28 rue Narcisse Bertholey
69600 OULLINS

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Soli'Santé

28 rue Narcisse Bertholey
69600 OULLINS

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 4
Article 1 : Objet 4
Article 2 : Modification du Règlement mutualiste 4
Article 3 : Adhésion 4
Article 4 : Faculté de renonciation en cas de vente à distance 4
Article 5 : Bénéficiaires des prestations 4
TITRE II - LES GARANTIES 5
Article 6 : Durée — Renouvellement 5
Article 7 : Résiliation — Radiation - Exclusion 5
Article 8 : Date de cessation des droits aux prestations 6
Article 9 : Changement de la garantie 6
Article 10 : Plafond de remboursement 6
TITRE III - LES COTISATIONS 6
Article 11 : Détermination des cotisations et échéance 6
Article 12 : Défaut de paiement des cotisations 6
Article 13 : Tarification couples 7
Article 14 : Composition de la cotisation 7
Article 15 : Assiettes de cotisations par catégorie 7
Article 16 : Taux de cotisation 7
TITRE IV - LES PRESTATIONS 8
Article 17 : Prestations en nature 8
Article 18 : Modalités de remboursement des produits pharmaceutiques 9
Article 19 : Modalités de remboursement des prestations « médicales » 9
Article 20 : Modalités de remboursement des prestations « hospitalisation » 9
Article 21 : Contrat responsable 9
Article 22 : Exclusion des prestations 9
Article 23 : Réseau Carte Blanche 10
TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES 10
Article 24 : Prescription 10
Article 25 : Subrogation 10
Article 26 : Fonds d'Action Sociale, Fonds de Prévention et de Promotion de la Santé (FAS) 10
Article 27 : Réclamations — Médiation 11
Article 28 : Informatique et Libertés 11
Article 29 : Organisme de contrôle — ACPR 12
TITRE VI - AUTRES GARANTIES PROPOSÉES AUX ADHÉRENTS 12

28 rue Narcisse Bertholey
69600 OULLINS

SECTION 1 : Prestation complément de salaire 12
Article 30 : Objet 12
Article 31 : Conditions d'adhésion — Restrictions 12
Article 32 : Ouvrant droit au complément de salaire 12
Article 33 : Taux de cotisation du complément de salaire 13
Article 34 : Interruption de la garantie en cas de suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération 13
Article 35 : Cessation de la garantie 13
Article 36 : Risques non garantis par So'Lyon Mutuelle 13
Article 37 : Mise en œuvre de la garantie 13
Article 38 : Contrôles effectués à la demande de So'Lyon Mutuelle 14
Article 39 : Procédure d'arbitrage 14
SECTION 2 : Prestations servies par la mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs 14
Article 40 : La garantie assistance 14
Article 41 : La garantie obsèques et allocation orphelin 14

SO'LYON MUTUELLE
28 rue Narcisse Bertholey
69600 OULLINS

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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 le 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.
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.

Article 2 : Modification du Règlement mutualiste

Le Conseil d'administration adopte les règlements mutualistes ainsi que leurs annexes et peut les modifier. Il peut modifier les garanties dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité et les statuts de la Mutuelle. Les membres participants sont informés de ces modifications dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité.
Elles leur sont opposables dès leur notification.

Article 3 : Adhésion

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.
La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement et par le tableau descriptif de la garantie choisie.
Le membre participant se doit de fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires mentionnés dans le bulletin d'adhésion.
Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion.
Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive, l'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.
Le membre participant bénéficie des prestations afférentes aux garanties auxquelles il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit.
Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit doit être signalé à la Mutuelle par le membre participant.
L'adhésion au présent Règlement est annuelle à tacite reconduction. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 7.

Article 4 : Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet…), dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité.
Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité.
Ce délai commence à courir :
• soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
• soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.
Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :
Je soussigné(e)
Nom :.....
Prénom :.....
Adresse complète du membre participant :.....
déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat n°..... et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.
À..... le...../...../.....
Signature du membre :

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivants la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente jours (30), la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Article 5 : Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des prestations sont les personnes inscrites sur le bulletin d'adhésion :
• Le membre participant (résidant en France métropolitaine ou dans les DROM-COM)
• Les ayants droit du membre participant.

