

RÈGLEMENT MUTUALISTE 2019



SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
SECTION 1 : Préambule.....	4
Article 1 : Objet.....	4
SECTION 2 : Dispositions générales relatives aux bénéficiaires	4
Article 2 : Bénéficiaires des prestations	4
Article 3 : Délai d'ouverture des droits aux prestations.....	4
Article 4 : Durée — Renouvellement – Démission	4
Article 5 : Radiation — Exclusion	4
Article 6 : Date de cessation des droits aux prestations	5
SECTION 3 : Dispositions générales relatives aux cotisations	5
Article 7 : Détermination des cotisations et échéance	5
Article 8 : Défaut de paiement des cotisations.....	5
SECTION 4 : Dispositions générales relatives aux prestations.....	5
Article 9 : Plafond de remboursement	5
Article 10 : Modalités de remboursement des produits pharmaceutiques	5
Article 11 : Modalités de remboursement des prestations médicales	6
Article 12 : Modalités de remboursement des prestations « hospitalisation ».....	6
Article 13 : Exclusion des prestations	6
Article 14 : Contrat responsable.....	6
Article 15 : Réseau Carte Blanche.....	6
Article 16 : Autres services proposés aux bénéficiaires.....	6
SECTION 5 : Dispositions diverses.....	6
Article 17 : Prescription.....	6
Article 18 : Subrogation.....	7
Article 19 : Fonds d'Action Sociale, Fonds de Prévention et de Promotion de la Santé (FAS)	7
Article 20 : Réclamations — Médiation.....	7
Article 21 : Informatique et Libertés.....	8
Article 22 : Organisme de contrôle	8
SECTION 6 : Prestation complément de salaire	8
Article 23 : Objet	8
Article 24 : Conditions d'adhésion.....	8
Article 25 : Ouvrant droit au complément de salaire	8
Article 26 : Taux de cotisation du complément de salaire	9
Article 27 : Interruption de la garantie en cas de suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération	9

Article 28 : Cessation de la garantie	10
Article 29 : Risques non garantis par So'Lyon Mutuelle	10
Article 30 : Mise en œuvre de la garantie	10
Article 31 : Contrôles effectués à la demande de So'Lyon Mutuelle	10
Article 32 : Procédure d'arbitrage	10
SECTION 7 : Prestations servies par la mutuelle et assurées par un autre organisme assureur.....	10
Article 33 : La garantie obsèques et l'allocation orphelin	10
TITRE II - SOLI'SANTE	11
SECTION 1 : Bénéficiaires.....	11
Article 34 : Bénéficiaires des prestations	11
SECTION 2 : Cotisations	11
Article 35 : Composition de la cotisation.....	11
Article 36 : Assiettes de cotisations par catégorie	11
Article 37 : Taux de cotisation.....	12
Article 38 : Tarification couples.....	12
Article 39 : Durée — modification de la garantie	12
SECTION 3 : Prestations servies par la Mutuelle	12
Article 40 : Prestations en nature	12
SECTION 4 : Prestations servies par la mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs	16
Article 41 : Assistance	16
Article 42 : Frais d'obsèques	16
TITRE III - SO'SANTE	16
SECTION 1 : Bénéficiaires.....	16
Article 43 : Bénéficiaires des prestations	16
SECTION 2 : Cotisations	16
Article 44 : Cotisation selon la tranche d'âge	16
Article 45 : Tarification couples.....	17
Article 46 : Durée et changement de la garantie	17
Article 47 : Distribution par un intermédiaire en assurance	17
SECTION 3 : Prestations servies et assurées par la Mutuelle	17
Article 48 : Présentation générale des garanties	17
Article 49 : Prestations en nature	17
SECTION 4 : Prestations servies par la mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs	20
Article 50 : Assistance	20
Article 51 : Frais d'obsèques	20

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 : PREAMBULE

Article 1 : Objet

Le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle, notamment en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Il est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Les prestations assurées par la Mutuelle bénéficient au membre participant inscrit à la Mutuelle et à ses ayants droit tels que définis par le présent règlement.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle, comme précisé dans le Règlement.

La mutuelle propose deux gammes de garanties (SOLI'SANTE et SO'SANTE) lesquelles font l'objet, respectivement, des Titres II et III du présent règlement. Chacune de ces gammes est subdivisée en plusieurs offres. Les dispositions communes applicables aux deux gammes, SOLI'SANTE et SO'SANTE, sont l'objet du Titre I.

Les garanties offertes au membre participant et, le cas échéant, à ses ayants droit sont précisées dans le bulletin d'adhésion et détaillées dans le tableau de garanties correspondant.

SECTION 2 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

Article 2 : Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des prestations sont définis par le bulletin d'adhésion.

Ils sont constitués du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit tels que définis aux gammes SOLI'SANTE et SO'SANTE.

Article 3 : Délai d'ouverture des droits aux prestations

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

A) BÉNÉFICIAIRES EN PROVENANCE D'UNE AUTRE MUTUELLE OU D'UN AUTRE ORGANISME

Pour les bénéficiaires en provenance d'une autre mutuelle, ou d'un autre organisme, l'adhésion prend effet :

- Le lendemain de la date de radiation à la mutuelle précédente, sous condition de versement de la première cotisation due, et le droit aux prestations leur est ouvert immédiatement.

B) NOUVEAUX BÉNÉFICIAIRES

Pour tous les autres nouveaux bénéficiaires, quelle que soit leur catégorie, la date d'effet d'adhésion à la Mutuelle prendra effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion, et, au plus tôt, le premier jour du mois civil

suivant celui où la demande d'adhésion est formulée, en tout état de cause sous condition de versement de la première cotisation due.

L'ensemble de ces conditions d'ouverture des droits est applicable aux membres participants et chacun de leur ayant droit le cas échéant.

Afin d'éviter toute contestation, la date à retenir en tant que date de demande d'adhésion sera la date de réception par So'Lyon Mutuelle du bulletin d'adhésion accompagné de l'intégralité des pièces justificatives.

Article 4 : Durée — Renouvellement — Démission

La durée de l'adhésion est d'un an. Par exception, la première année d'adhésion aura une durée qui commencera à courir à la date de prise d'effet de l'adhésion, telle que mentionnée sur le bulletin d'adhésion, et qui viendra à expiration le 31 décembre de l'année de l'adhésion pour l'ensemble des membres participants au présent règlement à l'exception des étudiants pour lesquels elle expire le 31 août.

L'adhésion se renouvelle automatiquement par tacite reconduction à la fin de chaque période, pour une période d'un an sauf démission du membre participant.

La démission du membre participant doit être signifiée par lettre recommandée envoyée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date de chaque échéance.

Cette date d'échéance est fixée au 31 décembre de chaque année à l'exception des étudiants pour lesquels elle est fixée au 31 août.

La démission est exceptionnellement autorisée en cours d'année pour les bénéficiaires intégrant une entreprise ou un organisme dont le régime de prévoyance et de frais médicaux est obligatoire.

La démission du membre participant entraîne la radiation automatique de ses ayants droit.

Article 5 : Radiation — Exclusion

A) RADIATION

Les cas de radiation sont précisés à l'article 8 des Statuts.

- La radiation des membres participants peut intervenir en cas de non-paiement des cotisations, selon la procédure prévue à l'article 8 du présent règlement.
- En outre, sous réserve des dispositions législatives et réglementaires 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 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.

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

La résiliation prend effet le premier du mois qui suit la réception de la notification.

B) EXCLUSION

Les règles concernant l'exclusion sont précisées à l'article 9 des Statuts.

Article 6 : Date de cessation des droits aux prestations

Les garanties cessent à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation de l'adhésion.

Le non-paiement de la cotisation visée à l'article 8 emporte suspension de la garantie.

Les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins se situe durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent règlement ni au bénéfice du tiers payant.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies, notamment le versement des cotisations.

Quelle que soit la cause de cessation des garanties et de résiliation, la carte Tiers-Payant doit être restituée à la mutuelle. Toute utilisation abusive de celle-ci conduira la mutuelle à demander le recouvrement, à l'adhérent, des prestations indûment remboursées.

SECTION 3 : DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX COTISATIONS

Article 7 : Détermination des cotisations et échéance

Les cotisations dues sont déterminées distinctement aux gammes SOLI'SANTE et SO'SANTE.

Elles sont payables, mensuellement, par les membres participants.

Le règlement de la cotisation appelée est effectué soit par prélèvement automatique sur compte bancaire soit par chèque.

