Soleil Livre II, tels que définis aux Statuts, qui acquittent leurs cotisations, sont bénéficiaires des garanties auxquelles ils souscrivent.
Les membres participants qui acquittent leurs cotisations et bénéficient de prestations en ouvrent le droit à leurs ayants droit.
Par ayants droit, il faut entendre les personnes désignées sur le bulletin d'adhésion en tant que telles par le membre participant, et pouvant en avoir qualité.

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.

8.1 ADJONCTION DES AYANTS DROIT

Seul le membre participant peut demander à tout moment l'adjonction d'un de ses ayants droit.
Cet ajout prendra effet à la date choisie lors de la signature de l'avenant contractuel et au plus tôt :

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

Dans le cadre des anciennes garanties, seule l'adjonction d'un ayant droit est possible. Cet ajout pourra être uniquement demandé par le membre participant bénéficiant déjà de l'ancienne garantie et prendra effet au plus tôt le lendemain de la demande.
La date d'effet de l'adhésion d'un enfant nouveau-né ou d'un enfant adopté d'un membre participant correspondra à sa date de naissance ou d'adoption si l'enfant est inscrit dans ses trois (3) premiers mois suivants sa naissance ou adoption. Au-delà, la date d'effet de l'adhésion débutera au lendemain de la demande.

CHAPITRE 3 MODALITÉS DE RÉSILIATION, RADIATION ET SUSPENSION

Article 9 RÉSILIATION

9.1 RÉSILIATION ANNUELLE

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à Mutuelles du Soleil Livre II ou en déposant contre décharge sa demande dans une agence Mutuelles du Soleil 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 l'échéance.

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 sa radiation.

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

9.1.1 Cas particulier – Résiliation du Contrat dit « de base » et sort de la Surcomplémentaire

La résiliation d'une garantie dite « de base » ou en option facultative entraine la résiliation de plein droit et concomitante des garanties surcomplémentaires associées (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).

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 dite « de base » dans l'une des gammes individuelles « ATON », « ATON ASSO », ou « PRIMO » ou « NEXO » ou « NEXO PLUS » ou collective « USIL » ou « INTI », « INTI ASSO » ou « IDÉALE » ou « INTÉGRALE » ou « MDS PRO ».

9.1.2 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 USIL 60 ou USIL 80. La garantie surcomplémentaire Surco Bien-être peut être souscrite par les adhérents couverts par une garantie ATON, ATON ASSO, PRIMO, INTI, INTI ASSO ou USIL. La garantie surcomplémentaire Surco Mieux-être peut être souscrite par les adhérents couverts par une garantie « IDÉALE » ou « INTÉGRALE » ou « NEXO » ou « NEXO PLUS ». Les garanties USIL 60 ou USIL 80 peuvent être obtenues en adhérant à la fois à une garantie dite « de base » 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 de 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.

9.2 Cas particulier des personnes décédées

En cas de décès d'un membre participant, la copie de l'acte de décès doit être transmise à Mutuelles du Soleil Livre II pour que la radiation puisse être prise en compte.
La radiation interviendra le premier jour suivant la date du décès.
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.
La cotisation due pour couvrir la période pendant laquelle le risque court prend fin, après compensation éventuelle (indus…) 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.

9.3 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 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 9.1.1, la résiliation de la garantie dite « de base » entraine la résiliation d'office de la garantie surcomplémentaire (Surco 1, Surco 2, Surco 3 ou Surco Bien-être ou Surco Mieux-Être) éventuellement souscrite.

9.4 Résiliations exceptionnelles

9.4.1 Cadre Général

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

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

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties (membre participant ou Mutuelles du Soleil Livre II) lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.
Ainsi, si le changement de situation n'entraine pas une augmentation du montant de la cotisation, le changement de situation ne peut justifier une radiation en cours d'année.
La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.
La résiliation prend effet le 1er jour du mois suivant la réception de toutes les pièces justificatives par Mutuelles du Soleil Livre II.
Mutuelles du Soleil Livre II remboursera au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation et déduction faite des prestations éventuellement servies dans le respect du principe de compensation des créances réciproques prévu à l'article 24.3.
Cependant, lorsqu'un ayant droit conserve le contrat (ayant droit majeur), la portion de cotisation générant un avoir pourra être maintenue au crédit du compte cotisant.

La partie qui fait la demande de résiliation doit produire toutes pièces justificatives au soutien de son action par lettre recommandée avec avis de réception ou sur tout support durable adressé à Mutuelles du Soleil Livre II. Elle doit démontrer que le fait invoqué constitue, dans la situation nouvelle, une circonstance pénalisante eu égard aux avantages ouverts par la garantie souscrite.
Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de Tiers Payant délivrées par Mutuelles du Soleil Livre II. Dans tous les cas, le membre participant s'engage à informer les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de sa radiation. Le remboursement se fera dans un délai de 30 jours par virement sur le compte habituellement utilisé pour le paiement des cotisations, ou à défaut, sur le compte servant au remboursement des prestations.
En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers-payant ayant entraîné la prise en charge de frais par 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.

9.4.2 Résiliation pour Complémentaire Santé Solidaire (ancienne CMU-C Solidaire)

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 la Mutuelle.
Pour ce faire, le membre participant doit adresser au Service Relations Clients Régime Complémentaire de la Mutuelle, sa demande de radiation au titre de la 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 bénéfice 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 CSS. Si des prestations ont été versées, une compensation réciproque entre les cotisations versées et les prestations servies pourra s'opérer ou un remboursement des prestations versées sera réclamé à l'adhérent concerné.
- Si la demande de radiation pour bénéfice de la CSS 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 24.3.
Cependant, lorsqu'un ayant droit conserve le contrat (ayant droit majeur), la portion de cotisation générant un avoir pourra être maintenue au crédit du compte cotisant.
Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de Tiers Payant délivrées par la Mutuelle.
En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge des frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

9.4.3 Résiliation pour difficulté financière

Il est admis qu'une demande de radiation peut être déposée en cas de difficulté financière avérée et justifiée.
Pour être recevable, la demande doit s'accompagner de tous justificatifs attestant de la nouvelle situation induisant des difficultés financières.
Cette demande fera l'objet d'une étude par le service compétent et statuera sur la demande de radiation pour ce motif.

