mutuelles du soleil

Mutuelles du Soleil

Livre II du Code de la Mutualité

Règlement mutualiste

Valant notice d'information

Contrats individuels

Applicable au 1er janvier 2019

Numéro SIREN 782 395 511

Approuvé par le conseil d'administration du 19 octobre 2018

Siège social : 36-36 bis av. Marechal Foch
CS 91296 - 06005 Nice Cedex 1
LEI n° 969500A45CJVFD0G8R17

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

CHAPITRE I. DISPOSITIONS GENERALES 5

ARTICLE 1 - OBJET 5
ARTICLE 2 - MODIFICATIONS DU REGLEMENT 5
ARTICLE 3 - GARANTIES PROPOSEES PAR LA MUTUELLE 5
ARTICLE 4 - OBLIGATION D'INFORMATION 5
4.1 - Informations préalables 5
4.2 - Informations préalables, en cas d'opérations vendues à distance 5
4.3 - Informations spécifiques aux communications par téléphonie vocale 6

CHAPITRE II. L'ADHESION 6

ARTICLE 5 - ADHESION 6
5.1 - Modalités d'adhésion 6
5.2 - Effets de l'adhésion 6
5.3 - Date d'effet - Durée de l'adhésion 6
5.4 - Particularités d'une adhésion en ligne 7
5.5 - Reconduction annuelle de l'adhésion 7
5.6 - Obligations d'information du membre participant après son adhésion 7
5.7 - Reprise adhérents suite à impayé 7
ARTICLE 6 - CATEGORIE DE MEMBRES 7
ARTICLE 7 - BENEFICIAIRES DES GARANTIES 8
7.1 - Membre participant et ses ayants droit 8
7.2 - Ayants droit 8
7.2.1 Cadre général 8
7.2.2 Particularités de la gamme ACORIS 8
7.3 - Adjonction des ayants droit 8

CHAPITRE III. MODALITES DE RESILIATION, RADIATION ET SUSPENSION 8

ARTICLE 8 - RESILIATION 8
8.1 - Résiliation annuelle 8
8.2 - Cas particulier des personnes décédées 8
8.3 - Résiliations exceptionnelles 9
8.3.1 Cadre Général 9
8.3.2 Résiliation pour CMU-C 9
8.3.3 Résiliation pour difficulté financière 9
8.4 - Demande de résiliation pour contrat collectif obligatoire 9
8.5 - Demande de résiliation en cas de renouvellement ou d'obtention de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) 10
ARTICLE 9 - RADIATION DES AYANTS DROIT 10
9.1 - Cadre général 10
9.2 - Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant 10
ARTICLE 10 - RADIATION POUR FAUSSES DECLARATIONS INTENTIONNELLES 10
ARTICLE 11 - CAS PARTICULIERS DES FAUSSES DECLARATIONS NON INTENTIONNELLES 10
ARTICLE 12 - SUSPENSION 11
ARTICLE 13 - CONSEQUENCES DE LA RESILIATION, DE LA RADIATION, DE LA SUSPENSION 11
ARTICLE 14 - DELAI DE RETRACTATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE 11
14.1 - Champs d'application 11
14.2 - Délais et modalités de restitution en cas de vente à distance 11

CHAPITRE IV. COTISATIONS 11

ARTICLE 15 - FIXATION DES COTISATIONS 11
ARTICLE 16 - MODULATION DES COTISATIONS 12
ARTICLE 17 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS 12
ARTICLE 18 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS 12
ARTICLE 19 - AIDE AU PAIEMENT D'UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DE SANTE (ACS) : OFFRE ATOUT CŒUR SANTE 13

CHAPITRE V. GARANTIE COMPLEMENTAIRE SANTE - GAMME « Mutuelles du Soleil Livre II » 13

SECTION 1 - Délais de stage 13

ARTICLE 20 - OUVERTURE DE DROITS 13
ARTICLE 21 - CHANGEMENT DE GARANTIE 13
21.1 - Changement vers une garantie supérieure en cours d'année 13
21.2 - Changement vers une garantie inférieure en cours d'année 14
21.3 - Changement vers une garantie inférieure au 1er janvier de l'année suivante 14

SECTION 2 - Prestations accordées par la Mutuelle 14

ARTICLE 22 - ETENDUE DES PRESTATIONS 14
22.1 - Cadre général 14
22.2 - Soins à l'étranger 14
22.3 - Cas particulier des Actes de prévention 14
ARTICLE 23 - CONDITIONS DE REMBOURSEMENT 14
23.1 - Cadre général 14
23.1.1 En cas de télétransmission 14
23.1.2 Hors cas de télétransmission 14
23.1. 2.1 Actes pris en charge par la Sécurité Sociale 14
23.1. 2.2 Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale 14
23.2 - Principe de compensation des créances réciproques 14
ARTICLE 24 - RESPECT DE LA CHARTE DES CONTRATS RESPONSABLES 15
24.1 - Prestations non couvertes par les contrats responsables 15
24.2 - Prestations obligatoirement couvertes par les contrats responsables 15
ARTICLE 25 - PRESCRIPTION 15
ARTICLE 26 - TICKET MODERATEUR 16
ARTICLE 27 - CARTE VITALE 16
ARTICLE 28 - CARTE DE TIERS PAYANT 16
ARTICLE 29 - DEVIS DENTAIRES 16
ARTICLE 30 - TIERS PAYANT 16
ARTICLE 31 - PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES 16
ARTICLE 32 - DISCIPLINES MEDICO-TARIFAIRES ET GROUPES HOMOGENES DE SEJOURS 18
ARTICLE 33 - CONTROLE MEDICAL 18
ARTICLE 34 - PRINCIPE INDEMNITAIRE - PLURALITE DE DEBITEURS 18

SECTION 3 - Accident de droit commun 18

ARTICLE 35 - SUBROGATION 18
ARTICLE 36 - CONDITIONS DES GARANTIES 18

SECTION 4 - Accident du travail 19

ARTICLE 37 - RECOURS 19

SECTION 5 - Champ d'application des garanties 19

ARTICLE 38 - RISQUES HORS DU CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES 19

SECTION 6 - TABLEAUX DES GARANTIES 20

ARTICLE 39 - GAMME « SOLEA » - REGIME GENERAL ASSURES SOCIAUX - REGIME DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS. 20
ARTICLE 40 - GAMME « PATRONS COIFFEURS » - REGIME DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS - NON CONFORME AVEC LE DECRET N°2014-1374 DU 18 NOVEMBRE 2014 23
ARTICLE 41 - ANCIENS PRODUITS DE LA MUTUELLE MCM 23
ARTICLE 42 - ANCIENS PRODUITS DE LA MUTUELLE MUTALPES 23
ARTICLE 43 - ANCIENS PRODUITS DE LA MUTUELLE CENTRE SOCIAL MUTUALISTE 23
ARTICLE 44 - ANCIENS PRODUITS DE LA MUTUELLE AUBAGNAISE 23
ARTICLE 45 - ANCIENS PRODUITS DE LA MUTUELLE SAINTE BAUME 23
ARTICLE 46 - ANCIENS PRODUITS DE LA MUTUELLE SAINT VICTOR 23
ARTICLE 47 - ANCIENS PRODUITS DE LA MUTUELLE FAMILIALE DU PERSONNEL DES PAPETERIES ETIENNE 23
ARTICLE 48 - ANCIENS PRODUITS DE LA MUTUELLE SAINT JEAN-BAPTISTE 23

ARTICLE 49 - PRODUITS ET ANCIENS PRODUITS DES MUTUELLES SUBSTITUEES 23
ARTICLE 50 - CONTRATS RESPONSABLES GERES ET/OU PROPOSES PAR MUTUELLES DU SOLEIL LIVRE II 23

CHAPITRE VI. GARANTIE HOSPITALIERE 24

SECTION 1 - Risques garantis, Conditions d'admission, Renonciation 24

ARTICLE 51 - DEFINITION DES GARANTIES 24
ARTICLE 52 - DESCRIPTION DES GARANTIES 24
ARTICLE 53 - ADHESION DATE D'EFFET 24
ARTICLE 54 - MODALITES DE RADIATION 24
ARTICLE 55 - COTISATIONS 24

SECTION 2 - Stages et Franchises 24

ARTICLE 56 - DELAIS DE STAGE 24
ARTICLE 57 - FRANCHISE 24

SECTION 3 - Prestations accordées par la Mutuelle 24

ARTICLE 58 - BENEFICE DES PRESTATIONS 24

SECTION 4 - Contrôle 24

ARTICLE 59 - CONTROLE MEDICAL 24
ARTICLE 60 - LITIGES MEDICAUX 24

SECTION 5 - Exclusions 25

ARTICLE 61 - RISQUES NON COMPRIS DANS LE CHAMP D'APPLICATION DE LA GARANTIE HOSPITALIERE 25

CHAPITRE VII. GARANTIE « ALLOCATION FORFAITAIRE PERTE DE REVENU » 25

ARTICLE 62 - DEFINITION DE LA GARANTIE 25
ARTICLE 63 - RENOUVELLEMENT 25
63.1 - RENOUVELLEMENT ANNUEL 25
63.2 - CHANGEMENT DE GARANTIE EN COURS D'ANNEE 25
ARTICLE 64 - MODALITES DE RADIATION 25
ARTICLE 65 - CESSATION DE GARANTIE 25
ARTICLE 66 - DELAI DE CARENCE 25
ARTICLE 67 - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE 25