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration s'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Si ces éléments venaient à être modifiés en cours d'année ou en cas de sinistralité anormale, les cotisations pourraient être modifiées en cours d'année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration s'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les cotisations sont fixées en fonction de l'évolution des dispositions fiscales et des dispositions générales de la Sécurité Sociale et de ses bases de remboursement en vigueur, ainsi que des résultats techniques de la Mutuelle.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Article 8 : Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie ne peut

être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement. Cependant, il peut être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de la procédure de défaut de paiement pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement des cotisations.

SECTION 4 : DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX PRESTATIONS

Article 9 : Plafond de remboursement

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant.

De même, le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie au regard des salaires perçus habituellement par le membre participant.

Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant en vertu des Statuts et du Règlement Mutualiste que par une caisse de Sécurité Sociale ou par d'autres organismes publics ou privés, aboutirait à un remboursement supérieur au montant total des dépenses réelles, les prestations accordées par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

La Mutuelle prend en charge les soins à l'étranger lorsque ces derniers ont fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité Sociale sur la base du contrat souscrit et dans la limite des frais engagés.

Les remboursements de prestations par la Mutuelle sont en conformité avec les dispositions législatives et réglementaires relatives au respect du parcours de soins et au contrat responsable.

Article 10 : Modalités de remboursement des produits pharmaceutiques

Ne sont en aucun cas remboursés les produits non-inscrits sur la liste des médicaments remboursables par la sécurité sociale.

Par principe, sauf mention expresse contraire, prévue dans le tableau de garanties souscrites, seuls les médicaments ou produits prescrits par ordonnance médicale feront l'objet d'un remboursement.

Les médicaments ou produits sont remboursés :

- sur la base du décompte de la Sécurité Sociale ou de

l'ordonnance médicale comportant «acquittée» et signature du pharmacien ayant délivré les produits ;

- le cas échéant, selon la garantie choisie, sur la base d'une facture originale détaillée du pharmacien ayant délivré les produits et de la prescription médicale.

Une convention de Tiers-Payant peut être conclue entre la mutuelle et les officines pharmaceutiques publiques ou privées, ou leurs organismes représentatifs.

Article 11 : Modalités de remboursement des prestations médicales

En ce qui concerne les prestations « **médicales** » effectuées dans le respect du parcours de soins, le remboursement de la Mutuelle se réfère au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale ou s'effectue selon des montants indiqués dans le tableau de garanties, déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale. La demande de prestations doit être accompagnée, soit du décompte de la Sécurité Sociale, soit de la ou des factures originales dûment acquittées précisant le nom et prénom du bénéficiaire ainsi que le numéro ADELI du professionnel de santé.

Article 12 : Modalités de remboursement des prestations « hospitalisation »

En ce qui concerne les prestations « **hospitalisation** », la demande de remboursement doit être accompagnée obligatoirement, soit des avis des sommes à payer et des attestations de paiement, soit des factures originales acquittées.

Une convention peut être conclue entre la Mutuelle et les établissements d'hospitalisation et institutions sanitaires et médico-sociales.

Article 13 : Exclusion des prestations

Conformément aux dispositions de l'article L.375-1 du Code de la Sécurité Sociale, les maladies, blessures ou infirmités résultant d'une faute intentionnelle d'un membre participant ou de l'un de ses ayants droit ne peuvent donner lieu à aucune prestation de la part de la Mutuelle.

Article 14 : Contrat responsable

Sauf mention contraire, les prestations sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale et à l'ensemble des textes d'application relatifs aux contrats responsables.

À ce titre, les prestations comprennent l'ensemble des obligations minimales de prise en charge du «contrat responsable» et respectent l'ensemble des plafonds de couverture définis par les dispositions légales et réglementaires.

La Mutuelle respecte également les interdictions de prise en charge prévues par le cahier des charges du «contrat responsable».

Conformément aux règles des «contrats responsables» fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par l'organisme assureur les dépenses suivantes :

- La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité Sociale, laissée à la charge des participants ou leurs ayants droit notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé

(sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;

- Les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du Code de la Sécurité Sociale ;
- La majoration de participation du participant ou ses ayants droit prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité Sociale ; et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

Offres non responsables

La Mutuelle se réserve cependant la possibilité de proposer des garanties non responsables en ne respectant donc pas les dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2, en tout cas dans leur intégralité.

Le cas échéant, il est expressément précisé que les garanties ne sont pas conformes au cahier des charges du «contrat responsable».

Frais de gestion :

Enfin, la mutuelle s'engage à communiquer sur ses frais de gestion selon les modalités fixées par arrêté du 17 avril 2012.

Article 15 : Réseau Carte Blanche

Carte Blanche Partenaires est une plateforme santé qui intervient dans le domaine du tiers payant, de la gestion des réseaux de professionnels de santé et de l'accompagnement santé.

Carte Blanche permet aux membres participants et, le cas échéant, leurs ayants droit de bénéficier :

- du tiers payant ;
- de conditions tarifaires auprès de nombreux professionnels de santé adhérant au réseau (chirurgiens-dentistes, opticiens et audioprothésistes) ;
- d'une orientation qualifiée dans le système de soins : annuaires de professionnels de santé hyper spécialistes, classement des établissements hospitaliers et des établissements spécialisés dans le cancer (Guidhospi) ;
- d'informations santé.

Article 16 : Autres services proposés aux bénéficiaires

La Mutuelle propose à ses bénéficiaires des garanties prévoyance assurées auprès de partenaires avec lesquels la Mutuelle a signé une convention de distribution. Ces produits font chacun l'objet d'une notice d'information qui sera remise à chaque souscripteur.

SECTION 5 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 17 : Prescription

Les demandes de prestations présentées par les membres participants ou les factures présentées par les

établissements publics ou privés, accompagnées des justifications prévues par le présent règlement doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter :

- de la date de l'acte médical, chirurgical, de l'accouchement ou du décès,
- de la date de la facture.

Les réclamations portant sur les prestations doivent être obligatoirement formulées par lettre. Le point de départ du délai de recevabilité des réclamations est fixé, soit à la date d'encaissement effectif de la ou des prestations en cause, soit à la date de réception de la lettre de refus de paiement.

Toute action dérivant de l'adhésion à So'Lyon Mutuelle se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, 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 la Mutuelle 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 interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code Civil.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code Civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code Civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie,...) (article 2444 du Code Civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur

solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code Civil),

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code Civil).

Article 18 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant 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 la Mutuelle a exposées, due à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Article 19 : Fonds d'Action Sociale, Fonds de Prévention et de Promotion de la Santé (FAS)

Le Fonds d'Action Sociale est alimenté par une dotation soumise chaque année au vote de l'Assemblée Générale, et limitée à 1,50 % du montant global des recettes provenant des cotisations des membres participants.

Il a pour objet d'aider financièrement les membres participants et leurs ayants droit en difficulté pour faire face, soit à des dépenses de santé restant à leur charge, soit à leurs conséquences.

Il est accessible aux membres participants après douze mois consécutifs de cotisation.

Les demandes d'aide doivent faire l'objet d'un dossier spécifique. Ces dossiers feront l'objet d'une étude particulière et seront soumis à une Commission émanant du Conseil d'Administration qui se prononcera sur l'acceptation ou le refus de l'aide au vu des ressources des demandeurs.

Les décisions de la Commission demeurent à sa seule appréciation et la Commission n'a pas à les motiver à l'égard des membres participants.

Les conditions pour bénéficier du Fonds d'Action Sociale, les modalités, domaines d'intervention et seuils du Fonds d'Action Sociale sont définis par la Commission, validés par le Conseil d'Administration et mis à la disposition des membres participants qui le demandent.

Le montant maximum annuel d'aide pouvant être attribué au membre participant est plafonné à 100 % des dépenses restant à la charge du demandeur et dans la limite du plafond du montant alloué par le FAS.

Article 20 : Réclamations — Médiation

Pour toute réclamation du membre participant à l'égard de la Mutuelle, ce dernier devra adresser sa réclamation, par écrit au **Service Relation Adhérents SO LYON Mutuelle** — 18 rue Gabriel Péri à Villeurbanne ou envoyer un courriel à gestion@solyon-mutuelle.fr ou téléphoner au 04 27 19 02 19.

Un accusé de réception écrit de la réclamation sera adressé au membre participant dans les 10 jours suivant la réception de sa déclaration.

Le délai de traitement des réclamations est de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

Dans le cas où la Mutuelle ne serait pas en mesure de traiter la réclamation dans ce délai, elle informera le membre participant du délai estimé pour ce traitement et des raisons qui justifient une prolongation de ce délai.

Si aucune solution n'a pu être trouvée, le membre participant peut, sans préjudice des autres voies de recours légales à sa disposition, faire appel à la médiation. Le recours au médiateur est gratuit. Il est possible de le saisir après avoir épuisé les voies de recours précédentes.