9.5 Demande de résiliation pour contrat collectif obligatoire

Les membres participants bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire familial par leur entreprise ne peuvent invoquer ce motif pour solliciter leur radiation en cours d'année.
En effet, dans le cadre des régimes mis en place par décision unilatérale, l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Évin », indique qu'aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place d'un système de garanties collectives obligatoire, ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système.
En conséquence, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime il peut y renoncer jusqu'à l'échéance de son contrat individuel.
De plus, dans le cas des régimes mis en place dans les conditions fixées par l'article L 911-1 du Code de la Sécurité Sociale (accord d'entreprise, référendum et décision unilatérale) 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 individuel.
Sans remise en cause du caractère obligatoire du contrat collectif existant dans leur entreprise, les membres participants ont la faculté de rester couverts par nos garanties jusqu'à l'arrivée de l'échéance annuelle de leur contrat.
Ceci exposé et afin de ne pas pénaliser les membres participants dont l'entreprise n'aurait pas prévu les cas de dispenses susvisés ou qui ne pourraient pas en bénéficier, Mutuelles du Soleil Livre II autorise les demandes de résiliation en cours d'année pour contrat collectif obligatoire sous réserve de produire les justificatifs suivants et de les adresser en recommandé avec accusé de réception à la Mutuelle:

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

En cas de radiation en cours d'année, sur présentation des justificatifs adéquats et adressés dans les (3) trois mois suivant la date de mise en place du contrat collectif obligatoire, **Mutuelles du Soleil Livre II remboursera la partie de cotisation correspondant à la**

période pendant laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation). Ce remboursement est subordonné à l'obligation préalable de restituer et/ou détruire sans délais la carte de tiers payant délivrée par Mutuelles du Soleil Livre II et de l'absence de prestations et de prises en charge servies ou délivrées pendant la période écoulée.
Si des prestations ont été servies, la radiation sera positionnée au 1er jour du mois suivant la dernière prestation versée.
Après la radiation, les sommes versées indument devront être restituées par l'adhérent à la première demande de Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 10 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 l'Article 20 « Non-paiement des cotisations » du présent règlement.

La radiation de la garantie dite « de base » pour non-paiement des cotisations entraine également la radiation d'office 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) éventuellement souscrite.

Article 11 RADIATION DES AYANTS DROIT

11.1 CADRE GÉNÉRAL

À chaque échéance annuelle, en envoyant sa demande au moins deux (2) mois avant l'échéance, le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet au moment du renouvellement du contrat.
En cours d'année, dans certains cas exceptionnels et sur justificatif(s), le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives. 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 en sa possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de la radiation d'un de ses ayants droit.
En cas de radiation en cours d'année sur présentation des justificatifs adéquats, le remboursement par Mutuelles du Soleil Livre II de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation) est soumis à l'obligation préalable de restituer 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.

11.2 CAS PARTICULIER DES AYANTS DROIT SÉPARÉS DU MEMBRE PARTICIPANT

Dans certains cas exceptionnels, l'ayant droit majeur peut demander sa radiation sur présentation des justificatifs afférents à sa situation (séparation, départ du foyer, mariage, changement de situation...). Cette radiation exceptionnelle aura lieu au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives et sera signalée par écrit au membre participant.
L'ayant droit majeur radié dans ce cadre devra restituer et/ou détruire sa carte de tiers payant, sans délais, 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.

Article 12 RADIATION POUR FAUSSES DÉCLARATIONS INTENTIONNELLES

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité (article 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.**
Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelles du Soleil Livre II qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 13 CAS PARTICULIERS DES FAUSSES DÉCLARATIONS NON INTENTIONNELLES

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.
Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, Mutuelle 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 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.
Mutuelles du Soleil Livre II restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

Article 14 SUSPENSION 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 ou de départ à l'étranger pour une période supérieure ou égale à trois (3) mois et jusqu'à 12 mois maximum pour des raisons professionnelles ou pour y suivre un cycle universitaire, sous réserve de produire les pièces justificatives. Il n'aura pas droit aux avantages accordés par 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 auprès du service compétent au sein 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 15 CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION, DE LA RADIATION, DE LA SUSPENSION

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, de la radiation ou pendant la période de suspension.
L'utilisation de la carte de tiers payant pendant une période de suspension ou après une radiation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices soufferts, par tous moyens légaux à disposition de Mutuelles du Soleil Livre II.
Mutuelles du Soleil Livre II se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.
En aucun cas, le membre participant radié pour des faits ayant causé un préjudice à Mutuelles du Soleil Livre II ne pourra devenir ayant droit d'un membre participant (conjoint ou autre), sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

Article 16 DÉLAI DE RÉTRACTATION

16.1 CHAMPS D'APPLICATION

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

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

Les contrats pour lesquels s'applique le délai de renonciation mentionné à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans la demande expresse du membre participant.
Lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel du service effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité. **Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à Mutuelles du Soleil Livre II si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.**

L'usage du droit de rétraction de la garantie dite « de base » entraine également la rétractation pour 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) éventuellement souscrite.

En ce qui concerne les opérations d'assurances dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, conformément à l'article L223-8 du code de la mutualité, tout membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion a la faculté d'y renoncer par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

16.2 Délais et modalités de restitution en cas de vente à distance

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II est tenu de rembourser au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours, toutes les sommes perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du paiement proportionnel du service financier effectivement fourni et à l'exclusion de toute pénalité.
Ce délai commence à courir le jour où Mutuelles du Soleil Livre II reçoit notification par le membre participant de sa volonté de renoncer au contrat souscrit, sous réserve qu'il n'ait pas bénéficié des garanties du contrat.
Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.
Ce délai commence à courir à compter du jour où le membre participant communique à Mutuelles du Soleil Livre II sa volonté de renoncer au contrat souscrit.