CHAPITRE VIII. GARANTIE « FRAIS D'OBSEQUES » 26

ARTICLE 68 - RISQUE GARANTI 26
ARTICLE 69 - ADHESION DUREE EFFET 26
ARTICLE 70 - MODALITES DE RADIATION 26
ARTICLE 71 - COTISATIONS 26
ARTICLE 72 - REGLEMENT DES PRESTATIONS 26
ARTICLE 73 - DELAIS DE STAGE 26
ARTICLE 74 - FORFAITS OBSEQUES 26

CHAPITRE IX. DISPOSITIONS DIVERSES 27

ARTICLE 75 - COMMISSION SOCIALE 27
ARTICLE 76 - RECLAMATION - MEDIATION DE LA CONSOMMATION 27
ARTICLE 77 - INFORMATIQUE ET LIBERTE 27
ARTICLE 78 - COLLECTE DES DONNEES TELEPHONIQUES 27
ARTICLE 79 - INTERPRETATION 27
ARTICLE 80 - LOI APPLICABLE 27
ARTICLE 81 - AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE 27

CHAPITRE I. DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Objet

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure les garanties souscrites par ses membres participants, dans le cadre d'opérations individuelles. Les dispositions du présent règlement s'appliquent à tous les membres participants et à leurs ayants droit inscrits en tant que tels lors de l'adhésion.
Le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et Mutuelles du Soleil Livre II en ce qui concerne les prestations et les cotisations.
Les membres participants sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux Statuts.
Il est élaboré par le Conseil d'Administration.
Il est régi par le Code de la mutualité.
L'ensemble des dispositions légales et réglementaires non prises en compte dans le présent règlement en raison de leur date de parution s'appliqueront de plein droit, dès lors qu'elles auront un caractère d'ordre public.
Elles feront l'objet ultérieurement d'adaptation par le Conseil d'Administration de Mutuelles du Soleil Livre II.

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.
Elles s'imposent aux membres participants et à leurs ayants droit dès cet instant.
Le Règlement est disponible sur le site internet www.mutuellesdusoleil.fr et peut être adressé à chaque membre sur simple demande de sa part.

Article 3 - Garanties proposées par la Mutuelle

Les garanties constituent les prestations donnant lieu à un remboursement, selon l'option contractuelle souscrite.
Les garanties proposées par la Mutuelle selon les branches pour lesquelles elle a été agréée, visent :

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

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

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

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

Article 4 - Obligation d'information

4.1 - Informations préalables

Conformément à l'article L.221-4 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles prévues au II de l'article L. 221-2, Mutuelles du Soleil remet au membre participant ou futur membre participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement ou une fiche d'information sur le règlement qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques ainsi que tout autre document le cas échéant.
Le futur membre participant peut également consulter librement les Statuts et Règlements de Mutuelles du Soleil Livre II sur le site Internet de la Mutuelle : www.mutuellesdusoleil.fr.
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 de Mutuelles du Soleil Livre II.
L'article L.221-4 du Code de la Mutualité prévoit qu'un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles est constatée la remise de ces documents ainsi que le délai qui doit s'être écoulé entre la remise de ces documents et la signature du bulletin d'adhésion.

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 pour l'essentiel :

- La dénomination de la mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au répertoire SIRENE, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ou 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 ;
- 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 ;
- La durée de validité du bulletin d'adhésion qui est de deux mois pour les bulletins émis par Mutuelles du Soleil Livre II ;
- Les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- 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 ;
- 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 peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation. En effet, si le membre participant qui demande une prise d'effet immédiate de sa garantie utilise son droit à renonciation, il sera redevable envers Mutuelles du

Soleil Livre II d'une somme équivalente aux services effectivement fournis par la mutuelle s'élevant au minimum à un mois de cotisation ;

- La loi sur laquelle la mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement et la langue que la mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée du bulletin d'adhésion au règlement ;
- Les modalités d'examen des réclamations que le membre participant peut formuler au sujet du bulletin d'adhésion au règlement y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.
- Le document d'information normalisé mentionné à l'article L. 221-4 pour les opérations portant sur un risque non-vie.

4.3 - Informations spécifiques aux communications par téléphonie vocale

En cas de communication par téléphonie vocale, l'interlocuteur salarié de Mutuelles du Soleil Livre II doit indiquer sans équivoque, au début de toute conversation avec le futur membre participant, le nom de la mutuelle ainsi que le caractère commercial de l'appel.
La personne en contact avec le membre participant doit, en outre, préciser son identité et son lien avec la mutuelle.

CHAPITRE II. L'ADHESION

Article 5 - Adhésion

5.1 - Modalités d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, l'engagement réciproque du membre participant et de Mutuelles du Soleil Livre II résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.
La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du présent règlement. La mutuelle est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur. Le bulletin d'adhésion indique notamment :

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

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

5.2 - Effets de l'adhésion

En cas de prélèvement automatique au 10 de chaque mois, le paiement de la première mensualité de cotisation devra être effectué par chèque, carte bancaire ou virement, sauf si la date d'effet de l'adhésion est postérieure de plus d'un mois à la date de signature du contrat..
Pour tout autre mode de règlement, le paiement d'une (1) mensualité de cotisations par chèque, carte bancaire, virement sera exigé.
En fonction de la périodicité choisie, trimestrielle, semestrielle ou annuelle, la demande d'adhésion est formalisée par le paiement d'un acompte correspondant à une échéance (un trimestre, un semestre ou l'année entière).
Le membre participant s'engage au paiement de la cotisation statutaire.
L'encaissement du paiement déclenchera la prise en compte de l'adhésion.
La périodicité de paiement mensuel n'est possible que par prélèvement au 10 de chaque mois pour toute périodicité choisie.
En cas d'adhésion en cours d'année, les cotisations ne seront dues qu'au prorata de la période restant à courir.
Lorsque l'adhésion est familiale, le bulletin est signé par le membre participant.
En tout état de cause, les soins, dont les dates sont antérieures à la date d'effet, ne pourront donner lieu à paiement. Tout séjour en établissement hospitalier, dont la date d'entrée est antérieure à la date d'effet de l'adhésion à Mutuelles du Soleil, sera intégralement refusé.
En adhérant à Mutuelles du Soleil Livre II, le membre participant ou honoraire devient membre de droit de Mutuelles du Soleil Livre III.
En adhérant à Mutuelles du Soleil Livre II, le membre participant ou honoraire aura accès à la garantie de Mutuelles du Soleil Assistance.

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

La demande d'adhésion signée implique l'affiliation pour l'année civile complète et la couverture de tous les bénéficiaires déclarés, entrant dans le champ d'application de l'article 7 du présent règlement.
L'engagement contractuel du membre participant prendra effet à la date choisie lors de l'adhésion et au plus tôt :

- le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion complet en agence,
- le lendemain de la date d'envoi du bulletin d'adhésion complet par courrier, cachet de la poste faisant foi.

Pour être complet, ce dernier devra comporter :

- la demande d'adhésion complétée et signée valant bulletin d'adhésion,
- la fiche d'informations et devoir de conseil signée aux deux endroits prévus,
- une photocopie de l'attestation papier « carte vitale » et le cas échéant celle des bénéficiaires de moins de trois (3) mois,
- une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité,
- un relevé d'identité bancaire (pour le versement des prestations),
- un mandat SEPA ainsi qu'un RIB si ce dernier est différent du précédent et si ce mode de règlement est choisi (ce mode de paiement sera obligatoire en cas de paiement mensuel).
- 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 ainsi qu'une autorisation écrite du payeur,
- le paiement d'un mois de cotisation sera requis et viendra en déduction de la cotisation règlementaire annuelle,
- les deux exemplaires du formulaire Contrat Loi Madelin (datés et signés) pour les travailleurs non-salariés,
- le cas échéant, l'attestation de déclaration de vie commune (complétée et signée) ou une attestation de PACS,
- le cas échéant, une photocopie de l'extrait K bis ou des statuts de l'entreprise,
- en cas d'adhésion à une offre « agents territoriaux ou hospitaliers », toute forme de justificatif mentionnant l'employeur.
- le certificat de radiation (à retourner au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II) ou la photocopie de la carte du précédent organisme complémentaire. En cas de production d'un certificat de radiation de moins de deux mois et à garanties équivalentes, il n'y aura pas de stage si l'adhésion est effective au jour de la date de radiation du contrat initial,
- le détail de l'ancienne garantie complémentaire santé,

- pour les enfants de plus de 20 ans bénéficiaires du contrat complémentaire santé : soit un certificat de scolarité, soit la copie de la carte d'étudiant, soit la copie du contrat d'apprentissage ou de formation par alternance, soit une attestation de Pôle Emploi (cas particulier des enfants à charge), soit une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant n'a pas d'activité rémunérée (salaire ou indemnité), soit le titre de pension d'invalidité (si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80%).

La date d'effet de l'adhésion d'un enfant nouveau-né d'un membre participant correspondra à sa date de naissance si l'enfant est inscrit dans ses trois (3) premiers mois. Au-delà, l'adhésion sera effective le lendemain de la demande.
La date d'effet de l'adhésion d'un adhérent venant par mutation d'un autre organisme de complémentaire santé sera effective au jour de la date de radiation de l'ancien organisme si le certificat de radiation présenté date de moins de deux (2) mois au moment de la demande d'adhésion.