Le médiateur rend un avis dans un délai de six mois à compter de la date à laquelle il a été saisi. So'Lyon Mutuelle a recours au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française — FNMF — 255 rue de Vaugirard — 75719 PARIS cedex 15.

Article 21 : Informatique et Libertés

So'Lyon Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité – SIREN 779846849, dont le siège social est au 18 rue Gabriel Péri, 69100 Villeurbanne collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance :

- des données relatives à l'identification
- des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres,

Les informations recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser votre parcours en tant qu'adhérent (v) pour vous proposer de nouveaux produits ou nouvelles garanties. La base légale des traitements mentionnés est l'exécution du contrat. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat. Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la loi.

La Mutuelle est légalement tenue de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Elle pourra ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenée à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données de SO'LYON par courriel : protection.donnees@solyon-mutuelle.fr, par courrier : So'Lyon Mutuelle – DPO – 18 rue Gabriel Péri CS 30094 – 69623 VILLEURBANNE Cedex.

Article 22 : Organisme de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4 Place de Budapest — 75009 Paris.

SECTION 6 : PRESTATION COMPLEMENT DE SALAIRE

Article 23 : Objet

La prestation Complément de salaire a pour objet d'assurer au membre participant un complément de salaire sous réserve d'une cotisation de l'employeur au CGOS sur la base des seuls éléments permanents du salaire.

Article 24 : Conditions d'adhésion

L'adhésion à la garantie prend effet si le membre participant :

- Est en activité au moment de la souscription,
- N'est pas suspendu de ses fonctions,
- N'est pas en disposition de disponibilité d'office,
- N'est pas en arrêt de travail ou n'a pas été en arrêt de travail dans les deux mois qui précèdent l'adhésion,
- N'a pas repris ses fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique.

Article 25 : Ouvrant droit au complément de salaire

D'une manière générale la prestation de la Mutuelle est servie à compter de la fin de la période d'intervention du CGOS sous réserve que le membre participant soit maintenu en arrêt maladie et à jour de ses cotisations. Le complément de salaire peut être attribué au membre participant remplissant les conditions énoncées ci-dessous.

A) LE PERSONNEL CONCERNE

Les personnels éligibles à la garantie maintien de salaire sont : le personnel titulaire et stagiaire du titre IV du statut général des fonctionnaires ; le personnel contractuel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires.

(1) Objet de la garantie

La garantie maintien de salaire s'applique si le membre participant se trouve temporairement dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle par suite de maladie.

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 100 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de

ce même mois (demi-traitement ou demi-traitement majoré pour les membres participants ayant 3 enfants et plus, indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme).

(2) Point de départ de l'indemnisation

L'indemnisation intervient sous réserve des conditions suivantes :

- Sur la demande expresse du membre participant
- A l'issue de la période d'indemnisation du CGOS
- A la condition du maintien en arrêt de travail
- Sous réserve de la production des pièces justificatives exigibles à sa situation (notamment fiches de paie, notifications CGOS, relevé d'indemnités journalières de Sécurité Sociale, copie de l'arrêt de travail).

B) PERSONNEL TITULAIRE ET STAGIAIRE DU TITRE IV DU STATUT GÉNÉRAL DES FONCTIONNAIRES

La participation de la Mutuelle se fait ainsi qu'il suit :

(1) En maladie ordinaire

L'agent bénéficie de trois mois de plein traitement, puis de neuf mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur.

Les cinq premiers mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré pour les membres participants ayant 3 enfants et plus) sont complétés par le CGOS, les quatre derniers mois sont complétés par la Mutuelle.

(2) En longue maladie

L'agent bénéficie d'un an de plein traitement, puis de deux ans de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur.

Les cinq premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) sont complétés par le CGOS, les sept derniers mois sont complétés par la Mutuelle.

(3) En maladie longue durée

L'agent bénéficie de trois ans de plein traitement, puis de deux ans de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur.

Les cinq premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) sont complétés par le CGOS, les sept derniers mois sont complétés par la Mutuelle.

C) PERSONNEL CONTRACTUEL RELEVANT DU TITRE IV DU STATUT GÉNÉRAL DES FONCTIONNAIRES:

La participation de la Mutuelle se définit comme suit :

(1) En maladie ordinaire

- Personnel ayant plus de quatre mois et moins de deux ans d'ancienneté : l'agent bénéficie d'un mois de plein traitement puis d'un mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur, déduction faite des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale. Le mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré), ainsi que le suivant, sont complétés par le CGOS, les neuf mois suivants sont complétés par la Mutuelle.
- Personnel ayant plus de deux ans et moins de trois ans d'ancienneté : l'agent bénéficie de deux mois de plein traitement, puis de deux mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur, déduction faite des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale. Les deux mois de demi-traitement (ou demi-

traitement majoré), ainsi que le suivant sont complétés par le CGOS, les sept mois suivants sont complétés par la Mutuelle.

- Personnel ayant plus de trois ans d'ancienneté : L'agent bénéficie de trois mois de plein traitement, puis de trois mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur, déduction faite des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale.
- Les trois mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) sont complétés par le CGOS, les six mois suivants sont complétés par la Mutuelle.

(2) En grave maladie

- Personnel ayant au moins trois ans de services effectifs et continus : l'agent bénéficie d'un an de plein traitement, puis de deux ans de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) par l'employeur, après déduction des indemnités journalières de Sécurité Sociale. Les trois premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) sont complétés par le CGOS, les neuf derniers mois sont complétés par la Mutuelle.

Article 26 : Taux de cotisation du complément de salaire

Le taux de cotisation est fixé à 0,60 % du traitement indiciaire de base (indice majoré). Il s'ajoute à la cotisation de la garantie santé souscrite pour les prestations de soins (Gamme SOLI'SANTE, SO'SANTE ou ACS Proxime Santé). À défaut d'avoir souscrit à une couverture santé, le membre participant ne peut pas prétendre au complément de salaire.

Pour le calcul de la cotisation du complément de salaire de l'année suivante, le membre participant doit fournir avant le 30 juin de chaque année le bulletin de salaire du mois de février de l'année en cours.

À défaut de fournir les éléments dans le délai prévu, l'indice majoré (salaire indiciaire) sera revalorisé de 8 points.

En cas d'indemnisation et si les éléments de calcul n'ont pas été transmis, la cotisation sera recalculée de manière rétroactive sur la base du bulletin de salaire fourni lors de la demande d'indemnisation et fera l'objet, le cas d'échéant, d'une régularisation.

Article 27 : Interruption de la garantie en cas de suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération

La garantie « Complément de salaire » est interrompue lorsque le membre participant est en congé non rémunéré (congé pour convenance personnelle, pour création d'entreprise, pour mandat électif ou l'exercice de fonctions de membre du Gouvernement, pour activités dans la réserve opérationnelle de plus de 30 jours). Pour permettre à la Mutuelle d'interrompre le prélèvement des cotisations de cette garantie, le membre participant doit fournir un justificatif de son changement de situation.

La garantie reprend le jour qui suit la fin de la suspension du contrat de travail à condition que le membre participant acquitte de nouveau ses cotisations.

Le membre participant doit alors en informer la Mutuelle en lui fournissant une attestation de reprise du travail de la part de son employeur, ainsi que le bulletin de salaire du premier

mois de sa reprise. Si le membre participant ne fournit pas ces pièces dans les 3 mois suivant sa reprise d'activité, alors la réactivation de la garantie « Complément de salaire » prendra effet au 1er du mois qui suit la réception de ces pièces.

Article 28 : Cessation de la garantie

La garantie cesse de produire effet :

- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein en vigueur à la date d'effet du contrat du membre participant pour la garantie maintien de salaire ;
- au décès du membre participant ;
- à la date d'effet de la résiliation de la garantie ;
- à la date d'effet de la résiliation ou de radiation de l'adhésion du membre participant dont les modalités sont définies aux articles 4 et 5 du présent règlement.

Article 29 : Risques non garantis par So'Lyon Mutuelle

SO LYON MUTUELLE NE PREND PAS EN CHARGE LES RISQUES RÉSULTANT :

- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,
- de mutilation ou blessure volontaire,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- de vols sur ailes volantes, ULM, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,
- de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée.

Article 30 : Mise en œuvre de la garantie

A) POUR FAIRE VALOIR SES DROITS

Le membre participant doit remplir et adresser à la Mutuelle un formulaire « Demande de prestations » dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces nécessaires, indiquées ci-dessous, au calcul des prestations.

Le membre participant s'engage, lors de l'ouverture de ses droits à prestations, à rembourser toutes prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif suite à la modification du congé de maladie.