Les ayants droit du membre participant sont les personnes définies ci-après :

- le 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,

- Dans le cadre de la loi protection universelle maladie (PUMa), les enfants rattachés à un des deux parents ont la qualité d'ayant droit jusqu'à l'âge de leur majorité. Au 1er janvier de l'année suivant leur majorité, ils conservent ce statut, si et seulement si, ils sont scolarisés statuts étudiants inclus, sont inscrits à l'assurance chômage ou en contrat d'apprentissage au sens des disposition de l'article L.6221-1 du code du travail ou en formation en alternance, et ce jusqu'à leurs 25 ans révolus.

Cas particulier des membres participants TNS (Travailleurs Non Salariés).
Afin de bénéficier des dispositions fiscales de la loi Initiative et entreprise individuelle n° 94-126 (loi Madelin) du 11 février 1994 permettant de déduire les cotisations versées pour les garanties frais de santé et dépendance du revenu professionnel, un membre participant TNS peut demander à adhérer aux contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrits par l'**A**ssociation **N**ationale **I**nterprofessionnelle de **P**révoyance (ANIP) association Loi 1901, dont le siège social est situé au 7/9 Place du Théâtre à Lille (59 000) — auprès de So'Lyon Mutuelle.
Tout membre participant TNS reconnait avoir été informé que l'adhésion à ces contrats entraîne l'adhésion à l'ANIP ; – déclare sur l'honneur être à jour du versement des cotisations aux régimes d'assurances obligatoires de Sécurité Sociale et en avoir produit l'attestation lors de l'adhésion, et reconnait avoir été informé qu'à défaut il ne pourrait pas bénéficier du dispositif de déduction fiscale prévu par la loi. En tant que membre participant, le TNS certifie avoir reçu et pris connaissance des statuts de l'association.

TITRE II - LES GARANTIES

Article 6 : Durée — Renouvellement

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.
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 date d'échéance est fixée au 31 décembre de chaque année.
La résiliation 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 résiliation du membre participant entraîne la radiation automatique de ses ayants droit.

Article 7 : Résiliation — Radiation - Exclusion

A) RÉSILIATION

7.1 RÉSILIATION ANNUELLE

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, la résiliation annuelle est signifiée par le membre participant à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle ne peut prendre effet qu'au 1er janvier de chaque année.
Aucune résiliation n'est donc possible en cours d'année, à l'exception de celles autorisées par le Code de la Mutualité ou le présent Règlement.
Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie.
La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion est précisée sur chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.
Lorsque cet avis est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.
Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.
La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours.

7.2 RESILIATION INFRA-ANNUELLE

En application de l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité pour les règlements ou contrats relevant des branches ou des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État, le membre participant peut dénoncer l'adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Lorsque le contrat est résilié, le membre participant, n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Les modalités de notification de la résiliation sont définies par l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité.

7.3 RÉSILIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT

La Mutuelle peut résilier les contrats individuels pour défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies à l'article 12 du présent règlement.

7.4 RÉSILIATION POUR MODIFICATION DU RISQUE

Pour les opérations individuelles et en dehors des facultés de résiliation visées aux articles précédents, les membres participants et la Mutuelle peuvent mettre fin à une adhésion dans les conditions prévues par l'article L.221-17 du Code de la Mutualité 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.

B) 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 12 du présent règlement.

C) EXCLUSION

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

Article 8 : Date de cessation des droits aux prestations

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion.
Dès lors qu'il y a eu résiliation, radiation, ou exclusion, aucune prestation ayant une date de soins égale ou postérieure à la date de fermeture des droits aux prestations de l'adhérent n'est prise en charge par la Mutuelle.
La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.
En cas de décès, la radiation du membre participant ou de l'ayant droit décédé prend effet au premier jour suivant le décès. Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle.
En cas de décès du membre participant, l'ayant droit peut être inscrit comme membre participant, et bénéficier des mêmes garanties, sous réserve d'en faire la demande dans les trois (3) mois suivant le décès. Cette couverture est soumise à la signature d'un bulletin d'adhésion.
L'adhésion de l'ayant droit inscrit comme membre participant prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion.
Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive, l'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.