5.4 - Particularités d'une adhésion en ligne

L'adhésion réalisée grâce au site internet de Mutuelles du Soleil Livre II, ne sera effective que lorsque le membre participant aura retourné à Mutuelles du Soleil Livre II, dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de la demande de souscription : son bulletin d'adhésion complété et signé (accompagné des pièces annexes), en sachant qu'un versement de deux (2) mensualités de cotisations aura été effectué sur le compte dédié.
Seuls ces éléments rendront l'adhésion effective. A défaut de réception des documents, l'adhésion ne pourra être recevable et Mutuelles du Soleil Livre II s'engage à rembourser par chèque bancaire la somme perçue pour son compte.
L'engagement contractuel du membre participant prendra effet au plus tôt, le 1er jour du mois suivant la date de la demande d'adhésion.
La périodicité de paiement ne pourra être que mensuelle et s'effectuera par prélèvement automatique.
Il est également précisé que tout contrat conclu à distance dispose d'un droit de rétractation de quatorze (14) jours calendaires conformément aux dispositions de l'article L.121-20-12 du Code de la consommation. Par conséquent, le contrat ne peut prendre effet avant expiration de ce délai de rétractation qu'en cas de renonciation 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.

5.5 - Reconduction annuelle de l'adhésion

L'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II est reconduite tacitement d'année en année, sauf démission, radiation ou exclusion.
En application de la Loi Châtel N° 2005-67 du 28 janvier 2005 reprise dans les dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuelle.
Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

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

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

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

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

5.7 - Reprise adhérents suite à impayé

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

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

Aucune réactivation ou réadhésion n'est possible si l'adhérent a été radié plus d'une fois pour impayés.

Article 6 - Catégorie de membres

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

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

Article 7 - Bénéficiaires des garanties

7.1 - Membre participant et ses ayants droit

Les membres participants qui acquittent leurs cotisations et bénéficient de prestations en ouvrent le droit à leurs ayants droit.
Par bénéficiaires, il faut entendre le membre participant et les ayants droit par lui désignés lors de la signature du bulletin d'adhésion à savoir :

- son conjoint :
  - époux légitime ;
  - concubin reconnu, tel que défini par l'article 515-8 du Code civil, ayant fait une déclaration de concubinage ;
  - partenaire, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil, lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
- ses enfants à charge ;
- les personnes à sa charge au sens de la législation de la Sécurité Sociale pour lesquelles l'assuré a demandé l'affiliation à Mutuelles du Soleil Livre II et acquitte les cotisations correspondantes.

7.2 - Ayants droit

7.2.1 Cadre général

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

- son conjoint :
  - époux légitime ;
  - concubin reconnu, tel que défini par l'article 515-8 du Code civil ;
  - partenaire, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil, lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
- ses enfants à charge :
  - Sont considérés comme à charge au sens de la Sécurité Sociale), les enfants du membre participant ou de son conjoint âgés de moins de 20 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.
  - Sont assimilés aux enfants de moins de 20 ans (hormis pour la gamme ACORIS) :
    - les enfants de moins de 28 ans qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec mention de leur appartenance à un régime de Sécurité Sociale des étudiants ;
    - les enfants de moins de 28 ans, demandeurs d'emploi percevant une allocation inférieure au SMIC pouvant en justifier 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. »

7.2.2 Particularités de la gamme ACORIS

Les dispositions de l'article 7.2.1 ci-dessus s'appliquent à la gamme ACORIS sauf pour la définition des ayants droit enfants à charge.
Sont considérés comme enfants à charge, pour la gamme ACORIS, les enfants âgés de moins de 21 ans.
Ces enfants ayants droit d'un membre participant souscrivant une garantie de la gamme ACORIS bénéficient d'un demi -tarif par rapport à la cotisation du chef de famille. Ils perdent ce droit lorsqu'ils atteignent l'âge de 21 ans ou deviennent à leur tour membre participant ou conjoint.

7.3 - Adjonction des ayants droit

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

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

Dans le cadre des anciennes garanties, seule l'adjonction d'un ayant droit est possible. Cet ajout ne pourra être demandé que 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 à sa date d'adoption si l'enfant est inscrit dans les trois (3) premiers mois de sa naissance ou de son adoption. Au-delà, l'adhésion sera effective au plus tôt, le lendemain de la demande.

CHAPITRE III. MODALITES DE RESILIATION, RADIATION ET SUSPENSION

Article 8 - Résiliation

8.1 - Résiliation annuelle

En dérogation avec les 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 au moins un (1) mois avant le 31 décembre de l'année en cours soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours.
Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle toutes les cartes de tiers payant en sa possession et à informer les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de sa radiation.
En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge de frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

8.2 - Cas particulier des personnes décédées

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

Le remboursement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru s'effectuera sur demande écrite formulée par la ou les personne(s) ayant qualité à agir et au vu d'une attestation de porte-fort ou d'un certificat d'hérédité.
La période pendant laquelle le risque n'a pas couru débute au 1er jour du mois suivant le décès. De fait, les cotisations du mois au cours duquel est intervenu l'évènement sont dues dans leur intégralité.

8.3 - Résiliations exceptionnelles

8.3.1 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 ou le paiement des prestations, 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 23.2.
Cependant, lorsqu'un ayant droit conserve le contrat (ayant droit majeur), la portion de cotisation générant un avoir pourra être maintenue au crédit du compte cotisant.
La partie qui fait la demande de résiliation doit produire toutes pièces justificatives au soutien de son action par lettre recommandée avec avis de réception adressée à Mutuelles du Soleil Livre II. Elle doit démontrer que le fait invoqué constitue, dans la situation nouvelle, une circonstance pénalisante eu égard aux avantages ouverts par la garantie souscrite.
Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de Tiers Payant délivrées par la Mutuelle. Dans tous les cas, le membre participant s'engage à informer les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de sa radiation.
En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge de frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

8.3.2 Résiliation pour CMU-C

Dans le respect des dispositions de l'article 6-2 de la loi du 31 décembre 1989, lorsqu'un membre participant obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale (Couverture Maladie Universelle CMU-C), 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 CMU-C en recommandé avec accusé de réception accompagnée de l'attestation de droits à la CMU-C délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

- Si la demande de radiation pour bénéfice de la CMU-C, accompagnée des pièces justificatives susvisées, est adressée dans les (3) trois mois suivant l'obtention de l'attestation, la radiation du contrat sera effective au 1er jour de l'acquisition de la CMU-C. Si des prestations ont été versées, une compensation réciproque entre les cotisations versées et les prestations servies pourra s'opérer ou un remboursement des prestations versées sera réclamé à l'adhérent concerné.
- Si la demande de radiation pour bénéfice de la CMU-C 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 23.2.
Cependant, lorsqu'un ayant droit conserve le contrat (ayant droit majeur), la portion de cotisation générant un avoir pourra être maintenue au crédit du compte cotisant.
Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de Tiers Payant délivrées par la Mutuelle.
En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge des frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

8.3.3 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 analyse par le service Relations Clients Régime Complémentaire qui étudiera et statuera sur la demander de radiation pour ce motif.

8.4 - Demande de résiliation pour contrat collectif obligatoire

Les membres participants bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire par leur entreprise ne peuvent invoquer ce motif pour solliciter leur radiation en cours d'année.
En effet, dans le cadre des régimes mis en place par décision unilatérale, l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Évin », indique qu'aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place d'un système de garanties collectives obligatoire, ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système.
En conséquence, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime il peut y renoncer jusqu'à l'échéance de son contrat individuel.
De plus, dans le cas des régimes mis en place dans les conditions fixées par l'article L 911-1 du Code de la Sécurité Sociale (accord d'entreprise, référendum et décision unilatérale) le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 a créé l'article R 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale , qui indique que l'acte juridique mettant en place le régime obligatoire peut, sans remise en cause du caractère obligatoire du

régime, prévoir une dispense d'affiliation au régime pour les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de leur embauche si elle est postérieure.
Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
En conséquence, sans remise en cause du caractère obligatoire du contrat collectif existant dans leur entreprise, les membres participants ont la faculté de rester couverts par nos garanties jusqu'à l'arrivée de l'échéance annuelle de leur contrat, soit le 31 décembre de l'année en cours.
Ceci exposé et afin de ne pas pénaliser les membres participants dont l'entreprise n'aurait pas prévu les cas de dispenses susvisés ou qui ne pourraient pas en bénéficier, la Mutuelle autorise les demandes de résiliation en cours d'année pour contrat collectif obligatoire sous réserve de produire les justificatifs suivants :

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

En cas de radiation en cours d'année sur présentation des justificatifs adéquats et adressée dans les (3) trois mois suivant la date de mise en place dudit contrat, le remboursement par Mutuelles du Soleil Livre II de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation) est soumis à l'obligation préalable de restituer la carte de tiers payant délivrée par la mutuelle et à l'absence de prestations 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 la Mutuelle.

8.5 - Demande de résiliation en cas de renouvellement ou d'obtention de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

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

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

Les cotisations afférentes au contrat sont remboursées par la Mutuelle, au prorata de la durée du contrat restant à courir.
Cette période est calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.
Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de tiers payant délivrées par la Mutuelle.
En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge des frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

Article 9 - Radiation des ayants droit

9.1 - Cadre général

A chaque échéance annuelle, en envoyant sa demande au moins un (1) mois avant le 31 décembre de l'année en cours, le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet l'année suivante, au moment du renouvellement du contrat soit le 1er janvier.
En cours d'année, dans certains cas exceptionnels et sur justificatif(s), le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception, par Mutuelles du Soleil Livre II, de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives.
Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la mutuelle les cartes de tiers payant en sa possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de la radiation d'un de ses ayants droit.