B) PIÈCES A FOURNIR

- La copie de l'arrêt de travail ;
- L'attestation de l'employeur indiquant la date d'arrêt de travail ;
- Le dernier bulletin de salaire à demi-traitement (ou demi-traitement majoré) et les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale pour les non titulaires ;

- La copie du relevé de décision administrative précisant le passage à demi-traitement (ou demi-traitement majoré) au titre du statut de la Fonction Publique Hospitalière ;
- La copie du récapitulatif des périodes payées par le CGOS ou à défaut, l'attestation de fin de droit aux prestations du CGOS ou encore les relevés de prestations du CGOS sur les 150 derniers jours payés par celui-ci.

C) UNE FOIS LES DROITS DU MEMBRE PARTICIPANT OUVERTS

Le paiement des prestations est effectué sur la base des demandes d'indemnités au fur et à mesure de leur réception par la Mutuelle. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu.

Article 31 : Contrôles effectués à la demande de So'Lyon Mutuelle

So'Lyon Mutuelle peut procéder à tout moment à des visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

Elle peut également effectuer elle-même tous les contrôles et enquêtes administratives qu'elle juge utiles.

Le service des prestations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles et enquêtes. Il en est de même si le bénéficiaire se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par So'Lyon Mutuelle.

Article 32 : Procédure d'arbitrage

A) EN CAS DE CONTESTATION SUR L'ÉTAT D'INCAPACITÉ

Celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, un médecin désigné par So'Lyon Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin est désigné, sur la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

B) HONORAIRES DU MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR SO'LYON MUTUELLE ET CEUX DU TIERS EXPERT

Ils sont à la charge de So'Lyon Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

SECTION 7 : PRESTATIONS SERVIES PAR LA MUTUELLE ET ASSURÉES PAR UN AUTRE ORGANISME ASSUREUR

Article 33 : La garantie obsèques et l'allocation orphelin

Pour ces prestations, la Mutuelle a souscrit un contrat auprès d'**HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale**, immatriculée sous le n° SIREN 410 005 110, dont le siège est situé 29 Boulevard Quinet 75014 PARIS qui est assureur des risques concernés. La garantie obsèques intervient en cas de décès du membre participant, du conjoint ou d'un enfant ayant droit âgé de 12 ans et plus inscrit à la mutuelle, l'institution verse

une allocation obsèques égale à 2 000,00 € plafonnée à la limite des frais engagés.

Cette allocation est versée :

- au membre participant en cas de décès de son conjoint,
- au conjoint en cas de décès du membre participant,
- à défaut à la personne ayant participé aux frais d'obsèques,
- ou encore directement aux pompes funèbres à la demande formelle de la famille ou au notaire chargé de la succession.

La facture originale acquittée sera exigée pour le versement de cette prestation.

L'«allocation orphelin» : l'allocation unique orphelin est versée par l'institution lors du décès d'un membre participant à tous ses enfants ayants droit à charge inscrits à la mutuelle au jour du décès. Elle s'élève à 560 € par enfant.

Par ailleurs, en respect des dispositions de l'article L.132-3 du Code des Assurances, il est également rappelé l'interdiction d'assurer un majeur en tutelle (excepté en cas d'adhésion en son nom par son représentant légal, en application de l'article L.141-5 du Code des Assurances) et la personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

TITRE II - SOLI'SANTE

SECTION 1 : BENEFICIAIRES

Afin de permettre aux ayants droit de bénéficier du régime complémentaire sur les prestations de Sécurité Sociale versées au titre des ayants droit de l'adhérent, trois conditions cumulatives doivent être remplies :

1. Être ayant droit d'un adhérent à la Mutuelle
2. Avoir été inscrit par l'adhérent en qualité d'ayant droit à la Mutuelle
3. Prise en charge des soins de l'ayant droit par le régime obligatoire effectuée avec le numéro de Sécurité Sociale de l'adhérent.

Article 34 : Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des prestations sont définis par le bulletin d'adhésion.

Ils peuvent être constitués, sauf dérogation prévue aux dispositions particulières :

- du membre participant, résidant en France métropolitaine et Départements d'Outre-Mer, bénéficiaire de prestations en nature du régime d'Assurance Maladie obligatoire français ;
- du conjoint au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité Sociale ou dont les revenus annuels propres de l'année N-1 sont inférieurs ou égaux, à un montant équivalent à 12 fois le revenu de solidarité active (articles L.262-2 et L.262-3 du Code de l'action sociale et des familles) de cette même année,
- est assimilé en tant que conjoint, le concubin sur présentation d'une déclaration sur l'honneur de domicile commun, ou la personne liée au membre participant par un PACS,
- les enfants du membre participant ou de son conjoint, ou assimilé, tels que définis ci-après :

- les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale dans les conditions définies au 2^{ème} alinéa de l'article L.160-2 du Code de la Sécurité Sociale ; le statut d'ayant droit prend fin dans l'année au cours de laquelle, l'enfant atteint l'âge de la majorité.

SECTION 2 : COTISATIONS

Article 35 : Composition de la cotisation

La cotisation « mutuelle complémentaire santé » est fixée par référence à une assiette définie pour chaque catégorie à l'Article 35 du règlement, à laquelle s'applique le taux de cotisation défini à l'article 36 du règlement.

La cotisation forfaitaire garantie obsèques et allocation orphelin est précomptée par So'Lyon Mutuelle, dans le cadre de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité au profit d'**HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale**, immatriculée sous le n° SIREN 410 005 110, dont le siège est situé 29 Boulevard Quinet 75014 PARIS.

Article 36 : Assiettes de cotisations par catégorie

Les assiettes de cotisations pour les garanties « mutuelle complémentaire santé » sont fixées ainsi qu'il suit, pour chaque catégorie de membres participants :

A) ACTIFS

- **Actifs exerçant une activité salariée:**

Fonction Publique : salaire brut hors primes, reconstitué le cas échéant. L'assiette de cotisation ne peut être inférieure à 45 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale de l'année précédente.

Référence du calcul de l'assiette : bulletin de salaire du mois de février de l'année précédente.

Hors Fonction Publique : revenus déclarés de l'année précédente. L'assiette de cotisation ne peut être inférieure à 45 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale de l'année précédente.

Référence du calcul de l'assiette : déclaration fiscale préremplie des revenus de l'année précédente.

- **Actifs exerçant une activité non salariée:**

Revenus déclarés de l'année précédente. L'assiette de cotisation ne peut être inférieure à 45 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale de l'année précédente.

Référence du calcul de l'assiette : déclaration fiscale des revenus de l'année précédente.

- **Actifs en situation de congé non rémunéré ou de suspension de contrat de travail, non actifs titulaires d'une allocation chômage, congé parental, disponibilité sans traitement :**

Revenus déclarés de l'année précédente. L'assiette de cotisation ne peut être inférieure à 35 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale de l'année précédente.

Référence du calcul de l'assiette : déclaration fiscale préremplie des revenus de l'année précédente.

B) RETRAITES

- **Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une pension de retraite :**

Le net fiscal : pension personnelle, pension de réversion, retraites complémentaires obligatoires de l'année précédente et/ou rente d'invalidité, ou à défaut, 35 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale de l'année précédente.

Référence du calcul de l'assiette :

- pour la première année de retraite, d'invalidité : attestation(s) de paiement des pensions obligatoires.
 - pour les années suivantes : déclaration fiscale préremplie des revenus de l'année précédente et attestation des pensions obligatoires.
- **Non-actifs sans revenus de substitution :**
35 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale de l'année précédente.

Référence du calcul de l'assiette : Déclaration fiscale préremplie des revenus de l'année précédente du membre participant.

C) ETUDIANTS

- **Élèves des écoles paramédicales, hors formation professionnelle, étudiants, apprentis jusqu'à 25 ans :** 20 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale de l'année précédente.

Justificatif à fournir : certificat de scolarité ou copie du contrat d'apprentissage pour les apprentis.

D) BÉNÉFICIAIRES DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE

Cotisation gratuite.

E) MISE A JOUR DES DONNEES POUR LE CALCUL DE L'ASSIETTE DE COTISATION

Pour les retraités : la déclaration fiscale préremplie des revenus de l'année précédente et attestation des pensions obligatoires ne sont à fournir que lorsqu'il s'agit d'une première adhésion ou d'un changement dans la déclaration des revenus. Si aucun changement n'est communiqué, le calcul des assiettes se fera sur la base du taux d'augmentation des pensions communiqué par le journal officiel.

Pour les actifs : l'envoi des documents constituant les références du calcul de l'assiette est à effectuer au plus tard le 30 juin. Sans réponse du membre participant, un coefficient de pénalité sera appliqué :

- 2 % sur les données de référence du calcul de l'assiette pour les actifs hors fonction Publique, actifs exerçant une activité non salariée et les actifs en situation de congé non rémunéré ou de suspension de contrat de travail
- 8 points sur les données de référence du calcul de l'assiette pour les actifs de la Fonction Publique.