16.3 Modèle de formulaire de rétractation

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat.)
À l'attention de : Mutuelles du Soleil Livre II Service Relation Clients, 36/36 bis avenue Maréchal Foch - CS 91296 06005 Nice Cedex 1

Je/nous (*) vous notifie/notifions (*) par la présente ma/notre (*) rétractation du contrat portant sur la(les) garantie(s) ci-dessous:

Date d'effet :
N° d'adhérent :
Noms des garanties :

Nom de l'assuré principal/souscripteur :
Adresse de l'assuré principal/souscripteur :
Signature de l'assuré principal/souscripteur (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier):
Date:

CHAPITRE 4 COTISATIONS

Article 17 Fixation des cotisations

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions de l'article L. 110-2 du Code de la mutualité.
La tarification est fixée par branches d'activités garanties pour lesquelles 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 des cotisations est établi sur la base des tarifs en vigueur le jour de l'établissement du présent 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.

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 dite « de base » n'intègrent pas les cotisations des garanties surcomplémentaires (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) éventuellement souscrites.

Article 18 Modulation des cotisations

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

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

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

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

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

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

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

La cotisation peut être gratuite, selon la garantie souscrite :

- Pour les garanties SOLEA uniquement, pour le nouveau-né ou l'enfant adopté quel que soit leur nombre, pendant une période de six (6) mois suivant sa naissance ou son adoption, à condition que l'enfant soit inscrit dans les trois (3) premiers mois suivant sa naissance ou son adoption, pour une couverture identique à l'assuré, et sous réserve que le père, la mère ou le représentant légal soit membre participant de Mutuelles du Soleil Livre II. L'adhésion du nouveau-né ou de l'enfant adopté court à compter du jour de sa naissance ou de son adoption ;
- À compter du 4ème enfant. La gratuité ne concerne que le quatrième enfant et les suivants. Cette gratuité n'est pas applicable pour les garanties ASSO PRIMO, ASSO CONFORT et ASSO PERFORMANTE.
- Pour les garanties CITOYENNE, à compter du 3ème enfant. La gratuité ne concerne que le troisième enfant et les suivants.

Article 19 MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour les garanties souscrites avant le 1er février 2021, la cotisation est annuelle, payable d'avance au 31 décembre de l'année en cours.
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.
Concernant les seules garanties AVANTAGE, INITIAL et PROTON souscrites à compter du 1er janvier 2026, la cotisation est annuelle, payable d'avance au 31 décembre de l'année en cours.
Concernant les seules garanties ASSO PRIMO, ASSO CONFORT et ASSO PERFORMANTE souscrites à compter du 1er juin 2026, la cotisation est annuelle, payable d'avance au 31 décembre de l'année en cours.
Toutefois, pour tenir compte des débours qu'elle représente, son paiement peut être fractionné sans majoration. Tout acompte engage au règlement de la totalité de la cotisation de l'année considérée ; le paiement fractionné correspond à une facilité de paiement, et en aucun cas à une période de couverture.
Tout retard dans le paiement pourra entraîner une suspension de la garantie et des prestations et ce en conformité avec l'article L. 221-7 du Code de la mutualité et de l'Article 20 du présent règlement.
La cotisation étant due pour l'année (année civile pour les garanties souscrites avant le 1er février 2021 / année de date à date pour les garanties souscrites ou ayant une date de prise d'effet après le 1er février 2021 et jusqu'au 31 décembre 2025 / année civile pour les seules garanties AVANTAGE, INITIAL et PROTON souscrites à compter du 1er janvier 2026 ou les garanties ASSO PRIMO, ASSO CONFORT et ASSO PERFORMANTE souscrites à compter du 1er juin 2026,), elle reste due et acquise à Mutuelles du Soleil Livre II pour l'ensemble de la période.
Exceptionnellement, il pourra être procédé à un remboursement au *prorata temporis* (en produisant les justificatifs nécessaires, à compter du mois civil suivant la demande de résiliation), dans les cas énoncés à l'Article 9 du présent règlement. Le remboursement de la quote-part de cotisation due interviendra en conformité avec la réglementation en vigueur.
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.
Le paiement de la cotisation peut se faire par prélèvement bancaire ou postal, carte bancaire, en ligne via l'espace personnel adhérent et par virement. En cas de fractionnement mensuel, seul le prélèvement bancaire ou postal pourra être mis en place. Le prélèvement automatique annuel, semestriel, trimestriel, mensuel est exécuté sans frais à terme à échoir conformément aux dates inscrites sur l'échéancier communiqué au débiteur de la cotisation et sous réserve de la signature d'un mandat SEPA (Single Euro Payements Area) :

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

La cotisation est exprimée en euros.

Article 20 NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

20.1 GÉNÉRALITÉS

Pour prétendre aux prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations à la date du fait générateur du droit à garantir (date des soins, date du décès, etc.).
Conformément à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour Mutuelles du Soleil Livre II de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.
Mutuelles du Soleil Livre II a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent. Dans ce cas, le paiement de la cotisation annuelle est toujours dû.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.
La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à Mutuelles du Soleil Livre II la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

20.2 EN CAS DE REJET DU PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

En cas de rejet de prélèvement automatique, des frais de rejet appliqués par la banque seront imputés sur le compte cotisant du membre participant.
L'arrêt du prélèvement automatique s'effectue après premier rejet pour les motifs « pas ordre de payer », « refus de débit », « compte soldé/clos », « contestation ap » ou en cas de décès du membre participant.
L'arrêt du prélèvement automatique s'effectue après le second rejet au motif « provision insuffisante », l'échéance rejetée étant représentée automatiquement une seconde fois auprès de l'organisme bancaire du membre participant, sans qu'il soit nécessaire d'en informer ce dernier.
En conséquence de l'arrêt du prélèvement automatique, le règlement trimestriel sera la nouvelle périodicité de paiement applicable d'office, dès la reprise du contrat.
Le retour au mode de paiement par prélèvement automatique ne pourra être demandé par le membre participant auprès des services de gestion qu'après règlement total de l'arriéré.
Il pourra être demandé au membre participant la signature d'un nouveau mandat SEPA.