9.2 - Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant

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

Article 10 - Radiation pour fausses déclarations intentionnelles

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité (article 1108 du Code Civil), la garantie accordée au membre participant par Mutuelles du Soleil Livre II est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Mutuelles du Soleil Livre II, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.
Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelles du Soleil Livre II qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.
Lorsque l'adhésion à Mutuelles du Soleil Livre II résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les dispositions ci-dessus ne s'appliquent pas.

Article 11 - Cas particuliers des fausses déclarations non intentionnelles

Conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.
Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

Mutuelles du Soleil Livre II restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.
Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application de ces dispositions.
En cas de fausse déclaration de risque et à compter de la date de révélation de la situation, le contrat sera suspendu jusqu'à décision définitive du Conseil d'Administration statuant en instance disciplinaire. Durant ce laps de temps, les membres participants et leurs ayants droit ne pourront pas bénéficier des avantages de la mutuelle.

Article 12 - Suspension

Le membre participant ou l'un de ses ayants droit est dispensé du paiement de ses cotisations en cas, de mobilisation, de captivité, d'incarcération, de départ à l'étranger pour une période supérieure ou égale à trois (3) mois pour des raisons professionnelles ou pour y suivre un cycle universitaire, sous réserve de produire les pièces justificatives. Il n'aura pas droit aux avantages accordés par la Mutuelle pendant cette période et le paiement de ses cotisations sera suspendu.
Toutefois, les bénéficiaires d'un membre participant mobilisé, incarcéré, en captivité ou à l'étranger ont la possibilité de rester adhérents à la Mutuelle comme membres participants, de cotiser et de bénéficier ainsi des avantages de la Mutuelle.
La suspension du contrat interviendra au plus tôt le 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 avantages de la Mutuelle, dès son retour pourvu qu'il en fasse la demande au service Relations Clients Régime Complémentaire de Mutuelles du Soleil Livre II et s'acquitte de ses cotisations, à partir de cette date.

Article 13 - Conséquences de la résiliation, de la radiation, de la suspension

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, de la radiation ou pendant la période de suspension.
L'utilisation de la carte de tiers payant pendant une période de suspension ou après une radiation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices soufferts, par tous moyens légaux à disposition de Mutuelles du Soleil Livre II.
Mutuelles du Soleil Livre II se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.
En aucun cas, le membre participant radié pour des faits ayant causé un préjudice à 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 14 - Délai de rétractation en cas de vente à distance

14.1 - 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.121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure au jour d'adhésion.

En ce qui concerne les opérations d'assurances dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (article L.111-1-I-1°-b du Code de la mutualité), le délai précité est porté à trente (30) jours calendaires révolus.
Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure au jour d'adhésion.

Les contrats pour lesquels s'applique le délai de rétractation mentionné à l'article L.121-20-12 du Code de la consommation, 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.

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

Conformément aux dispositions de l'article L.121-20-13.II du Code de la consommation, 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 qu'elle a perçu 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 se rétracter.
Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.
Le membre participant devra restituer à Mutuelles du Soleil Livre II dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme et tout bien qu'il a reçu de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où le membre participant communique à Mutuelles du Soleil Livre II sa volonté de se rétracter.

CHAPITRE IV. COTISATIONS

Article 15 - Fixation des cotisations

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions de l'article L.112-1 du Code de la mutualité.
La tarification est fixée par branches d'activités garanties pour lesquelles la Mutuelle a été agréée.
Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture des prestations assurées directement par Mutuelles du Soleil Livre II.
A chaque échéance annuelle, le montant ou le taux de cotisation est susceptible d'évoluer.
Cette cotisation inclut également le cas échéant :

- Les prélèvements spéciaux destinés à des organismes fédérateurs dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes ;
- Les taxes étatiques ;

- Les cotisations accessoires

Article 16 - Modulation des cotisations

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

- Du revenu ;
- Ou de la durée d'appartenance à Mutuelles du Soleil Livre II ;
- Ou du régime de Sécurité Sociale d'affiliation ;
- Ou du lieu de résidence ;
- Ou du nombre d'ayants droit ;
- Ou de l'âge des participants.

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

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

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

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

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

La cotisation peut être gratuite, selon la garantie souscrite :

- Pour le nouveau-né ou l'enfant adopté quel que soit leur nombre, pendant une période de six (6) mois suivant sa naissance ou son adoption, à condition que l'enfant soit inscrit dans les trois (3) premiers mois de sa naissance ou son adoption, pour une couverture identique à l'assuré, et sous réserve que le père, la mère ou le représentant légal soit membre participant de Mutuelles du Soleil Livre II. L'adhésion du nouveau-né ou de l'enfant adopté court à compter du jour de sa naissance ou de son adoption ;
- Au-delà du 3ème enfant ;
- À compter du 4ème enfant pour les garanties labellisées dédiées aux fonctionnaires territoriaux.

Article 17 - Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance au 31 décembre de l'année en cours. Elle est due au premier janvier ou, pour les nouveaux membres participants, à partir de la date d'effet du contrat. Toutefois, pour tenir compte des débours qu'elle représente, son paiement peut être fractionné sans majoration. Tout acompte engage au règlement de la totalité de la cotisation de l'année considérée ; le paiement fractionné ne correspondant en aucun cas à une période de couverture.

Tout retard dans le paiement pourra entraîner une suspension de la garantie et des prestations.

La cotisation étant due pour l'année civile, elle reste en principe due et acquise à Mutuelles du Soleil Livre II pour l'ensemble de la période. Exceptionnellement, il pourra être procédé à un remboursement au *prorata temporis* (en produisant les justificatifs nécessaires, à compter du mois civil suivant la demande de résiliation), dans les cas énoncés à l'article 8.2 du présent règlement. Le remboursement de la portion de cotisation due interviendra le premier mois de l'année civile suivant la demande de résiliation.

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

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

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

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

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

Article 18 - Non-paiement des cotisations

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

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, Mutuelles du Soleil Livre II enverra une lettre de rappel au membre participant ne remplissant pas ses obligations.

En cas de non-paiement dans un délai de dix (10) jours suivant l'envoi de la lettre de rappel, conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la mutualité, Mutuelles du Soleil Livre II enverra une lettre de mise en demeure au membre participant ne remplissant toujours pas ses obligations.

A l'expiration du délai de trente (30) jours après la mise en demeure, le non-paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, sans pour autant libérer le membre participant du paiement des cotisations, du remboursement des prestations servies à tort et de poursuites judiciaires éventuelles, dans les conditions prévues dans les Statuts et règlements.

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.

Dix (10) jours après l'expiration du délai susvisé, Mutuelles du Soleil Livre II pourra résilier ses garanties.

La cotisation dont le paiement est poursuivi pourra être majorée du montant des frais de recouvrement prononcés par décision judiciaire.

Dans toute situation de non-paiement de la cotisation, Mutuelles du Soleil se réserve le droit d'engager des procédures de recouvrement par voie contentieuse.
Il peut toutefois être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.
A partir du moment où l'intégralité des sommes dues par le membre participant est réglée, la garantie non résiliée reprendra effet à compter de la date où elle a été suspendue, sauf décision contraire de Mutuelles du Soleil Livre II.
En cas de rejet de prélèvement automatique, des frais de rejet seront imputés sur le compte cotisant du membre participant.
Le second rejet de prélèvement automatique entraînera l'arrêt du règlement par prélèvement.
A la reprise du contrat, le paiement trimestriel sera la nouvelle périodicité de règlement, et ne s'effectuera plus par prélèvement sauf décision contraire.

Article 19 - Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) : offre Atout Cœur Santé

À compter du 1er juillet 2015 le dispositif de l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) a été réformé. Dorénavant, les bénéficiaires de l'ACS devront souscrire ou renouveler leurs contrats individuels d'assurance complémentaire santé auprès d'organismes sélectionnés.
Aussi l'offre Atout Cœur Santé, dont Mutuelles du Soleil est Co-assureur, a été sélectionnée à l'issue d'un avis d'appel public à la concurrence en application du décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la Sécurité Sociale. Cette sélection a été publiée dans l'arrêté du 10 avril 2015 paru au JORF du 11 avril. En souscrivant à cette offre, vous êtes adhérents Mutuelles du Soleil.
Pour obtenir plus de renseignements, nous vous renvoyons vers la Notice d'information Atout Cœur Santé remise avec le contrat ainsi que les Statuts mutualistes dont vous dépendez.

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

SECTION 1 - Délais de stage

Article 20 - Ouverture de droits

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

TABLEAU DES STAGES

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

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

Sont dispensés de stage :

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

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

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

Le délai de stage ne s'applique pas à l'accès aux œuvres et réalisations médico-sociales et culturelles gérées par Mutuelles du Soleil Livre III.