En cas d'adhésion en cours d'année le calcul sera étudié en conséquence.

Article 37 : Taux de cotisation

Le montant des cotisations s'élève à la somme des cotisations des garanties suivantes :

- Garantie Complémentaire santé choisie.
 - Garantie obsèques et allocation orphelin.
 - Garantie Complément de salaire —cf. article 23.
- Pour les membres participants ayant souscrit à cette garantie.

A) COTISATION DES GARANTIES « COMPLEMENTAIRE SANTE »

Le taux applicable à l'assiette de cotisation est fixé pour :

(1) Offre de Base

- Pour les actifs à 5,10 % de l'assiette de cotisation limitée au plafond mensuel de la Sécurité Sociale
- Pour les non actifs à 6,11 % de l'assiette de cotisation limitée au plafond mensuel de la Sécurité Sociale.
- Pour les étudiants à 5,10 % de l'assiette de cotisation définie précédemment

(2) Offre Actifs

- Pour les actifs à 7,18 % de l'assiette de cotisation limitée au plafond de la Sécurité Sociale
- Pour les étudiants à 7,18 % de l'assiette de cotisation limitée précédemment

(3) Offre Retraités

- Pour les non actifs à 7,76 % de l'assiette de cotisation limitée au plafond de la Sécurité Sociale.

L'année de référence du montant du plafond mensuel de la Sécurité Sociale est l'année précédente (exemple : pour 2017, le plafond de référence de la Sécurité Sociale est celui en vigueur au 01/01/2016)

(4) Offre Jeune 16-25 ans

- Jeunes âgés de 16 à 25 ans (date d'anniversaire)
- Dans le cadre d'une adhésion annuelle (année civile), une garantie «Offre Jeune» avec une cotisation forfaitaire de 15,47€ par mois est proposée.
- Cette offre ne pourra pas bénéficier de la minoration faite aux couples membres participants. Les ayants droit ne sont pas pris en charge.

(5) La cotisation forfaitaire mensuelle de la « garantie obsèques et allocation orphelin ».

Article 38 : Tarification couples

Pour un couple, si ces deux conditions cumulatives sont remplies :

- Marié, pacsé, en concubinage (attestation sur l'honneur et une facture de moins de deux mois mentionnant les 2 noms ou, une facture par membre participant portant la même adresse).
- Tous deux membres participants de la Mutuelle soit au titre de la gamme SOLI'SANTE, soit de la gamme SO'SANTE à l'exclusion de l'offre Jeune et P10.

Un dégrèvement de 20 % est accordé sur la cotisation la plus élevée sur demande explicite de l'adhérent.

Article 39 : Durée — modification de la garantie

Le changement de garantie ou de niveau de garantie peut être sollicité pour l'année civile suivante à condition d'en informer la Mutuelle avant le 15 novembre de chaque année.

Dans le cadre de passage à la retraite en cours d'année, les niveaux de garantie et de cotisations sont inchangés jusqu'à la fin de l'année civile, excepté la cotisation pour le complément de salaire qui s'arrête de fait.

SECTION 3 : PRESTATIONS SERVIES PAR LA MUTUELLE

Article 40 : Prestations en nature

PRESTATIONS SERVIES DANS L'OFFRE FORFAITAIRE JEUNES 16-25 ANS.

Cette offre prend en charge dans le respect du contrat responsable et du parcours de soins :

A) HOSPITALISATION

Remboursement

- Des frais de séjour : ticket modérateur
- Des honoraires médicaux (spécialistes) : ticket modérateur
- Le forfait journalier prévu par l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale :
 - est remboursé : sans limitation par la mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie).
 - n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

B) SOINS DE VILLE ET SOINS EXTERNES

Remboursement :

- Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes : ticket modérateur
- Actes cotés à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) (radiologie, imagerie,...) : ticket modérateur
- Analyses et examens de laboratoire : ticket modérateur
- Pharmacie : ticket modérateur

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les remboursements distinguent les consultations chez les praticiens ayant ou non signé un contrat avec l'Assurance Maladie (OPTAM / OPTAM-Co : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique, qui remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS)) afin d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et la facturation de soins respectant les tarifs de convention.

C) DENTAIRE

Remboursement du ticket modérateur pour :

- Les soins dentaires
- Les prothèses dentaires

D) OPTIQUE

Remboursement du ticket modérateur auquel s'ajoute un forfait : moins de 18 ans : un forfait par an, plus de 18 ans, un forfait tous les 2 ans limité à 2 verres, sauf évolution de la vue.

- Forfait monture et verres simples : 50 €
- Forfait monture et verres complexes ou très complexes : forfait de 200 € dont 50 € maximum pour la monture.

Dès lors qu'un seul des 2 verres est complexe ou très complexe, le forfait « verres complexes et très complexes » sera appliqué.

E) TRANSPORT

Remboursement du ticket modérateur.

F) ACTES VISES PAR L'ARTICLE R.322-8 CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET FAISANT L'OBJET D'UNE FRANCHISE DE REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE

Remboursement de la franchise.

G) RENFORT

- Participation à l'inscription à un club de sport : **40 €** sur justificatif et sous réserve des frais engagés.
- **Assistance**

H) PREVENTION

Dans le cadre du contrat responsable, prise en charge du ticket modérateur pour l'ensemble des prestations de prévention figurant dans l'arrêté du 8 juin 2006.

PRESTATIONS SERVIES POUR LA GARANTIE « MUTUELLE COMPLEMENTAIRE SANTE » DANS LES OFFRES DE BASE, ACTIFS ET NON-ACTIFS

Les prestations énumérées ci-après s'appliquent à tous les membres adhérant au présent règlement et à leurs ayants droit et sont fonction de la garantie souscrite.

A) CONSULTATIONS, VISITES, ACTES COTES A LA CCAM (CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX : RADIOLOGIE, IMAGERIE,...)

Pour les consultations et visites, les actes médicaux et d'imagerie, les soins externes (norme NGAP) effectués dans le respect du parcours de soins : remboursement du ticket modérateur.

(1) En cas de dépassements d'honoraires des praticiens signataires de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-Co)

Sur les consultations et visites de généralistes pratiquées dans le respect du parcours de soins :

- **Offre de Base** : participation supplémentaire à hauteur de **20 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **Offre Actifs** : participation supplémentaire à hauteur de **50 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **Offre Retraités** : participation supplémentaire à hauteur de **50 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Sur les consultations et visites de spécialistes pratiquées dans le respect du parcours de soins :

- **Offre de Base** : participation supplémentaire à hauteur de **50 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **Offre Actifs** : participation supplémentaire à hauteur de **100 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **Offre Retraités** : participation supplémentaire à hauteur de **100 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Sur les actes médicaux codifiés par la CCAM pratiqués dans le cadre du parcours de soins :

- **Offre de Base** : participation supplémentaire à hauteur de **20 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **Offre Actifs** : participation supplémentaire à hauteur de **100 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **Offre Retraités** : participation supplémentaire à hauteur de **100 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

(2) En cas de dépassements d'honoraires des praticiens non-signataires de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-Co)

Sur les consultations et visites de généralistes pratiquées dans le respect du parcours de soins :

- **Offre Actifs** : participation supplémentaire à hauteur de **30 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

• **Offre Retraités** : participation supplémentaire à hauteur de **30 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale. Sur les consultations et visites de spécialistes pratiquées dans le respect du parcours de soins :

- **Offre de Base** : participation supplémentaire à hauteur de **30 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **Offre Actifs** : participation supplémentaire à hauteur de **80 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **Offre Retraités** : participation supplémentaire à hauteur de **80 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Sur les actes médicaux codifiés par la CCAM pratiqués dans le cadre du parcours de soins :

- **Offre Actifs** : participation supplémentaire à hauteur de **80 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **Offre Retraités** : participation supplémentaire à hauteur de **80 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

B) AUTRES ACTES, EXAMENS ET ACTES PARAMÉDICAUX PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pour les autres actes, les soins assurés par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux (kinésithérapie, soins infirmiers, orthophonie, orthoptie, pédicure, etc.) les analyses et examens de laboratoire et les transports : remboursement du ticket modérateur.

C) FRAIS DE TRANSPORT VISITEUR

Dans l'Offre Retraités deux forfaits de 50 € par an. Le remboursement, limité à la dépense engagée, s'effectue sur présentation de la facture originale acquittée de transport taxi ou transport en commun et du bulletin d'hospitalisation du membre participant ou de l'ayant droit.