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

Section 1 **DÉLAIS DE STAGE/CARENCE**

Article 21 OUVERTURE DE DROITS

Les membres participants et leurs ayants droit ne bénéficient des garanties de Mutuelles du Soleil Livre II qu'après avoir payé la cotisation statutaire et accompli un stage déterminé en fonction de leur âge et selon la garantie souscrite (des prestations qui la composent) qui commence à courir à la date d'effet du contrat.

TABLEAU DES STAGES/CARENCES POUR LES GARANTIES DE LA GAMME DE BASE

Age postulant	Ticket modérateur	Prestations supplémentaires– Chambre Particulière – Forfaits**
0 à 6 mois (*)	**Offert**	**Offert**
6 mois et plus	**Offert**	**3 mois**

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

TABLEAU D'EXCEPTION DES STAGES/CARENCES SELON LES GARANTIES

Garanties	Délais de stage/carence	Postes concernés par le stage/carence
ATON 80	**9 mois (pour les garanties souscrites après le 1er janvier 2024)**	**Dentaire : Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale**
TAO 80	**9 mois**	**Dentaire : Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale**
ATON ASSO 80	**9 mois (pour les garanties souscrites après le 1er janvier 2024)**	**Dentaire : Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale**
ASSO PRIMO, ASSO CONFORT et ASSO PERFORMANTE	**9 mois (pour les garanties souscrites après le 1er juin 2026)**	**Dentaire : Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale**
Surco 1	**3 mois**	**Tous les postes de garanties**
Surco 2	**3 mois**	**Tous les postes de garanties**
Surco 3	**3 mois**	**Tous les postes de garanties**
Surco Bien-être	**Aucun**	**Tous les postes de garanties**
Surco Mieux-Être	**Aucun**	**Tous les postes de garanties**
Surco MDS 12, MDS 13, MDS 23, MDS 24, MDS 34, MDS 35, MDS 45	**Aucun**	**Aucun**

Surco Expert Pro 12, Expert Pro 13, Expert Pro 23, Expert Pro 24, Expert Pro 34, Expert Pro 35, Expert Pro 45	**Aucun**	**Aucun**

Sont dispensés de stage/carence :

- Les membres participants des garanties ATON ASSO, sauf pour l'orthodontie non-remboursée par la Sécurité sociale.
- Les membres participants des garanties CITOYENNE
- Les membres participants des garanties MPTUC retraités,
- Les bénéficiaires des garanties AVANTAGE, INITIAL, PROTON,
- À garantie équivalente, les postulants venant par mutation d'un autre organisme, sur présentation d'un certificat de radiation de moins de deux (2) mois, pour les prestations acquises antérieurement.
- Les membres participants ayant plus de deux (2) ans d'ancienneté dans une même garantie, désireux de changer leur garantie vers la garantie commercialisée directement supérieure.
- Les membres participants ayant plus de quatre (4) ans d'ancienneté dans une même garantie, s'ils optent pour une garantie de deux niveaux supérieurs.

En cas de production d'un certificat de radiation de moins de deux (2) mois et à garanties équivalentes, il n'y aura pas de stage/carence si l'adhésion est effective au jour de la date de radiation du contrat initial ou au jour de la date de fin de droits pour les anciens bénéficiaires de la CSS.

À contrario, si l'adhésion est effective au plus tôt le premier jour du mois suivant la demande et que cette date ne correspond pas à la date de radiation ou à la date de fin de droits du contrat initial, les délais de stages/carence seront appliqués.

Article 22 CHANGEMENT DE GARANTIE

22.1 CHANGEMENT VERS UNE GARANTIE DITE « DE BASE » SUPÉRIEURE À L'ÉCHÉANCE OU EN COURS D'ANNÉE

Un changement de la garantie dite « de base » peut intervenir une (1) fois par an, soit à échéance soit en cours d'année, vers une garantie supérieure, par avenant au contrat. La possibilité de changer à nouveau de garantie s'ouvrira après une période de douze (12) mois minimum suivant le dernier changement de garantie opéré.
Concernant les garanties ASSO PRIMO, ASSO CONFORT et ASSO PERFORMANTE, le membre participant peut faire le choix d'une garantie supérieure une (1) fois par an à échéance du contrat, par avenant au contrat. La possibilité de changer à nouveau de garantie s'ouvrira après une période de douze (12) mois minimum suivant le dernier changement de garantie opéré
Concernant les garanties ATON, ATON ASSO et TAO, le membre participant peut librement faire le choix d'une garantie supérieure en cours d'année autant de fois qu'il le désire, par avenant au contrat.
Dans le cas d'un changement en cours d'année, la nouvelle garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la demande et reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.
Cette date constitue le point de départ de la période de stage à accomplir conformément aux stipulations de l'Article 21 si le droit à ces prestations n'était pas acquis antérieurement.
Les membres participants ayant plus de deux (2) ans d'ancienneté dans une même garantie, au jour de la demande ou au jour de la mise en place de la nouvelle garantie, dans une même garantie ne se verront pas appliquer de stage s'ils optent pour une garantie directement supérieure.
Les membres participants ayant plus de quatre (4) ans d'ancienneté dans une même garantie ne se verront pas appliquer de stage s'ils optent pour une garantie de deux niveaux supérieurs, à l'exception des surcomplémentaires (Surco 1, Surco 2, Surco 3) pour lesquelles un nouveau délai de carence de trois (3) mois sera appliqué en cas de souscription à une garantie supérieure.
En tout état de cause, les soins antérieurs ou en cours (hospitalisation, dentaire, optique etc.) ne peuvent bénéficier de ce changement de garantie supérieure.

22.2 CHANGEMENT VERS UNE GARANTIE DITE « DE BASE » INFÉRIEURE À L'ÉCHÉANCE DU CONTRAT

À l'échéance du contrat, le membre participant peut librement faire le choix d'une garantie inférieure.
Concernant les garanties ASSO PRIMO, ASSO CONFORT et ASSO PERFORMANTE, le membre participant peut faire le choix d'une garantie inférieure une (1) fois par an à échéance du contrat, par avenant au contrat. La possibilité de changer à nouveau de garantie s'ouvrira après une période de douze (12) mois minimum suivant le dernier changement de garantie opéré
Concernant les garanties ATON ou ATON ASSO, le membre participant peut librement faire le choix d'une garantie inférieure en cours d'année autant de fois qu'il le désire, par avenant au contrat.
Dans le cas d'un changement en cours d'année, la nouvelle garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la demande et reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.