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.

Article 9 : Changement de la garantie

Le changement de garantie ou de niveau de garantie peut être sollicité à tout moment, après une durée minimale d'un an à compter de la date d'adhésion, à condition d'en informer la Mutuelle avant le 15 de chaque mois, pour un effet au 1er jour du mois suivant, **si réception après le 15 du mois, la date sera le 1er jour de M+2. Tout changement de garantie doit avoir une durée minimale d'un an à compter de la date d'effet.**

Article 10 : 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.

TITRE III - LES COTISATIONS

Article 11 : Détermination des cotisations et échéance

Les cotisations dues sont payables, mensuellement, par les membres participants.
Le règlement de la cotisation appelée est effectué soit par **mandat SEPA** sur compte bancaire soit par chèque ou virement.
Les cotisations sont fixées pour l'année civile par le Conseil d'Administration.
Les ayants droit sont gratuits. (Cf. article 5)
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 le Conseil d'Administration.
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 12 : Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant.
Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.
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.

Article 13 : Tarification couples

En cas d'adhésion d'un couple à la gamme Soli' Santé (ou à la gamme So' Santé, à l'exclusion de l'offre jeune et P10), une réduction de 20 % peut être accordée, si et seulement si les deux ont souscrit à l'offre Soli' Santé, **sur la cotisation la plus élevée sur demande explicite de l'adhérent.**

Article 14 : Composition de la cotisation

La cotisation « mutuelle complémentaire santé » est fixée par référence à une assiette définie pour chaque catégorie à l'Article 15 du règlement, à laquelle s'applique le taux de cotisation défini à l'article 16 du règlement.

Article 15 : 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

- **Assiette de cotisation :**
  L'assiette de cotisation ne peut être inférieure à 1474 euros et ne peut être supérieure à 3428 euros.
  Référence de calcul de l'assiette :
  Fonction Publique : bulletin de salaire du mois de février de l'année précédente.
  Hors Fonction Publique : déclaration fiscale préremplie des revenus de l'année précédente.

B) RETRAITES

- **Assiette de cotisation :**
  L'assiette de cotisation ne peut être inférieure à 1200 euros et ne peut être supérieure à 3428 euros.
  Référence du calcul de l'assiette :
  - pour la première année de retraite, d'invalidité : attestation(s) de paiement des pensions.
  - pour les années suivantes : déclaration fiscale préremplie des revenus de l'année précédente et attestation des pensions.

C) MISE À JOUR DES DONNÉES POUR LE CALCUL DE L'ASSIETTE DE COTISATION

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 et les retraités.
- 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.

D) MISE À JOUR DE L'ASSIETTE DE COTISATION EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION EN COURS D'ANNÉE

En cas de modification de situation professionnelle (retraite, incapacité, invalidité ou chômage) en cours d'année, le calcul de l'assiette de cotisation sera réétudié en conséquence, sans possibilité d'application rétroactive.

- L'année de la modification l'adhérent devra transmettre à la Mutuelle une attestation de revenus (attestation de revenu de substitution, de pension de retraite ou de réversion, rente d'invalidité…).
- Les années suivantes, l'adhérent devra fournir en plus de ces attestations de revenus, une déclaration fiscale des revenus de l'année précédente.

En l'absence de transmission des documents demandés ci-dessus, l'assiette de cotisation ne pourra être inférieure, pour les actifs à 1474 euros et pour les retraités à 1200 euros.

Article 16 : 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 (article 33), pour les membres participants ayant souscrit à cette garantie.