Article 21 - Changement de garantie

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

Un changement de garantie peut intervenir une (1) fois par an, en cours d'année, vers une garantie supérieure, par avenant au contrat ou par la signature d'un nouveau contrat.
Dans ce cas, la nouvelle garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la demande et reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.
Cette date constitue le point de départ de la période de stage à accomplir conformément aux dispositions ci-dessus si le droit à ces prestations n'était pas acquis antérieurement.
Les membres participants ayant plus de deux (2) ans d'ancienneté, au jour de la demande ou au jour de la mise en place de la nouvelle garantie, dans une même garantie ne se verront pas appliquer de stage s'ils optent pour une garantie directement supérieure.
Les membres participants ayant plus de quatre (4) ans d'ancienneté dans une même garantie ne se verront pas appliquer de stage s'ils optent pour une garantie de deux niveaux supérieurs.
En tout état de cause, les soins antérieurs ou en cours (hospitalisation, dentaire, optique etc) ne peuvent bénéficier de ce changement de garantie supérieure.

21.2 - Changement vers une garantie inférieure en cours d'année

En cas de difficulté financière avérée et justifiée, les membres participants peuvent demander un changement de garantie en cours d'année, vers une garantie inférieure de leur contrat. Cette demande fera l'objet d'une analyse par le Responsable d'agence habilité qui, au vu des éléments soumis, étudiera et statuera sur le changement de garantie. Dans le cas d'un changement de garantie, la nouvelle garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives sous réserve de la restitution de toutes les cartes de tiers payant en cours de validité.

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

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

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

SECTION 2 - Prestations accordées par la Mutuelle

Article 22 - Etendue des prestations

22.1 - 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 aux présents règlements et dans le respect de l'article 38 du présent règlement. Il est rappelé que tout séjour en établissement hospitalier, dont la date d'entrée est antérieure à la date d'effet de l'adhésion à Mutuelles du Soleil, sera intégralement refusé

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

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

- Seuls les frais médicaux, chirurgicaux et prestations supplémentaires dont la date des soins correspond à l'ouverture des droits à la garantie peuvent donner lieu à une prise en charge par Mutuelles du Soleil Livre II.
- Pour l'orthodontie et les prothèses dentaires, elles doivent remplir les conditions visées à l'article 31 du présent règlement. De même, la date des soins doit correspondre à l'ouverture des droits à la garantie pour donner lieu à une prise en charge par Mutuelles du Soleil Livre II.
- Pour les cures thermales, la prise en charge du ticket modérateur sera accordée pour les soins ainsi que pour l'hébergement et le transport, uniquement en cas d'accord du régime d'assurance maladie obligatoire.
  En cas de refus de prise en charge de l'hébergement et du transport par le régime d'assurance maladie obligatoire, ces derniers ne feront l'objet d'aucun remboursement de la part de Mutuelles du Soleil Livre II.

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

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

22.2 - Soins à l'étranger

L'article L332-3 du Code de la Sécurité Sociale dispose que « sous réserve des conventions et des règlements internationaux et de l'article L766-1 du Code de la Sécurité Sociale, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances maladie et maternité ne sont pas servies. Toutefois, un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe énoncé ci-dessus dans le cas où :

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

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

22.3 - 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 23 - Conditions de remboursement

23.1 - Cadre général

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

23.1.1 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.

23.1.2 Hors cas de télétransmission

23.1. 2.1 Actes pris en charge par la Sécurité Sociale

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

23.1. 2.2 Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale

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

23.2 - Principe de compensation des créances réciproques

Dans le respect des dispositions des articles 1347 et suivants du Code civil, lorsque le membre participant est redevable à Mutuelles du Soleil Livre II de prestations versées à tort pour son compte et que, parallèlement, Mutuelles du Soleil Livre II est redevable au membre

participant de prestations correspondant à la garantie qu'il a souscrite, Mutuelles du Soleil Livre II se réserve le droit d'opérer des compensations sur les prestations à verser jusqu'au solde des prestations dues par le membre participant.

Article 24 - Respect de la Charte des Contrats Responsables

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

24.1 - Prestations non couvertes par les contrats responsables

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

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

24.2 - Prestations obligatoirement couvertes par les contrats responsables

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

1. De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
2. Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
3. Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

   a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

   b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

   c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de-6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

   d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

   e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

   f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de-8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries.

   Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros. Cette limite s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux (2) verres et d'une (1) monture, par période de deux (2) ans à compter de la date de souscription du contrat. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un (1) an ;
4. Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

Article 25 - 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).

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

Article 26 - Ticket modérateur

Le ticket modérateur est défini par les articles L 322-2 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, il correspond à la partie restant à la charge du membre participant en fonction de la différence de remboursement entre le tarif de responsabilité et le remboursement du régime obligatoire de la Sécurité Sociale.
La Mutuelle y participe en fonction de la garantie souscrite.

Article 27 - Carte Vitale

Il s'agit d'une carte magnétique ayant remplacé la carte Sécurité Sociale papier en juin 1999. Elle mentionne l'identité et le numéro d'assuré social ainsi que l'identité des ayants droit.
La Carte Vitale peut être mise à jour par le biais de bornes installées dans les CPAM ainsi que dans l'ensemble des agences commerciales Mutuelles du Soleil Livre II.
Celle-ci peut également contenir des informations relatives au régime complémentaire souscrit auprès de notre organisme.

Article 28 - Carte de Tiers Payant

Il s'agit d'une carte portant les noms et numéros d'immatriculation des bénéficiaires, délivrée aux membres participants au moment du règlement de leur cotisation sous réserve qu'ils aient communiqué les coordonnées de leur régime obligatoire d'assurance maladie.
En cas de litige notamment pour défaut de paiement des cotisations, Mutuelles du Soleil Livre II demande la restitution de la carte de tiers payant au membre participant. Si le retour de la carte n'est pas effectué dans les dix (10) jours suivant la demande, la Mutuelle peut la récupérer par voies de droit et demander le remboursement des tiers payants indûment engagés.
En cas de vol de la carte de tiers payant, un nouvel exemplaire pourra être adressé au membre participant à sa demande, au vu d'une déclaration de vol auprès des services de police.
En cas de perte de la carte de tiers payant, un nouvel exemplaire pourra être adressé au membre participant à sa demande, au vu d'une déclaration sur l'honneur de sa part.

Article 29 - Devis dentaires

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

Article 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 la mutuelle, en cours de validité, (selon la date d'ouverture des droits visée à l'article 20 et de la carte d'immatriculation du régime d'assurance maladie obligatoire).
En ce qui concerne les hospitalisations, le tiers payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

Article 31 - Prestations supplémentaires

Les prestations supplémentaires ci-après définies varient selon les garanties souscrites.
Elles peuvent s'exprimer sous forme de taux du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale, de taux du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ou de forfaits en euros.
Les forfaits sont annuels ou sur deux (2) ans pour le forfait verres et montures. Ils s'entendent par bénéficiaire, peuvent être réglés en une ou plusieurs fois à concurrence du montant prévu au sein de la garantie. Ils sont versés sur présentation de facture et/ou de décomptes et/ou de justificatifs dûment acquittés, dans le respect le cas échéant, des exclusions conventionnelles ou légales de garantie et toujours dans la limite des dépenses engagées.
La colonne des tableaux des garanties inclut le remboursement du ticket modérateur et le supplément pris en charge par Mutuelles du Soleil Livre II.

1) Chambre particulière

Prise en charge du supplément de frais de séjour pour le choix d'une chambre particulière. Le montant de cette prestation est fonction de la garantie souscrite. La durée de prise en charge est déterminée par année civile suivant les disciplines médico-tarifaires et Groupes Homogènes de Séjours (GHS) précisés à l'article 32.

2) Forfait journalier hospitalier

D'un montant maximal de 20 euros pour les séjours en en MCOO Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie et en SSR Soins de Suite et de Réadaptation et de 15 euros pour les séjours en établissements psychiatriques (PSY). Cette prestation supplémentaire est déterminée par la D.M.T. et/ou le Groupe Homogène de Séjours (GHS) précisés à l'article 32.
Les conditions et la durée de prise en charge du forfait journalier sont déterminées en fonction de la garantie souscrite.

3) Frais d'accompagnant

Selon la garantie souscrite, pour les enfants de moins de 16 ans et/ou les personnes âgées de 66 ans et plus, Mutuelles du Soleil prend en charge les frais de lit et de repas, pour un accompagnant quel qu'il soit dans l'établissement de soins public ou privé. La prise en charge de cette prestation s'effectuera uniquement sur présentation de justificatifs pour le lit d'accompagnant en milieu hospitalier et les repas, à la seule condition que ces derniers soient pris dans l'enceinte de l'établissement hospitalier.
Une prise en charge des frais d'accompagnants sera également accordée dans le cadre d'hébergement des parents d'enfants hospitalisés au sein de structures annexes et spécialisées.
Le montant, les conditions et la durée de cette prestation sont déterminés au sein des garanties.