22.3 CHANGEMENT VERS UNE GARANTIE SURCOMPLÉMENTAIRE À L'ÉCHÉANCE OU EN COURS D'ANNÉE

Concernant les garanties surcomplémentaires (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) le changement vers une autre garantie (supérieure ou inférieure) n'est possible qu'après douze (12) mois de couverture dans la garantie surcomplémentaire souscrite.
Ce changement constitue une adhésion à un nouveau contrat de surcomplémentaire.

Section 2 **PRESTATIONS ACCORDÉES PAR LA MUTUELLE**

Article 23 ÉTENDUE DES PRESTATIONS

23.1 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 après expiration des stages prévus au présent règlement et dans le respect de l'Article 39 de celui-ci. Il est rappelé que la prise en charge de tout séjour en établissement hospitalier, dont la date d'entrée est antérieure à la date d'effet de l'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II, sera refusée dans sa totalité.
Les prestations sont basées sur la valeur du tarif de responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoires en vigueur. Ainsi, Mutuelles du Soleil Livre II intervient en complément des prestations servies par les régimes d'assurance maladie obligatoires ou sur des montants forfaitaires, indiqués au tableau de garanties, déduction faite du remboursement du régime obligatoire s'il existe et en complément de celui fait par la garantie de base 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 de début des soins est postérieure à l'ouverture des droits à la garantie peuvent donner lieu à une prise en charge par Mutuelles du Soleil Livre II.**
- **Pour l'orthodontie et les prothèses dentaires, elles doivent remplir les conditions visées à l'annexe I du présent règlement. De même, la date de début des soins 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 et s'ils sont postérieurs à l'ouverture des droits à la garantie.**

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

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

23.3 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 24 CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

24.1 CADRE GÉNÉRAL

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

24.1.1 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.

24.1.2 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, e-mail, fax).

24.2 Délais de versement des prestations

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

- Flux télétransmis : 2 jours
- 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.

24.3 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.**

24.4 Recouvrement des prestations indûment perçues

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

Article 25 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.

25.1 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.**

25.2 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 les prises en charge telles que détaillées à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 26 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 sont supérieurs à deux (2) ans (cf. prescriptions des hôpitaux, cliniques, Sécurité Sociale).
À l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations garanties par 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 27 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 28 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 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 29 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 sans délai 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, Mutuelles 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 30 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 21 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 devra ensuite adresser 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 31 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 1 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 complémentaire lui permettant d'appliquer la garantie souscrite et procéder aux remboursements des prestations.

31.1 Date des devis des professionnels de santé

Pour sa demande de prise en charge, évoquée au second alinéa de l'Article 30, 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.

31.2 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 30, 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 32 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 2 du présent règlement mutualiste.

Article 33 Contrôle médical

Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit à tout moment de contrôler, par son médecin ou son dentiste conseil, les membres participants qui lui présentent des prestations. Sa mission consiste à vérifier la réalité des dépenses ou des événements justifiant l'intervention de Mutuelles du Soleil Livre II.
Notamment, Mutuelles du Soleil Livre II peut exiger que soient fournis au médecin ou au dentiste conseil les diagnostics ainsi que toute information d'ordre médical de nature à éclairer la décision de prise en charge.
En cas de refus de se soumettre à ce contrôle médical administratif et/ou exclusivement médical, le membre participant ou le bénéficiaire peut se voir déchoir du droit aux avantages statutaires et la prestation litigieuse ne sera pas honorée par Mutuelles du Soleil Livre II.
En cas de désaccord avec le médecin ou dentiste conseil de Mutuelles du Soleil Livre II, le membre participant pourra recourir à la procédure suivante :

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

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

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

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

Article 34 Principe indemnitaire - Pluralité de débiteurs

I - Le remboursement des dépenses de maladie par Mutuelles du Soleil Livre II ne peut être supérieur au montant des sommes réellement engagées par le membre participant ou par le biais du tiers payant au professionnel de santé. De ce fait, Mutuelles du Soleil Livre II est fondé à récupérer les sommes indûment versées par tous moyens légaux à sa convenance.

II - Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris en application de l'alinéa 2 de l'article 9 de la loi dite « Évin » n° 89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque des garanties de même nature sont contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, elles produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.
Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'assuré ou du membre participant, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Article 35 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), l'adhérent 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.
L'adhérent pourra à tout moment retirer le présent mandat en le signalant à l'adresse dpo.livre2@mutuellesdusoleil.fr.

Section 3 **ACCIDENT DE DROIT COMMUN**

Article 36 SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L 224-9 du Code de la mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II est subrogé 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 37 CONDITIONS DES GARANTIES

Pour les soins consécutifs à un accident entrant dans le champ d'application des garanties de complémentaires santé (hors risques visés par l'Article 39), le membre participant doit faire une déclaration à Mutuelles du Soleil Livre II dans les quinze (15) jours qui suivent l'accident, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, indiquant :

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

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 d'assurance individuelle ou dans la mesure où cette police ne couvre pas les frais de santé garantis par elle et ce, dans la limite de leur 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 :

- 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 36 du présent règlement concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable dans la limite des dépenses que doit supporter Mutuelles du Soleil Livre II et ce, à due concurrence de l'indemnité mise à la charge du tiers, même si sa responsabilité est partagée avec la victime.
Mutuelles du Soleil Livre II peut, si elle le juge nécessaire, être partie à la procédure.
Le membre participant doit de même informer Mutuelles du Soleil Livre II de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à Mutuelles du Soleil Livre II qu'autant que cette dernière aura donné son accord.
En cas d'accidents scolaires ou sportifs, résultant de la pratique des sports non exclus, Mutuelles du Soleil Livre II n'intervient qu'à défaut d'une police individuelle ou collective ou d'une mutuelle spécialisée couvrant le membre participant contre ces risques.
Le membre participant qui recevrait de qui que ce soit un quelconque remboursement pour des frais de prise en charge et payés par Mutuelles du Soleil Livre II doit en effectuer immédiatement le reversement à cette dernière.
En tout état de cause, les remboursements prévus dans la garantie souscrite constituent des avances sur recours lorsque le membre participant est victime d'un accident qui engage soit :

- La responsabilité d'un tiers,

- La mise en œuvre d'une police individuelle ou collective ou d'une mutuelle spécialisée.