D) PARTICIPATION FORFAITAIRE ET FRANCHISE MÉDICALE

La Mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et la franchise médicale définies à l'article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

E) MÉDICAMENTS

Médicaments pris en charge à 65 % par l'Assurance Maladie : remboursement du ticket modérateur.
Médicaments pris en charge à 30 % par l'Assurance Maladie : remboursement du ticket modérateur.
Médicaments pris en charge à 15 % par l'Assurance Maladie : remboursement du ticket modérateur.

F) OPTIQUE

(1) Adultes

Remboursement du ticket modérateur à hauteur de 140 % de la base de remboursement Sécurité Sociale auquel s'ajoute :

Un forfait tous les deux ans, par bénéficiaire et limité à 2 verres sauf évolution justifiée de la vue.

La périodicité d'utilisation du forfait sur une période donnée s'apprécie à partir de la première date d'achat.

Forfait monture (tous les 2 ans)

- Offre de Base 100 €
- Offre Actifs 140 €
- Offre Retraités 140 €

Forfait verres simples*

- Offre de Base 150 €
- Offre Actifs 200 €

- Offre Retraités 200 €

Forfait verres complexes ou très complexes*

- Offre de Base 250 €
- Offre Actifs 360 €
- Offre Retraités 360 €

*Combinaisons possibles tous les 2 ans : 1 équipement simple (2 verres simples) ou 1 équipement complexe (2 verres complexes).

Dès lors qu'un seul des 2 verres est complexe ou très complexe, le forfait « verres complexes et très complexes » sera appliqué.

Forfait lentilles acceptées ou refusées (un forfait tous les deux ans, par bénéficiaire)

- Offre de Base 250 €
- Offre Actifs 350 €
- Offre Retraités 350 €

Forfait chirurgie réfractive

Le forfait annuel est attribué par œil, pour la chirurgie réfractive.

- Offre de Base 250 €
- Offre Actifs 350 €
- Offre Retraités 350 €

(2) Enfant de moins de 18 ans

Un forfait par an et par bénéficiaire

Remboursement du ticket modérateur à hauteur de :

- 140 % de la base de remboursement Sécurité Sociale pour l'équipement optique
- 40% de la base de remboursement Sécurité Sociale pour les lentilles acceptées

Auquel s'ajoute un seul forfait annuel, par bénéficiaire, lunettes ou lentilles correctives, sur prescription médicale, acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale.

Forfait, verres (simples ou complexes)

- Offre de Base 70 €
- Offre Actifs 125 €
- Offre Retraités 70 €

Forfait monture enfant

- Offre de Base 30 €
- Offre Actifs 50 €
- Offre Retraités 30 €

Forfait lentilles remboursées ou refusées

- Offre de Base 70 €
- Offre Actifs 125 €
- Offre Retraités 70 €

G) APPAREILLAGE

Remboursement du ticket modérateur auquel s'ajoutent les forfaits annuels suivants :

Forfait prothèses orthopédiques, capillaires et mammaires (définies dans le code LPP : MAD, COR, DVO, PII, PA)

- Offre de Base 100 €
- Offre Actifs 400 €
- Offre Retraités 400 €

Forfait appareils auditifs

- Offre de Base 450 €
- Offre Actifs 500 €
- Offre Retraités 750 €

Forfait véhicule handicapé

- Offre de Base 450 €
- Offre Actifs 500 €
- Offre Retraités 650 €

H) MEDECINE DOUCE

Forfait ostéopathie et pédicurie non pris en charge par la Sécurité Sociale, sur présentation d'une facture originale acquittée par un professionnel enregistré auprès de l'autorité compétente. La facture devra comporter le numéro ADELI du professionnel.

- Offre de Base 50 € par an
- Offre Actifs 100 € par an
- Offre Retraités 150 € par an

I) DENTAIRE

Soins dentaires : remboursement du ticket modérateur.

Prothèses dentaires (hors Inlay Core) avec participation Sécurité Sociale : remboursement du ticket modérateur auquel s'ajoute un remboursement par acte :

Offre de Base : 250 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à 350 % de la base de remboursement Sécurité Sociale.

Offre Actifs : 350 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à 450 % de la base de remboursement Sécurité Sociale.

Offre Retraités : 300 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à 400 % de la base de remboursement Sécurité Sociale.

Plafond annuel de :

- Offre de Base 903 €
- Offre Actifs 1 225,50 €
- Offre Retraités 1 064,25 €

Inlay Core avec participation Sécurité Sociale :

Remboursement du ticket modérateur auquel s'ajoute un remboursement par acte et limité à 3 actes par an :

Offre de Base : 80 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à 180 % de la base de remboursement Sécurité Sociale.

Offre Actifs : 100 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à 200 % de la base de remboursement Sécurité Sociale.

Offre Retraités : 100 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à 200 % de la base de remboursement Sécurité Sociale.

Forfait limité par acte et dans la limite de trois par année civile

- Offre de Base 146 €
- Offre Actifs 173 €
- Offre Retraités 173 €

Prothèses dentaires sans participation Sécurité Sociale :

Forfait par prothèse, limité à la dépense engagée, sur présentation de la facture originale acquittée détaillée.

Forfait prothèse par acte et dans la limite de trois par année civile

- Offre de Base 200 €
- Offre Actifs 300 €
- Offre Retraités 300 €

Implantologie

- Offre Actifs, forfait annuel de 500 €
- Offre Retraités, forfait annuel de 500 €

Orthodontie avec participation Sécurité Sociale :

Le remboursement intervient pour les membres participants et leurs ayants droit inscrits, à échéance du traitement.

- Offre de Base : remboursement de 175 % du tarif conventionnel
- Offre Actifs : remboursement de 250 % du tarif conventionnel.

Orthodontie sans participation Sécurité Sociale :

Le remboursement intervient pour les membres participants et leurs ayants droit inscrits, à échéance du traitement. Forfait par année civile :

- Offre de Base 700 €
- Offre Actifs 800 €

Sur présentation d'une facture originale acquittée, comportant la date de début et de fin des soins.

Parodontologie

Pour les actes non remboursés par la Sécurité Sociale, sur présentation d'une facture originale acquittée. Forfait par année civile :

- Offre Actifs 150 €
- Offre Retraités 300 €

J) CURES THERMALES

Honoraires médicaux et traitement thermal effectués dans le cadre du parcours de soins : remboursement du ticket modérateur.

Hébergement : forfait annuel maximum de :

- Offre de Base 122 €
- Offre Actifs 150 €
- Offre Retraités 200 €

Sur présentation d'une facture originale acquittée, comportant la date de début et de fin des soins.

K) HOSPITALISATION

Frais de séjour : remboursement du ticket modérateur

Honoraires : les dépassements d'honoraires sur les prestations pratiquées dans le cadre d'une hospitalisation sont identiques à celles pratiquées en ville, se reporter au paragraphe :

CONSULTATIONS, VISITES, ACTES côtés à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux : radiologie, imagerie,...).

Forfait journalier

Le forfait journalier prévu par l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale :

- est remboursé : sans limitation par la mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie).
- n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Chambres particulières

- Offre de Base 45 € par jour
- Offre Actifs 60 € par jour
- Offre Retraités 60 € par jour

Dans la limite de 15 jours par an.

Lit accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans inscrit à la Mutuelle

- Offre de Base 35 € par jour
- Offre Actifs 45 € par jour
- Offre Retraités 45 € par jour

Dans la limite de 15 jours par an.

L) ACTES, VISES PAR L'ARTICLE R.322-8 CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FAISANT L'OBJET D'UNE

FRANCHISE DE REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE

Remboursement de la franchise.

M) PRESTATIONS DE PRÉVENTION

Prise en charge du ticket modérateur pour l'ensemble des prestations de prévention figurant dans l'arrêté du 8 juin 2006.

N) RENFORT SPORT ET LOISIRS

Participation annuelle pour toute inscription à un club de loisir ou de sport sur justificatifs et sous réserve des frais engagés :

- 40 € pour le membre participant
- 20 € pour tout ayant droit inscrit sur le contrat

O) FORFAIT OSTÉODENSITOMÉTRIE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

- Offre Actifs 50 € par an
- Offre Retraités 50 € par an

P) PRÉCISIONS SUR LES PRESTATIONS OPTIQUES

1) VERRE SIMPLE

Verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00.

2) VERRE COMPLEXE

Verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 et verre multifocal ou progressif.

3) VERRE TRÈS COMPLEXE

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme d'Assurance Maladie complémentaire.