4) Compensation chirurgicale

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

5) Forfait Verres et Montures

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

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

6) Orthodontie, Prothèses dentaires non remboursables

Dans certaines garanties, 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 :

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

7) Forfaits pris en charge selon les garanties

- Forfait Cure thermale : 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 Appareillage ;
- Forfait Lentilles cornéennes (acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale) ;
- Forfait Acoustique ;
- Forfait Contraception ;
- Forfait Fécondation in vitro ;
- Forfait Péridurale refusée en maternité ;
- Forfait Acte d'amniocentèse refusé ;
- Forfait Test de grossesse ;
- Forfait Participation aux frais d'accouchement ;
- Forfait Protection incontinence ;
- Forfait Opération des yeux au laser (myopie, presbytie, astigmatisme, hypermétropie...) ;
- Forfait Densitométrie ;
- Forfait Bien-être (selon le contenu de la garantie choisie et sur présentation d'une facture acquittée du professionnel de santé mentionnant un numéro de rattachement) : Ostéopathie (numéro ADELI ou diplômé FERO), Etiopathie (numéro d'inscription au registre national des étiopathes), Chiropractie (Numéro ADELI), Homéopathie (numéro FINESS ou RPS), Acupuncture (séance pratiquée par un médecin, un dentiste ou une sage-femme uniquement et avec un numéro FINESS ou RPS), Pédicure (Numéro ADELI) ;
- Forfait Diététique ;
- Forfait Sevrage tabagique ;
- Forfait Vaccins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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

8*) Suppléments pris en charge selon les garanties*

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

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 suivant la nature de l'hospitalisation.

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 le dentiste conseil de Mutuelles du Soleil Livre II, le membre participant pourra recourir à la procédure suivante :

1) Un examen amiable contradictoire entre le médecin ou le dentiste dont le membre participant aura le libre choix, dont les honoraires seront à sa charge, et le médecin ou le dentiste conseil de Mutuelles du Soleil Livre II.
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 de Grande Instance 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 frais à la charge effective du membre participant.
En aucun cas, les prestations servies par Mutuelles du Soleil Livre II ne pourront en s'ajoutant à celles de même nature, qui seraient servies par tout organisme d'assurance maladie obligatoire ou d'assurance ou de prévoyance, permettre à l'assuré de percevoir des sommes supérieures aux dépenses réellement engagées.
De ce fait, Mutuelles du Soleil Livre II est 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 « Evin » n°89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque des garanties de même nature sont contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, elles produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.
Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'assuré ou du membre participant, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

SECTION 3 - Accident de droit commun

Article 35 - 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 l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice.
En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.
Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la mutuelle ou l'union est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article 36 - Conditions des garanties

Pour les soins consécutifs à un accident entrant dans le champ d'application des garanties de complémentaires santé (hors risque visé par l'article 38), le membre participant doit, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, faire à Mutuelles du Soleil Livre II, dans les 48 heures suivant l'accident, une déclaration indiquant :

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

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, Mutuelles du Soleil Livre II n'intervient qu'à défaut de police individuelle ou dans la mesure où cette police ne couvre pas les frais de santé garantis par elles et ce, dans la limite de leur tarif de responsabilité.
Afin de permettre à Mutuelles du Soleil Livre II d'effectuer son recours éventuel, le membre participant ou ses ayants droit, devra transmettre dans un délai de 48 heures suivant son accident :

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

En cas d'accident survenu aux membres participants dont la responsabilité incombe à un tiers identifié, Mutuelles du Soleil Livre II applique les dispositions contenues dans le présent article.
En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre participant doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre de ce dernier ou de son assureur substitué une action judiciaire civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation.
La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou, à défaut, par une pièce délivrée par le greffier ou un avoué.
Mutuelles du Soleil Livre II accorde alors sa prise en charge mais, par application des dispositions de l'article 35 du présent règlement concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable dans la limite des dépenses que doit supporter Mutuelles du Soleil Livre II et ce, à due concurrence de l'indemnité mise à la charge du tiers, même si sa responsabilité est partagée avec la victime.
Mutuelles du Soleil Livre II peut, si elle le juge nécessaire, être partie à la procédure.
Le membre participant doit de même informer Mutuelles du Soleil Livre II de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à Mutuelles du Soleil Livre II qu'autant que cette dernière aura donné son accord.
En cas d'accidents scolaires ou sportifs, résultant de la pratique des sports non exclus, Mutuelles du Soleil Livre II n'intervient qu'à défaut d'une police individuelle ou collective ou d'une mutuelle spécialisée couvrant le membre participant contre ces risques.
Le membre participant qui recevrait de qui que ce soit un quelconque remboursement pour des frais de prise en charge et payés par Mutuelles du Soleil Livre II doit en effectuer immédiatement le reversement à celle-ci.
En tout état de cause, les remboursements prévus dans la garantie souscrite constituent des avances sur recours lorsque le membre participant est victime d'un accident qui engage soit :
La responsabilité d'un tiers,
La mise en œuvre d'une police individuelle ou collective ou d'une mutuelle spécialisée.

SECTION 4 - Accident du travail

Article 37 - Recours

Les prestations accordées par Mutuelles du Soleil Livre II dans le cadre des accidents du travail, se limitent au remboursement du dépassement dans les limites prévues par la garantie souscrite.
Les dispositions des articles 34 et 35 s'appliquent également en cas de recours pour des prestations non prises en charge dans le cadre d'accidents relevant des législations relatives aux accidents du travail des salariés du Régime Général de Sécurité Sociale et des salariés relevant du Régime des Assurances Sociales Agricoles.
Ce recours s'effectue alors dans la limite des prestations qui auront été accordées par la mutuelle, en fonction du niveau de couverture du membre participant et en particulier lors de l'attribution de certaines prestations supplémentaires.

SECTION 5 - Champ d'application des garanties

Article 38 - 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.

SECTION 6 - TABLEAUX DES GARANTIES

Article 39 - GAMME « SOLEA » - Régime Général Assurés Sociaux - Régime des Travailleurs Indépendants.

GAMME « SOLEA » GARANTIES « SANTE »	REGIME GENERAL	Contrat non responsable 10	Contrat non responsable 15
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MEDICALE			
Séjour de spécialité chirurgicale et médicale	80 %	20 %	20 %
Honoraires chirurgicaux et d'anesthésie Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé à l'hôpital	80 % -	20 % 18 € (2)	20 % 18 € (2)
Séjour de spécialité rééducation	80 %	20 %	20 %
Séjour en établissement psychiatrique ou assimilé	80 %	20 %	20 %
Forfait journalier en séjour chirurgie (dans la limite de 20€ par jour)	-	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité
Forfait journalier en séjour maladie (dans la limite de 20€ par jour)	-	Frais réels 30 j/ an	Frais réels 30 j/ an
Forfait journalier en séjour rééducation (dans la limite de 20€ par jour)	-	Frais réels 30 j/ an	Frais réels 30 j/ an
Forfait journalier en séjour repos et psychiatrique (dans la limite de 20 € par jour en repos et 15 € en psychiatrie)	-	Frais réels 30 j/ an	Frais réels 30 j/ an
Soins Externes dispensés en établissement public ou privé	70 %	30 %	30 %
Transports liés à l'hospitalisation	65 %	35 %	35 %
Chambre particulière : Séjour chirurgical (illimité)	-	1.20 % PMSS/ jour	1.20 % PMSS/ jour
Frais d'accompagnant : moins de 16 ans (30 jours) / plus de 66 ans (15 jours)	-	0.60 % PMSS/ jour	0.60 % PMSS/ jour
ACTES MEDICAUX ET PHARMACIE			
Consultations et visites hors psychiatrie	70 %	-	Réalisées par le médecin traitant : 30 %
Autres honoraires médicaux, actes de chirurgie, de diagnostic et de radiologie Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé en cabinet	70 % -	-	30 % 18 € (2)
Biologie **(pour Soléa 15 : prescrite par le médecin traitant)**	60 %	-	35 %
Pharmacie à 65 %	65 %	-	30 %
DENTAIRE			
Soins dentaires	70 %	-	30 %
PREVENTION ET BIEN-ETRE			
Vaccins pris en charge par le régime obligatoire	65 %	-	35 %
Prise en charge des actes de prévention acceptés par le régime obligatoire	entre 60 et 70 %	-	entre 40 et 30 %
SERVICES +			
Naissance ou adoption - Gratuité du nourrisson (cf. art. 16 : … sous réserve que l'enfant soit inscrit dans les trois mois de sa naissance ou de son adoption…)	-	6 mois	6 mois
Forfait sport sur ordonnance	-	1 % PMSS	1 % PMSS
Accès à la pratique du tiers payant	-	OUI	OUI
Assistance conseil juridique, vie pratique, fiscalité, contrat de travail	-	OUI	OUI
GARANTIES « FRAIS D'OBSEQUES »			
Frais d'obsèques	-	-	-