Section 4 **ACCIDENT DU TRAVAIL**

Article 38 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 de l'Article 36 et de l'Article 37 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 5 **CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES**

Article 39 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 HOSPITALIÈRE

Section 1 **RISQUES GARANTIS, CONDITIONS D'ADMISSION, RENONCIATION**

Article 40 DÉFINITION DES GARANTIES

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

Article 41 DESCRIPTION DES GARANTIES

La souscription de la Garantie Hospitalière permet, en cas d'hospitalisation causée par une maladie ou un accident, de couvrir les frais survenant à cette occasion, dans la limite de 30 jours par an. La limite d'âge à l'adhésion est fixée à 70 ans sauf en cas d'adhésion suite à une mutation si l'adhérent justifie que le risque était couvert par son ancienne garantie pour le même niveau.
Concernant les contrats Garanties Hospitalière MGH1, MGH2, MGH3, MGH4 anciennement assurées par les mutuelles absorbées et visées à l'article 1 - Objet, les hospitalisations sont couvertes dans le cas d'une chirurgie, de la médecine et d'une maternité et dans la limite de 180 jours par année civile.

Article 42 ADHÉSION DATE D'EFFET

Les modalités d'adhésion relatives à la Garantie Hospitalière sont identiques à celles mentionnées au CHAPITRE 2 du présent règlement.

Article 43 MODALITÉS DE RADIATION

Les modalités de radiation relatives à la Garantie Hospitalière sont identiques à celles mentionnées au CHAPITRE 3 du présent règlement.

Article 44 COTISATIONS

Les modalités de fixation et d'évolution des cotisations relatives à la Garantie Hospitalière sont identiques à celles mentionnées au CHAPITRE 4 du présent règlement. Les modalités de paiement et les sanctions en cas de non-règlement y sont également mentionnées.

Section 2 **STAGES ET FRANCHISES**

Article 45 DÉLAIS DE STAGE

L'indemnisation des membres participants aura lieu dès lors que l'hospitalisation intervient plus de trois (3) mois après la date d'effet du contrat.

Ce délai est supprimé en cas de demande d'indemnisation suite à un accident. Toutefois, seules les hospitalisations consécutives à un accident dont l'origine ou la première constatation médicale intervient après la date d'effet du contrat peuvent donner lieu à indemnisation.

Concernant les contrats Garanties Hospitalière MGH1, MGH2, MGH3, MGH4, l'indemnisation des membres participants aura lieu dès lors que l'hospitalisation intervient plus de trois (3) mois après la date d'effet du contrat pour une hospitalisation en maladie ou chirurgie et neuf (9) mois après la date d'effet pour la maternité. Ce délai n'est pas supprimé en cas de demande d'indemnisation suite à un accident.

Article 46 FRANCHISE

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

Concernant les contrats Garanties Hospitalière MGH1, MGH2, MGH3, MGH4, il n'existe pas de franchise. Ainsi, l'indemnisation est due dès le premier jour d'hospitalisation (prestation forfaitaire de base / jour et le cas échéant, la prestation complémentaire / jour ainsi que toute prestation chirurgicale complémentaire versée en une seule fois).

Section 3 **PRESTATIONS ACCORDÉES PAR LA MUTUELLE**

Article 47 BÉNÉFICE DES PRESTATIONS

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

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

Concernant les contrats Garanties Hospitalière MGH1, MGH2, MGH3, MGH4, la copie du dépôt de plainte n'est pas automatiquement demandée en cas d'agression.
Concernant les contrats Garanties Hospitalière MGH1, MGH2, MGH3, MGH4, le membre participant devra fournir les justificatifs de frais en vue de percevoir les prestations complémentaires journalières prévues au contrat ainsi que tout justificatif en cas de prestation chirurgicale complémentaire versée en une seule fois.

Le membre participant doit également fournir, à la demande de Mutuelles du Soleil Livre II et sous peine d'interruption de l'indemnisation, un rapport médical de son médecin traitant ou se soumettre aux visites, expertises et enquêtes médicales permettant de se prononcer sur l'ouverture ou la continuation de l'indemnisation, Mutuelles du Soleil Livre II assurant le coût de ces examens.
Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites et que les demandes de renseignements sont restées sans réponse, aucune prestation n'est exigible.
Les modalités de versement des prestations relatives à la Garantie Hospitalière sont identiques à celles mentionnées au chapitre V Section 2 et à l'annexe I du présent règlement.

Section 4 **CONTRÔLE**

Article 48 CONTRÔLE DES PRESTATIONS SERVIES

Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit de suspendre, le temps du contrôle, les prestations dès lors qu'un contrôle administratif diligenté par elle révèle une faute du membre participant. Mutuelles du Soleil Livre II peut réclamer le remboursement des versements indûment effectués. Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit de demander toutes pièces ou justificatifs permettant d'exercer le contrôle visé au présent article.

Section 5 **EXCLUSIONS**

Article 49 RISQUES NON COMPRIS DANS LE CHAMP D'APPLICATION DE LA GARANTIE HOSPITALIÈRE

Ne sont pas compris en sus pour la Garantie Hospitalière :

- **les risques maternité, y compris la césarienne ;**
- **les états de grossesse, sauf lorsqu'il s'agit d'interventions consécutives à une grossesse extra-utérine ;**
- **les hospitalisations concernant les enfants âgés de moins de trente jours ;**

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

Concernant les contrats Garanties Hospitalière MGH1, MGH2, MGH3, MGH4, les risques maternité (y compris la césarienne), les états de grossesse et les hospitalisations concernant les enfants âgés de moins de trente jours sont compris dans la Garantie Hospitalière.
Concernant les contrats Garanties Hospitalière MGH1, MGH2, MGH3, MGH4, ne sont pas compris en sus : les séjours en Maison de repos, de plein air, de retraite, de convalescence, les moyens séjours, rééducation, ambulatoire sans forfait bloc opératoires…

CHAPITRE 7 GARANTIE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION »

Article 50 DÉFINITION DE LA GARANTIE

Les garanties « indemnités journalière en cas d'hospitalisation » ont pour objet de permettre la perception d'allocations journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident, dans la limite de 30 jours par an. Dans ce cas, le membre participant reçoit des allocations journalières. L'indemnisation des membres participants est soumise à une franchise de deux (2) jours.