SECTION 4 : PRESTATIONS SERVIES PAR LA MUTUELLE ET ASSURÉES PAR D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS

Article 41 : Assistance

La Mutuelle a souscrit, au profit de ses membres participants et des membres de leur famille, un contrat d'assistance auprès d'IMA ASSURANCES ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA ASSURANCES, différentes prestations d'assistance à domicile. Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants selon les conditions indiquées dans la notice d'information. Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 NIORT Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce

et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 42 : Frais d'obsèques

La garantie obsèques et allocation orphelin est assurée par **HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale**, immatriculée sous le n° SIREN 410 005 110, dont le siège est situé 29 Boulevard Quinet 75014 PARIS.

TITRE III - SO'SANTE

SECTION 1 : BENEFICIAIRES

Article 43 : Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des prestations sont définis par le bulletin d'adhésion.

Ils peuvent être constitués, sauf dérogation prévue aux dispositions particulières :

- du membre participant, résidant en France métropolitaine et Départements d'Outre-Mer, bénéficiaire de prestations en nature du régime d'Assurance Maladie obligatoire français ;
- du conjoint et assimilés. Est assimilé en tant que conjoint, le concubin sur présentation d'une déclaration sur l'honneur de domicile commun, ou la personne liée au membre participant par un PACS ;
- des enfants du membre participant ou de son conjoint, ou assimilé, tels que définis ci-après :
 - les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale, (au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité Sociale), ou dans les conditions définies au 2^e alinéa de l'article L.160-2 du Code de la Sécurité Sociale (enfants jusqu'à l'année de leur majorité ou, le cas échéant, jusqu'à leurs 16 ans) ;
 - des enfants de moins de 26 ans, affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou inscrits à l'assurance chômage, ou les enfants en contrat d'apprentissage au sens des dispositions de l'article L.6221-1 du Code du travail, ou en formation en alternance.

SECTION 2 : COTISATIONS

Article 44 : Cotisation selon la tranche d'âge

La cotisation est fixée forfaitairement, âge par âge, et pour chaque bénéficiaire, dans la limite de deux enfants, gratuite à compter du troisième enfant. L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance.

Elle inclut la garantie « frais d'obsèques » et la garantie « allocation orphelin » précomptée par So'Lyon Mutuelle dans le cadre de l'article L.221.3 du Code de la Mutualité au profit d'HUMANIS PRÉVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale.

Article 45 : Tarification couples

Pour un couple, si ces deux conditions cumulatives sont remplies :

- Marié, pacsé, en concubinage (attestation sur l'honneur et une facture de moins de deux mois mentionnant les 2 noms ou, une facture par membre participant portant la même adresse).
- Tous deux membres participants de la Mutuelle soit au titre de la gamme SOLI'SANTE, soit de la gamme SO'SANTE, à l'exclusion de l'offre Jeune, de l'offre P10.

Un dégrèvement de 20 % est accordé sur la cotisation la plus élevée sur demande explicite de l'adhérent.

Article 46 : Durée et changement de la garantie

Le changement de choix de la garantie par le membre participant ne peut s'opérer qu'en date d'effet du 1^{er} janvier de la deuxième année d'adhésion, sauf passage dans une garantie supérieure ou dans l'une des situations suivantes :

- perte d'emploi du membre participant,
- passage à la retraite à 60 ans et plus.

Le membre participant doit informer la Mutuelle de son choix avant le 15 novembre de chaque année.

Article 47 : Distribution par un intermédiaire en assurance

Lors d'une adhésion via un intermédiaire en assurances (courtier inscrit à l'ORIAS par exemple), seules les combinaisons P10 (Hospi), P13M12 (Niveau 1), P13M13 (Niveau 2), P14M14 (Niveau 3) et P15M15 (Niveau 4) peuvent être souscrites.

SECTION 3 : PRESTATIONS SERVIES ET ASSUREES PAR LA MUTUELLE

Les prestations du régime complémentaire de la Mutuelle varient selon la garantie souscrite par le membre participant. Elles sont identiques pour les ayants droit du membre participant.

Article 48 : Présentation générale des garanties

La gamme santé SO'SANTE comporte six produits numérotés 10 à 15, cinq modules numérotés de 11 à 15 et trois renforts intitulés « Jeune-Solo », « Famille » et « Senior ». Un produit et un module s'appellent une garantie.

Produits : Le produit 10 ne comporte que les postes hospitalisation ainsi que la radiologie. Il est souscrit seul, sans module. Les produits 11 à 15 comprennent ces postes, l'appareillage ainsi que, dans les soins courants, les consultations, la pharmacie, les auxiliaires médicaux, les analyses.

Modules : Les modules comprennent les postes dentaire et optique.

Aux produits 11 à 15 doit être obligatoirement adjoint un module. Le choix du module est restreint selon le choix du produit et conditionné par une règle « 0, -1, +1 ».

Exemple : on peut adjoindre au produit 13 uniquement le module 13, le module 12 ou le module 14. Le produit 11 pourra être complété uniquement des modules 11 ou 12. Le produit 15 pourra être complété uniquement des modules 14 ou 15.

Renforts : La garantie P10 n'inclut pas de renfort. Les renforts sont vendus en inclusion dans les conditions suivantes :

- Renfort « Jeune-solo » : inclus dans la garantie souscrite par tout membre participant célibataire et non-chargé de famille, âgé de 18 à 59 ans. (année civile de l'anniversaire) ;
- Renfort « Famille » : inclus dans la garantie souscrite par tout membre participant âgé de moins de 60 ans avec des enfants et/ou un conjoint inscrits comme ayants droit ;
- Renfort « Senior » : inclus dans la garantie souscrite par tout membre participant âgé de 60 ans et plus.

Article 49 : Prestations en nature

Particularités du produit P10 : ce produit n'est pas conforme au contrat responsable.

A) HOSPITALISATION

Cette offre prend en charge dans le respect du contrat responsable et du parcours de soins :

Remboursement :

- des frais de séjour : ticket modérateur
- des honoraires médicaux (spécialistes) : ticket modérateur
- des transports : ticket modérateur.

Le forfait journalier prévu par l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale :

- est remboursé : sans limitation par la mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie).
- n'est pas remboursé : en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

En cas de dépassements d'honoraires des praticiens signataires de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-Co)

Sur les consultations et visites de généralistes pratiquées dans le respect du parcours de soins :

- **P10** : participation supplémentaire à hauteur de **150 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **P12** : participation supplémentaire à hauteur de **50 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **P13** : participation supplémentaire à hauteur de **100 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **P14** : participation supplémentaire à hauteur de **200 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **P15** : participation supplémentaire à hauteur de **220 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

En cas de dépassements d'honoraires des praticiens non-signataires de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-Co)

Sur les consultations et visites de généralistes pratiquées dans le respect du parcours de soins :

- **P10** : participation supplémentaire à hauteur de **100 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **P12** : participation supplémentaire à hauteur de **30 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **P13** : participation supplémentaire à hauteur de **80 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **P14** : participation supplémentaire à hauteur de **100 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
- **P15** : participation supplémentaire à hauteur de **100 %** du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Chambre particulière : sans limitation, en chirurgie et médecine, 60 jours/an en rééducation et en psychiatrie.

- P10 : 60 €
- P13 : 50 €
- P14 : 60 €
- P15 : 80 €

Forfait accompagnant, hors maternité (par jour) :

- P12 : 25 €
- P13 : 45 €
- P14 : 45 €
- P15 : 55 €

B) CONSULTATIONS, VISITES, ACTES COTES A LA CCAM (CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX : RADIOLOGIE, IMAGERIE...)

Pour les consultations et visites, les actes médicaux et d'imagerie, les soins externes (norme NGAP) effectués dans le respect du parcours de soins : remboursement du ticket modérateur, à l'exception du produit P10 qui ne prend en charge que les actes cotés à la CCAM (radiologie, imagerie...).

En cas de dépassements d'honoraires des praticiens signataires de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-Co)

Sur les consultations et visites de généralistes pratiquées dans le respect du parcours de soins :

•P15 : participation supplémentaire à hauteur de 50 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Sur les consultations et visites de spécialistes pratiquées dans le respect du parcours de soins :

•P13 : participation supplémentaire à hauteur de 50 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

•P14 : participation supplémentaire à hauteur de 50 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

•P15 : participation supplémentaire à hauteur de 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Sur les actes médicaux codifiés par la CCAM pratiqués dans le respect du parcours de soins :

•P14 : participation supplémentaire à hauteur de 50 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

•P15 : participation supplémentaire à hauteur de 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

En cas de dépassements d'honoraires praticiens non-signataires de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-Co)

Sur les consultations et visites de généralistes pratiquées dans le respect du parcours de soins :

•P15 : participation supplémentaire à hauteur de 30 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Sur les consultations et visites de spécialistes, pratiquées dans le respect du parcours de soins :

•P13 : participation supplémentaire à hauteur de 30 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

•P14 : participation supplémentaire à hauteur de 30 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

•P15 : participation supplémentaire à hauteur de 80 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

Sur les actes médicaux codifiés par la CCAM pratiqués dans le respect du parcours de soins :

•P14 : participation supplémentaire à hauteur de 30 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

•P15 : participation supplémentaire à hauteur de 80 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

C) ACTES VISES PAR L'ARTICLE R.322-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET FAISANT L'OBJET D'UNE FRANCHISE DE REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE

Remboursement de la franchise

D) MEDICAMENTS (A L'EXCEPTION DU PRODUIT P10)

Médicaments pris en charge à 65 % par l'Assurance Maladie : remboursement du ticket modérateur.