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

(2) sous réserve d'évolution liée à l'adoption de la LFSS 2019

GAMME « SOLEA » GARANTIES « SANTE »	REGIME GENERAL	Contrat Responsable 20	Contrat Responsable Garantie Labellisée 30	Contrat Responsable Garantie Labellisée 40	Contrat Responsable Garantie Labellisée 50	Contrat Responsable 60	Contrat Responsable 70
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MEDICALE							
Séjour de spécialité chirurgicale et médicale	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Honoraires médecins généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (chirurgie et anesthésie)	80 %	20 %	45 %	70 %	120 %	120 %	170 % (1)
Honoraires médecins généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (chirurgie et anesthésie)			25 %	50 %	100 %	100 %	120 % (1)
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé à l'hôpital	-	18 € (2)	18 € (2)	18 € (2)	18 € (2)	18 € (2)	18 € (2)
Séjour de spécialité rééducation	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Séjour en établissement psychiatrique ou assimilé	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Forfait journalier en séjour MCOO et SSR (dans la limite de 20€ par jour)	-	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité
Forfait journalier en séjour PSY (dans la limite de 15 € par jour)	-	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité	Frais réels - illimité
Soins externes dispensés en établissement public ou privé, médecins signataires ou non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
Transports liés à l'hospitalisation	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Chambre particulière : séjour chirurgical (illimité)	-	1.20 % PMSS/ jour	1.20 % PMSS/ jour	1.70 % PMSS/ jour	1.70 % PMSS/ jour	1.90 % PMSS/ jour	1.90 % PMSS/ jour
Chambre particulière : maternité (illimité)	-	-	1.20 % PMSS/ jour	1.70 % PMSS/ jour	1.70 % PMSS/ jour	1.90 % PMSS/ jour	1.90 % PMSS/ jour
Chambre particulière : autres (limité à 30 jours par an)	-	-	-	1.70 % PMSS/ jour	1.70 % PMSS/ jour	1.90 % PMSS/ jour	1.90 % PMSS/ jour
Frais d'accompagnant : moins de 16 ans (30 jours) / plus de 66 ans (15 jours)	-	0.60 % PMSS/ jour	0.60 % PMSS/ jour	0.80 % PMSS/ jour	0.80 % PMSS/ jour	0.80 % PMSS/ jour	0.80 % PMSS/ jour
ACTES MEDICAUX ET PHARMACIE							
Honoraires médecins généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (y compris radiologie)	70 %	30 %	30 %	55 %	80 %	130 %	180 %
Honoraires médecins généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (y compris radiologie)				35 %	60 %	100 %	100 % (1)
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé en cabinet	-	18 € (2)	18 € (2)	18 € (2)	18 € (2)	18 € (2)	18 € (2)
Biologie	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Auxiliaires médicaux, Transports hors hospitalisation	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Pharmacie à 65 %	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Pharmacie à 30 %	30 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
Pharmacie à 15 %	15 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %
Orthopédie et appareillage (ex : béquilles, lit médicalisé…)	60 %	40 %	40 %	65 %	90 %	140 %	190 %
Autres prothèses (acoustique, capillaire, mammaire)	60 %	40 %	40 %	65 %	90 %	140 %	190 %
Prothèse acoustique - Forfait annuel par bénéficiaire	-	-	-	3 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	6 % PMSS
DENTAIRE							
Soins dentaires	70 %	30 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %
Prothèses dentaires acceptées par le régime obligatoire	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %	230 %	280 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %	-	50 %	100 %	150 %	200 %	250 %
Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Parodontologie acceptées et non remboursées par le régime obligatoire Plafond annuel par bénéficiaire	-	-	10 % PMSS	18 % PMSS	26 % PMSS	34 % PMSS	42 % PMSS
OPTIQUE							
Verres, lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 %					
Monture	60 %	40 %					
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire + Forfait annuel par bénéficiaire	60 %	-	40 % + 3 % PMSS	40 % + 4 % PMSS	40 % + 4.5 % PMSS	40 % + 5.5 % PMSS	40 % + 6 % PMSS
Équipement (monture + verres) - Forfait sur 2 ans par bénéficiaire sauf si évolution de la vue justifiée. Pour les moins de 18 ans, forfait d'un équipement par an.							
• Monture	60 %	-	60 €	80 €	95 €	115 €	120 €
• Verre simple (montant par verre)	60 %	-	45 €	60 €	70 €	85 €	100 €
• Verre complexe (montant par verre)	60 %	-	80 €	95 €	120 €	150 €	180 €
• Verre très complexe (montant par verre)	60 %	-	100 €	115 €	150 €	200 €	230 €
Chirurgie réfractive (myopie, presbytie, astigmatisme...) - Forfait annuel par œil	-	-	3 % PMSS	4 % PMSS	4.5 % PMSS	5.5 % PMSS	6 % PMSS
PREVENTION ET BIEN-ETRE (Forfaits annuels par bénéficiaire)							
Forfait Densitométrie	-	-	-	1 % PMSS	2 % PMSS	3 % PMSS	4 % PMSS
Forfait Bien-être : Chiropractie, Ostéopathie, Étiopathie, Homéopathie, Acupuncture, Pédicure Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces thérapies	-	-	-	2 séances à 1 % PMSS	3 séances à 1 % PMSS	4 séances à 1 % PMSS	5 séances à 1 % PMSS
Prise en charge des actes de prévention acceptés par le régime obligatoire	entre 60 et 70 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %	entre 40 et 30 %
Forfait Contraception (à partir de 16 ans)	-	-	-	1 % PMSS	1 % PMSS	2 % PMSS	2 % PMSS
Forfait Fécondation in vitro, Amniocentèse ou Péridurale refusée	-	-	-	3 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	6 % PMSS

Vaccins pris en charge par le régime obligatoire	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Vaccin anti-grippe	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Prévention : Sevrage tabagique, Consultation Diététique, Vaccins non pris en charge par le régime obligatoire - Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces actes	-	-	-	2 % PMSS	3 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS
Cures thermales (par an) + Forfait annuel par bénéficiaire	70 %	30 %	30 %	30 % + 3 % PMSS	30 % + 3 % PMSS	30 % + 5 % PMSS	30 % + 5 % PMSS
SERVICES +							
Naissance ou adoption - Gratuité du nourrisson [cf. art. 16 " (…) *sous réserve que l'enfant soit inscrit dans les trois mois de sa naissance ou de son adoption* (…)"]	-	6 mois	6 mois	6 mois	6 mois	6 mois	6 mois
Forfait sport sur ordonnance	-	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS
Accès à la pratique du tiers payant	-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Assistance conseil juridique, vie pratique, fiscalité, contrat de travail	-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
GARANTIES « FRAIS D'OBSEQUES »							
Frais d'obsèques	-	6 % PMSS	6 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS

Légende Gamme "SOLEA" 20 - 30 - 40 - 50 - 60 - 70

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

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

MCOO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

PSY : Psychiatrie

Article 40 - GAMME « PATRONS COIFFEURS » - Régime des Travailleurs Indépendants - non conforme avec le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014

L'ensemble des garanties de la Gamme « Patrons Coiffeurs » est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 41 - ANCIENS PRODUITS de la mutuelle MCM

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

Article 42 - ANCIENS PRODUITS de la mutuelle MUTALPES

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

Article 43 - ANCIENS PRODUITS de la mutuelle CENTRE SOCIAL MUTUALISTE

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

Article 44 - ANCIENS PRODUITS de la MUTUELLE AUBAGNAISE

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

Article 45 - ANCIENS PRODUITS de la Mutuelle SAINTE BAUME

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

Article 46 - ANCIENS PRODUITS de la Mutuelle SAINT VICTOR

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

Article 47 - ANCIENS PRODUITS de la Mutuelle Familiale du Personnel des PAPETERIES ETIENNE

L'ensemble des garanties que proposait la Mutuelle Familiale du Personnel des PAPETERIES ETIENNE est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 48 - ANCIENS PRODUITS de la Mutuelle SAINT JEAN-BAPTISTE

L'ensemble des garanties que proposait la Mutuelle SAINT JEAN BAPTISTE est répertorié sur une annexe envoyée aux membres participants qui le désirent sur simple demande.

Article 49 - PRODUITS et ANCIENS PRODUITS des mutuelles SUBSTITUEES

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

Article 50 - Contrats responsables gérés et/ou proposés par Mutuelles du Soleil Livre II

Les garanties ci-après sont responsables :

<table>
<tr><th colspan="6">Produits de Mutuelles du Soleil Livre II commercialisés</th></tr>
<tr><td>SOLEA 20
SOLEA 30
SOLEA 40
SOLEA 50
SOLEA 60
SOLEA 70</td><td>GARANTIE ROUGE & NOIR</td><td>AT4000 LABELLISEE</td><td>SOLEA PRO 1000
SOLEA PRO 1500
SOLEA PRO 2000
SOLEA PRO 3000
SOLEA PRO 4000
SOLEA PRO 4500
SOLEA PRO 5000
SOLEA PRO 6000
SOLEA PRO 7000</td><td>SOLEA ENTREPRENEUR 200*
SOLEA ENTREPREUNEUR 400*
SOLEA ENTREPREUNEUR 600*</td><td>Agent Hospitalier 1
Agent Hospitalier 2</td></tr>
<tr><th colspan="6">Anciens Produits de Mutuelles du Soleil Livre II plus commercialisés</th></tr>
<tr><td>EDELWEISS</td><td>MIMOSA</td><td>SANTE 20</td><td>SANTE 30</td><td colspan="2">SANTE 40</td></tr>
<tr><td>SANTE 2</td><td>SANTE 3</td><td>BC1</td><td>BC2</td><td colspan="2">BC3</td></tr>
<tr><td>PRIMEVERE</td><td>EVOLUTION 250</td><td>BLEU</td><td>SANTE 3 PLUS</td><td colspan="2">ALPHA 1</td></tr>
<tr><td>SANTE SENIOR AS</td><td>TECHNIQUE E</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

* Pour les contrats collectifs à adhésion facultative

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

CHAPITRE VI. GARANTIE HOSPITALIERE

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

Article 51 - 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 52 - Description des garanties

La souscription de la Garantie Hospitalière permet, en cas d'hospitalisation causée par une maladie ou un accident, de couvrir les frais survenant à cette occasion, dans la limite de 30 jours par année civile. La limite d'âge à l'adhésion est fixée à 70 ans sauf, en cas d'adhésion suite à une mutation. Dans ce cas si l'adhérent justifie que le risque était couvert par son ancienne garantie pour le même niveau, il ne lui sera pas appliqué de limite d'âge.