Article 51 RENOUVELLEMENT

Le contrat se renouvelle au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.
Cette offre n'étant plus commercialisée par Mutuelles du Soleil Livre II, le changement de couverture n'est pas possible.

Article 52 MODALITÉS DE RÉSILIATION

À chaque échéance annuelle, l'adhérent a la faculté de résilier son engagement, sous réserve de respecter un préavis d'un (1) mois soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours pour une résiliation au 31 décembre de l'année en cours.
Cette disposition ne fait pas obstacle à la possibilité de résiliation infra-annuelle, conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité.

CHAPITRE 8 GARANTIE « ALLOCATION FORFAITAIRE PERTE DE REVENU »

Article 53 DÉFINITION DE LA GARANTIE

La garantie « allocation forfaitaire perte de revenu » permet de garantir le versement d'une somme lorsque par suite d'un accident ou d'une maladie constatés médicalement, l'adhérent titulaire de la fonction publique et cotisant à la CNRACL est en incapacité temporaire de travail, au-delà de 90 jours d'arrêt. L'indemnisation se poursuit jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail.

Article 54 RENOUVELLEMENT

Le contrat se renouvelle au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.
Cette offre n'étant plus commercialisée par Mutuelles du Soleil Livre II, le changement de couverture n'est pas possible.

Article 55 MODALITÉS DE RÉSILIATION

À chaque échéance annuelle, l'adhérent a la faculté de résilier son engagement, sous réserve de respecter un préavis d'un (1) mois soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours pour une résiliation au 31 décembre de l'année en cours.

Article 56 CESSATION DE GARANTIE

La garantie cesse, sans que cette liste soit exhaustive, dans les cas suivants :

- à la mise en invalidité ;
- au jour du départ à la retraite ;
- en cas de défaut de paiement ;
- à la fin du contrat de travail ;

- en cas de demande de résiliation formulée par l'adhérent ;
- lorsque l'adhérent part résider à l'étranger.

Article 57 Délai de carence

Selon la garantie souscrite, l'indemnisation débute lorsque l'incapacité temporaire de travail, éventuellement reconnue par la commission de réforme, dépasse 90 jours continus ou discontinus.

Article 58 Prestations accordées par la Mutuelle

« L'allocation forfaitaire perte de revenu » est accordée par Mutuelles du Soleil Livre II sous réserve :

- de l'accomplissement d'une période de stage telle que définie aux conditions générales de la garantie « allocation forfaitaire perte de revenu » souscrite ;
- de la transmission de pièces justificatives définies aux conditions générales de la garantie « allocation forfaitaire perte de revenu » souscrite.

Le montant de l'allocation forfaitaire est défini lors de l'adhésion, sans pouvoir excéder la rémunération qu'aurait perçue l'adhérent s'il avait exercé normalement son activité professionnelle. Dans le cas contraire, la prestation sera réduite au prorata à concurrence du dépassement constaté.
Le versement de la prestation « Allocation forfaitaire perte de revenu » cesse dès la reprise de l'activité professionnelle.

CHAPITRE 9 GARANTIE « FRAIS D'OBSÈQUES »

Article 59 Risque garanti

En préambule, il est rappelé que la garantie « Frais d'Obsèques » est rattachée à la branche 20 de la classification des opérations d'assurance et constitue ainsi une garantie à part entière. Cette garantie est donc soumise aux mêmes modalités de résiliation que tout autre contrat.
Le versement de l'allocation pour frais d'obsèques est dû en cas de décès du membre participant et/ou de ses ayants droit de plus de douze (12) ans inscrits en tant que tels sur le bulletin d'adhésion.
Par « Frais d'obsèques », on entend l'ensemble des frais occasionnés par le décès du membre participant et/ou de ses ayants droit de plus de 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 60 Adhésion Durée Effet

Les modalités d'adhésion relatives à la garantie « Frais d'Obsèques » sont identiques à celles mentionnées au CHAPITRE 2 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 de recherche dans le cadre des contrats dits en déshérence.
La limite d'âge à l'adhésion est fixée à douze (12) ans minimum et à soixante-dix (70) ans maximum sauf en cas d'adhésion suite à une mutation si l'adhérent justifie que le risque était couvert par son ancienne garantie pour un montant supérieur ou égal.
Chaque année, l'Assemblée Générale vote la reconduction, la modification ou la suppression de la garantie « Frais d'Obsèques ».

Article 61 Modalités de radiation

Les modalités de radiation relatives à la garantie « Frais d'Obsèques » sont identiques à celles mentionnées au CHAPITRE 3 du présent règlement.

Article 62 Cotisations

Les modalités de fixation et d'évolution des cotisations relatives à la garantie « Frais d'Obsèques » sont identiques à celles mentionnées au CHAPITRE 4 du présent règlement.
Les modalités de paiement et les sanctions en cas de non-règlement y sont également mentionnées.

Article 63 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 64 Dispositif de lutte contre les contrats dits « en déshérence »

64.1 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.

64.2 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.

65.3 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 10 GARANTIE(S) SURCOMPLÉMENTAIRE(S)

Article 65 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.
L'ensemble des stipulations du règlement mutualiste ci-dessus s'applique aux garanties surcomplémentaires sauf mention contraire.

CHAPITRE 11 DISPOSITIONS DIVERSES

Article 66 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 67 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 Prudentielle et 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 68 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 69 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, CS 91296, 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 70 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 71 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 72 CONSENTEMENT À RECEVOIR DES ENVOIS RECOMMANDÉS ÉLECTRONIQUES

Par son adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II, chaque membre participant 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 73 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 74 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).