Médicaments pris en charge à 30 % par l'Assurance Maladie : remboursement du ticket modérateur.

Médicaments pris en charge à 15 % par l'Assurance Maladie : remboursement du ticket modérateur.

E) AUTRES ACTES, EXAMENS ET ACTES PARAMÉDICAUX PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pour les autres actes, les soins assurés par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux (kinésithérapie, soins infirmiers, orthophonie, orthoptie, pédicure, etc.) les analyses et examens de laboratoire et les transports : remboursement du ticket modérateur à l'exception du produit P10.

F) CURES THERMALES

Honoraires médicaux et traitement thermal effectués dans le cadre du parcours de soins : remboursement du ticket modérateur, à l'exception du produit P10.

Les dépenses d'hébergement seront remboursées sur présentation de facture originale acquittée sur la base du forfait «hébergement» indiqué dans le tableau de garantie.

Hébergement : attribution d'un forfait annuel par bénéficiaire de :

- P13 : 100 €
- P14 : 150 €
- P15 : 200 €

G) APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES

Prothèses orthopédiques, capillaires et mammaires définies dans la nomenclature LPP : MAD, COR, DVO, PII, PA, appareils auditifs, véhicule handicapé : remboursement du ticket modérateur pour les produits P10, P11 et P12.

• P13 : participation supplémentaire à hauteur de 50 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale

• P14 : participation supplémentaire à hauteur de 50 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale

• P15 : participation supplémentaire à hauteur de 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale

Forfait supplémentaire annuel prothèses auditives et fauteuil roulant :

- P14 : 250 €
- P15 : 400 €

H) DENTAIRE

(1) Soins dentaires

Remboursement du ticket modérateur, à l'exception du produit P10.

(2) Prothèses dentaires, inlays core avec participation Sécurité Sociale :

Remboursement du ticket modérateur auquel s'ajoute un remboursement par acte (à l'exception du produit P10).

• **M11** : 20 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **120 %** de la base de remboursement Sécurité Sociale.

• **M12** : 50 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **150 %** de la base de remboursement Sécurité Sociale.

• **M13** : 100 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **200 %** de la base de remboursement Sécurité Sociale.

• **M14** : 150 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **250 %** de la base de remboursement Sécurité Sociale.

• **M15** : 300 % de la base de remboursement Sécurité Sociale, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **400 %** de la base de remboursement Sécurité Sociale.

Orthodontie avec participation Sécurité Sociale :

Le remboursement intervient pour les membres participants et leurs ayants droit inscrits, à échéance du traitement.

• **M11** : remboursement de **30 %** du tarif conventionnel, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **130 %** du tarif conventionnel.

• **M12** : remboursement de **100 %** du tarif conventionnel, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **200 %** du tarif conventionnel.

• **M13** : remboursement de **150 %** du tarif conventionnel, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **250 %** du tarif conventionnel.

• **M14** : remboursement de **200 %** du tarif conventionnel, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **300 %** du tarif conventionnel.

• **M15** : remboursement de **250 %** du tarif conventionnel, soit un remboursement global Sécurité Sociale + Mutuelle égal à **350 %** du tarif conventionnel.

Dentaire non remboursé (orthodontie, prothèse, implantologie, parodontologie...), forfait annuel et par bénéficiaire :

• M12 : **100 €**

• M13 : **200 €**

• M14 : **300 €**

• M15 : **500 €**

I) OPTIQUE

(1) Adultes

Remboursement du ticket modérateur à hauteur de **40 %** de la base de remboursement Sécurité Sociale (à l'exception du produit P10) auquel s'ajoute :

Un forfait tous les deux ans, par bénéficiaire et limité à 2 verres sauf évolution justifiée de la vue.

La périodicité d'utilisation du forfait sur une période donnée s'apprécie à partir de la première date d'achat.

Forfait monture

• M11 30 €

• M12 40 €

• M13 70 €

• M14 100 €

• M15 130 €

Forfait verre simple

• M11 15 €

• M12 20 €
• M13 40 €
• M14 60 €
• M15 80 €

Forfait verre complexe ou très complexe

• M11 85 €

• M12 85 €

• M13 100 €

• M14 130 €

• M15 180 €

Forfait lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire)

• M11 100 €

• M12 100 €

• M13 150 €

• M14 250 €

• M15 350 €

Forfait lentilles refusées et produits d'entretien (par an et par bénéficiaire)

• M12 50 €

• M13 100 €

• M14 150 €

• M15 200 €

Forfait chirurgie réfractive

Le forfait est attribué par œil et par an, pour la chirurgie réfractive.

• M13 200 €

• M14 300 €

• M15 450 €

(2) Enfant de moins de 18 ans (un forfait par an et par bénéficiaire)

Remboursement du ticket modérateur à hauteur de **40 %** de la base de remboursement Sécurité Sociale, auquel s'ajoute **un seul forfait** annuel, par bénéficiaire, lunettes ou lentilles correctives, sur prescription médicale, acceptées par la Sécurité Sociale.

Forfait monture

• M11 30 €

• M12 30 €

• M13 40 €

• M14 60 €

• M15 80 €

Forfait verre simple – Lentilles refusées

• M11 15 €

• M12 15 €

• M13 20 €

• M14 30 €

• M15 40 €

Forfait verre complexe ou très complexe – Lentilles remboursées

• M11 85 €

• M12 85 €

• M13 85 €

• M14 85 €

• M15 85 €

J) RENFORTS

Pas de renfort dans la garantie P10.

Les forfaits sont annuels et par bénéficiaire.

(1) Renfort Jeune/Solo

- Sevrage tabagique, médecines douces (ostéopathie, chiropractie, sophrologie, acupuncture) : 80 €

- Pharmacie non prescrite, mais remboursable par la

Sécurité Sociale : 50 €

- Participation à l'inscription à un club de sport : 70 € sur justificatif et sous réserve des frais engagés.

(2) Renfort Famille

- Sevrage tabagique, médecines douces (ostéopathie, chiropractie, sophrologie, acupuncture) : 80 €
- Pharmacie prescrite, non remboursée par la Sécurité Sociale : 50 €
- Chambre particulière en maternité : 30 €/jour, 5 jours maxi
- Test de grossesse : 20 €

(3) Renfort senior

- Sevrage tabagique, médecines douces (ostéopathie, chiropractie, sophrologie, acupuncture) : 80 €
- Pharmacie prescrite, non remboursée par la Sécurité Sociale : 50 €
- Participation à l'inscription d'un club de loisir ou de sport : 50 € sur justificatif et sous réserve des frais engagés.
- Forfait complémentaire audition (achat d'appareil ou réparation, piles) : 100 €

K) PRÉCISIONS SUR LES PRESTATIONS OPTIQUES

(1) Verre simple

Verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00.

(2) Verre complexe

Verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 et verre multifocal ou progressif

(3) Verre très complexe

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale **comportant** les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme d'Assurance Maladie complémentaire.

L) MÉDECINES DOUCES

Forfait ostéopathie, chiropractie, pédicurie, sophrologie et acupuncture non pris en charge par la Sécurité Sociale sur présentation d'une facture originale acquittée par un professionnel enregistré auprès de l'autorité compétente. Celle-ci devra comporter le numéro ADELI du professionnel. Pour les soins d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture, le professionnel devra avoir obtenu le diplôme correspondant.

SECTION 4 : PRESTATIONS SERVIES PAR LA MUTUELLE ET ASSUREES PAR D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS

Article 50 : Assistance

La Mutuelle a souscrit, au profit de ses membres participants et des membres de leur famille, un contrat d'assistance auprès d'IMA ASSURANCES ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA ASSURANCES, différentes prestations d'assistance à domicile. Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants selon les conditions indiquées dans la notice d'information. Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 NIORT Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 51 : Frais d'obsèques

La garantie obsèques et allocation orphelin est assurée par **HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale**, immatriculée sous le n° SIREN 410 005 110, dont le siège est situé 29 Boulevard Quinet 75014 PARIS.