Article 53 - Adhésion Date d'effet

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

Article 54 - Modalités de radiation

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

Article 55 - Cotisations

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

SECTION 2 - Stages et Franchises

Article 56 - Délais de stage

L'indemnisation des membres participants aura lieu dès lors que l'hospitalisation intervient plus de trois (3) mois après la date d'effet du contrat.
Ce délai est supprimé en cas de demande d'indemnisation suite à un accident.
Toutefois, seules les hospitalisations consécutives à un accident dont l'origine ou la première constatation médicale intervient après la date d'effet du contrat peuvent donner lieu à indemnisation.

Article 57 - Franchise

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

SECTION 3 - Prestations accordées par la Mutuelle

Article 58 - Bénéfice des prestations

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

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

Le membre participant doit également fournir, à la demande de Mutuelles du Soleil Livre II et sous peine d'interruption de l'indemnisation, un rapport médical de son médecin traitant ou se soumettre aux visites, expertises et enquêtes médicales permettant de se prononcer sur l'ouverture ou la continuation de l'indemnisation, Mutuelles du Soleil Livre II assurant le coût de ces examens.
Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites et que les demandes de renseignements sont restées sans réponse, aucune prestation n'est exigible.
Les modalités de versement des prestations relatives à la Garantie Hospitalière sont identiques à celles mentionnées au chapitre V Section 2 Article 23 du présent règlement.

SECTION 4 - Contrôle

Article 59 - Contrôle médical

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

Article 60 - Litiges médicaux

En cas de désaccord avec le médecin conseil de Mutuelles du Soleil Livre II qui a estimé l'état d'incapacité, le membre participant pourra recourir à la procédure suivante :
1) Un examen amiable contradictoire entre un médecin dont le membre participant aura le libre choix, dont les honoraires seront à sa charge, et le médecin conseil de Mutuelles du Soleil Livre II.
2) En cas de désaccord, une commission d'arbitrage sera réunie afin de trancher le litige. Elle sera composée :

- d'un médecin dont le membre participant aura le libre choix ;
- d'un médecin choisi par Mutuelles du Soleil Livre II ;

- d'un troisième médecin arbitre désigné par les deux premiers (ou par le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins s'il n'y avait pas accord sur le choix).

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

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

SECTION 5 - Exclusions

Article 61 - Risques non compris dans le champ d'application de la Garantie Hospitalière

Ne sont pas compris en sus pour la Garantie Hospitalière :

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

CHAPITRE VII. GARANTIE « ALLOCATION FORFAITAIRE PERTE DE REVENU »

Article 62 - 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 constaté 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 1095° jour d'arrêt de travail.

Article 63 - Renouvellement

63.1 - Renouvellement annuel

Le contrat se renouvelle au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

63.2 - Changement de garantie en cours d'année

Le changement en cours d'année peut intervenir, sauf en cas d'indemnisation en cours, sur la présentation de trois (3) derniers bulletins de salaires notifiant une modification de rémunération et application d'une carence de trois (3) mois.

Article 64 - Modalités de radiation

A 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 radiation au 31 décembre de l'année en cours.

Article 65 - 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 66 - 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 67 - 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 VIII. GARANTIE « FRAIS D'OBSEQUES »

Article 68 - Risque garanti

En préambule, il est rappelé que la garantie « Frais d'Obsèques » est rattachée à la branche 20 de la classification des opérations d'assurance et constitue ainsi une garantie à part entière. Cette garantie est donc soumise aux mêmes modalités de résiliation que tout autre contrat.
Le versement de l'allocation pour frais d'obsèques est dû en cas de décès du membre participant et/ou de ses ayants droit de plus de douze (12) ans inscrits en tant que tels sur le bulletin d'adhésion.
Par « Frais d'obsèques », on entend l'ensemble des frais occasionnés par le décès du membre participant et/ou de ses ayants droit de plus de 12 ans inscrits en tant que tels sur le bulletin d'adhésion et facturés par l'entreprise des Pompes Funèbres.
Pour ces opérations, la mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

Article 69 - Adhésion Durée Effet

Les modalités d'adhésion relatives à la garantie « Frais d'Obsèques » sont identiques à celles mentionnées au Chapitre II du présent règlement.
La limite d'âge à l'adhésion, pour la garantie Frais d'Obsèques, est fixée à 12 ans minimum et à 70 ans maximum sauf, en cas d'adhésion suite à une mutation.
Dans ce cas si l'adhérent justifie que le risque était couvert par son ancienne garantie pour un montant supérieur ou égal, il ne lui sera pas appliqué de limite d'âge.
Important ! Chaque année, l'Assemblée Générale vote la reconduction, la suppression ou la modification de la garantie Frais d'Obsèques.

Article 70 - Modalités de radiation

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

Article 71 - Cotisations

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

Article 72 - Règlement des prestations

Le versement se fait exclusivement entre les mains du conjoint survivant, des héritiers ou de toute autre personne pouvant justifier de la charge des frais d'obsèques du défunt membre participant (dont le nom est indiqué sur la facture des pompes funèbres), dans les limites prévues par le forfait souscrit (voir article 74 du présent règlement) exprimé en pourcentage du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale) et des dépenses réellement engagées.
Toutefois, le contrat cesse de produire ses effets à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.
Le paiement de l'allocation est subordonné à la production des documents suivants :

- acte de décès original au nom du membre participant et/ou de ses ayants droits, portant mention et date de l'événement survenu ;
- justificatifs des frais d'obsèques engagés (factures acquittées originales ou version dématérialisée (photographies exclues);
- d'une manière générale, toute autre pièce justificative demandée par Mutuelles du Soleil Livre II.

Article 73 - Délais de stage

TABLEAU DES STAGES

Age postulant	Frais d'Obsèques
12 ans à 59 ans	3 mois
60 à 70 ans et plus	6 mois

Article 74 - Forfaits Obsèques

Les modules frais d'obsèques Mutuelles du Soleil sont les suivants :

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

De plus, la garantie « frais d'obsèques » s'élève à 305 euros pour les mutuelles substituées suivantes :
- La mutuelle L'Interprofessionnelle, inscrite sous le numéro SIREN : 776 042 327 ;
- La mutuelle Lou Clapas - L'Aveyronnaise, inscrite sous le numéro SIREN : 443 911 342 ;
- La mutuelle Gangeoise, inscrite sous le numéro SIREN : 776 001 158 ;
- La mutuelle Fraternité, inscrite sous le numéro SIREN : 443 815 196 ;
- La mutuelle La Vendarguoise, inscrite sous le numéro SIREN : 443 821 624 ;
- La mutuelle La Marsillarguoise, inscrite sous le numéro SIREN : 350 177 226 ;
- La mutuelle du Pic Saint Loup - La Scolaire, inscrite sous le numéro SIREN : 443 826 144 ;

- La mutuelle La Philanthropique de Grabels, inscrite sous le numéro SIREN : 441 213 022 ;
- La mutuelle La Fraternelle - Lansargues, inscrite sous le numéro SIREN : 443 820 691.

CHAPITRE IX. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 75 - Commission Sociale

Le Conseil d'Administration de Mutuelles du Soleil a créé une Commission Sociale destinée notamment à intervenir auprès des adhérents en difficultés, confrontés à des dépenses médicales ou paramédicales auxquelles ils ne peuvent faire face. 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 76 - Réclamation - Médiation de la consommation

Mutuelles du Soleil répond aux réclamations des membres participants et des souscripteurs des contrats collectifs dans le respect de l'instruction n°2012-I-07 de l'Autorité de Contrôle Prudentielle et Résolution.
Toutes les réclamations doivent être adressées au service Protection de la Clientèle Mutuelles du Soleil - 36 -36 bis avenue Maréchal Foch – 06000 Nice.
Si à l'issue de cette procédure, une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation des statuts, des règlements mutualistes ou d'un contrat collectif, la Mutuelle informe les membres participants ou le souscripteur qu'il a la possibilité de saisir le Médiateur de la Mutuelle.
L'ordonnance n°2015-1033 du 20 août 2015 et ses décrets d'application ont instauré la médiation de la consommation qui s'applique notamment aux mutuelles régies par le Code de la Mutualité.
Dans ce contexte, le Conseil d'Administration Mutuelles du Soleil Livre II a fait le choix d'avoir recours au système de médiation fédéral.
Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention doit être adressé :
soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255, rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

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

Article 77 - Informatique et liberté

En application de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement Général sur la protection des Données Personnelles 2016/679 du 27 avril 2016., l'Assuré a un droit d'accès et de rectification des informations détenues et traitées par Mutuelles du Soleil Livre II en s'adressant au siège indiqué sur le bulletin d'adhésion.

Article 78 - Collecte des données téléphoniques

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

Article 79 - Interprétation

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

Article 80 - Loi applicable

Les présents statuts sont établis conformément aux dispositions du Code de la mutualité.
La loi applicable pour toute contestation liée à l'application ou à l'interprétation des statuts ou des règlements est la loi française. Toutefois, conformément à l'article L.225-5 du Code de la mutualité, le juge peut donner effet sur le territoire français aux dispositions d'ordre public de la loi de l'Etat membre de la Communauté européenne ou de l'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.
A défaut de mention expresse de l'application d'une loi autre que la loi française, la loi applicable est la loi française.

Article 81 - Autorité chargée du contrôle

Mutuelles du Soleil 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.