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, pour les enfants de moins de 16 ans et/ou les personnes âgées de 66 ans et plus, Mutuelles du Soleil Livre II prend en charge les frais de lit et de repas, pour un accompagnant quel qu'il soit dans l'établissement de soins public ou privé. La prise en charge de cette prestation s'effectuera uniquement sur présentation de 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'accompagnant 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.

Allocation journalière hospitalisation d'un enfant
Selon la garantie surcomplémentaire souscrite, Mutuelles du Soleil Livre II versera une allocation, aux bénéficiaires âgés de moins de 16 ans inscrits au contrat, par jour d'hospitalisation nécessitant un séjour. Cette attribution prendra effet à compter du premier jour d'hospitalisation. Cette allocation sera déclenchée dès réception du bulletin d'hospitalisation précisant le nombre de jour d'hospitalisation.

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, 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

Homéopathie - Phytothérapie

Facture nominative (nom et prénom) conforme acquittée. Médicaments prescrits non remboursables 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. 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 la Mutuelle qui correspondent en tout point à la facturation faite par la suite pourront donner lieu à remboursement.
En cas de modification du devis adressé initialement, le dentiste devra fournir un nouveau devis à soumettre à 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.

Blanchiment des dents : Le blanchiment des dents devra être effectué par un dentiste. Le remboursement s'effectue sur présentation d'une facture détaillée conforme acquittée.

OPTIQUE ET AUDITION

Forfait Verres et Montures : selon la garantie souscrite, il est prévu de prendre en charge les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel. Ces forfaits doivent être compris entre des planchers et des plafonds fixés par les articles L 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Ils incluent le Ticket Modérateur (TM). Pour l'application des plafonds susvisés, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 euros. Cette limite s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux (2) verres et d'une (1) monture, par période de deux (2) ans à compter de la date de délivrance de l'équipement précédent. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par un changement de dioptrie, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un (1) an. 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. Les forfaits d'adaptation aux lentilles sont exclus du forfait.

Équipement optique dans le cadre de la pratique d'un sport : facture détaillée acquittée.

Implants intraoculaires (par oeil) - hors cataracte monofocale : Facture acquittée accompagnée de la facture hospitalière 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.

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

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

Forfait Sport sur Ordonnance/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 direct.

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).
Les séances d'ergothérapie, réflexologie, shiatsu faites par un professionnel diplômé dans la discipline sont couverts par la garantie Surcomplémentaire uniquement.

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.

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 au contrat 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.

Bilan Troubles cognitifs/apprentissage enfant - Forfait annuel par bénéficiaire : bilan réalisé par un spécialiste pour déceler les troubles spécifiques des apprentissages comprenant : dyslexie, dysorthographie, dyscalculie, dysphasie, dyspraxie. Facture conforme acquittée du professionnel de santé. Lorsque le bilan est pris en charge par la Sécurité sociale, transmettre le décompte.

Forfait globetrotter - vaccins prescrits non remboursés liés aux voyages à l'étranger : prise en charge limitée aux vaccins recommandés dans le cadre d'un voyage par l'institut Pasteur ou bulletin annuel officiel des recommandations sanitaires pour les voyageurs, hors consultations et hors médicaments. Facture détaillée conforme acquittée.

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

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
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
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

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
			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
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

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
465	CURE MED SPE	CURE MÉDICALE SPÉCIALISÉE	728	CARDIO INFANTIL	CARDIOLOGIE INFANTILE
466	CONVALESCENCE	CONVALESCENCE ET RÉADAPTATION POUR PERSONNES ÂGÉES	729	NEPHRO INFANTIL	NÉPHROLOGIE INFANTILE
467	CURE CARDIO ENF	CURE MÉDICALE SPÉCIALISÉE CARDIOLOGIQUE POUR ENFAN	730	CARCINOLOGIE EN	CARCINOLOGIE INFANTILE
468	CURE TOUS AGES	CURE MÉDICALE SPÉCIALISÉE CARDIOLOGIQUE TOUS 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
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

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
617	DEFICIENCE	DÉFICIENCE SOMATO PSYCHO	797	HÉMODIALYSE	HÉMODIALYSE POUR CHRONIQUES ADULTES
618	ENF. HEMOPHILES	POUR ENFANTS HÉMOPHILES (MECS PERM.)	798	HÉMODIALYSE ENF	HÉMODIALYSE POUR CHRONIQUES ENFANTS
619	ENF. HEMOPHILES	POUR ENFANTS HÉMOPHILES (MECS TEMP.)	799	ASS. VENTILATOI	ASS. VENTILATOIRE AVEC PROTHÈSE EXTRA-THORACIQUE
620	INFIRMES ORTHOP	POUR INFIRMES ORTHOPÉDIQUES (MECS PERM.)	800	ASSIST. VENTIL.	ASSIS.VENTIL.PRESS POSITIVE CONT/AUT.TECH. PART AG
621	INFIRMES ORTHOP	POUR INFIRMES ORTHOPÉDIQUES (MECS TEMP.)	801	INSULINOTHERAPI	INSULINOTHÉRAPIE
622	ENFANT ENURETIQ	POUR ENFANTS ÉNURÉTIQUES (MECS PERM.)	803	PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE
623	ENFANT ENURETIQ	POUR ENFANTS ÉNURÉTIQUES (MECS TEMP.)	809	HÉMATOLOGIE	HÉMATOLOGIE PÉDIATRIQUE
624	AUTRE SPECIALIS	AUTRE SPÉCIALISÉE (MECS PERM.)	811	IMMUNO TISSU	IMMUNO TISSULAIRE ET AUTO IMMUNITÉ
625	AUTRE SPECIALIS	AUTRE SPÉCIALISÉE (MECS TEMP.)	812	SÉROLOGI VIRAL	SÉROLOGIE VIRALE
626	ACC ENF HERBERG	ACCUEIL DES ENFANTS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT	813	SÉROLOGI BACTE	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

Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline	Code DMT	Libellé court "Mutuelles du Soleil"	Discipline
			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	