A) COTISATION DES GARANTIES « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ »

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

(1) Offre Base

- Pour les actifs à 6,05% de l'assiette de cotisation dans les limites prévues à l'article 15 du présent règlement.
- Pour les non actifs à 7,07% de l'assiette de cotisation dans les limites prévues à l'article 15 du présent règlement.
- Pour les étudiants à 6,05% de l'assiette de cotisation définie précédemment dans les limites prévues à l'article 15 du présent règlement.

(2) Offre Actifs

- Pour les actifs à 8,50% l'assiette de cotisation dans les limites prévues à l'article 15 du présent règlement.
- Pour les étudiants à 8,50 % de l'assiette de cotisation définie précédemment dans les limites prévues à l'article 15 du présent règlement.

(3) Offre Retraités

- Pour les non actifs à 9,02% de l'assiette de cotisation dans les limites prévues à l'article 15 du présent règlement.

(4) Offre Jeune 16-25 ans

- Jeunes âgés de 16 à 25 ans (date d'anniversaire)

SO'LYON MUTUELLE
28 rue Narcisse Bertholey
69600 OULLINS

- Dans le cadre d'une adhésion annuelle (année civile), une garantie « Offre Jeune » avec une cotisation forfaitaire de 20,53 € 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.

TITRE IV - LES PRESTATIONS

Article 17 : Prestations en nature

A) L'OPTIQUE

(1) Forfait adulte

Les équipements 100 % Santé sont définis réglementairement.
Un assuré peut choisir un équipement composé de verres de classe A et une monture de classe B ou inversement. Mais le panache des verres n'est pas possible, un opticien ne peut délivrer sur une même paire de lunettes un verre de classe A et un verre de classe B.

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.

Concernant les suppléments et autres prestations optiques, ceux-ci sont pris en charge dans le respect des règles applicables ci-après :

- Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par un opticien) : pour des verres de classe A ou B, la prise en charge est limitée au montant du ticket modérateur
- Appairage : n'est pris en charge que pour les verres de classe A (**exclu pour les verres de classe B**) et dans la limite du prix limite de vente par monture
- Verres avec filtre : pour des verres de classe A la prise en charge est limitée au montant du prix limite de vente ; pour les verres de classe B la prise en charge est limitée au remboursement du ticket modérateur
- Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) : pour des verres de classe A ou B, la prise en charge est limitée au montant du ticket modérateur.

Les plafonds de remboursement par équipement n'incluent pas la prise en charge des prestations d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle, ni le supplément pour les verres avec filtre.

Forfait lentilles acceptées ou refusées : un forfait tous les ans de date à date, par bénéficiaire
Forfait chirurgie réfractive : le forfait annuel est attribué par œil, pour la chirurgie réfractive.

Renouvellement des lunettes : la prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. **Dans ce cas, seul est remboursé le ticket modérateur des verres.**

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

(2) Forfait Enfant de moins de 16 ans

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

(3) 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.

B) LE DENTAIRE

Les soins et prothèses 100 % Santé (tels que définis réglementairement) sont remboursés dans la limite de la facturation.

Pour les paniers à tarifs maîtrisés et à tarif libres : le niveau de prise en charge minimale des soins et prothèses est le ticket modérateur. La limite de remboursement est mentionnée dans le tableau de garantie, sachant que celle-ci ne peut être supérieure aux prix limites de facturation lorsque ceux-ci existent.

Orthodontie avec ou sans participation Sécurité Sociale :
Le remboursement intervient pour les membres participants et leurs ayants droit inscrits, à échéance du traitement. 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.

C) LES AIDES AUDITIVES

Le remboursement des aides auditives dont l'équipement fait partie du 100 % Santé (tel que définis réglementairement) est pris en charge dans la limite du prix limite de vente.

Le remboursement des aides auditives dont l'équipement a été choisi parmi les tarifs libres est pris en charge a minima à hauteur du ticket modérateur et dans la limite de 1 700 € (Régime obligatoire + Régime complémentaire).

Ces remboursements s'entendent pour une oreille.

Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans.

D) FRAIS DE TRANSPORT VISITEUR

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.
Le remboursement n'est possible que si le membre participant est le visiteur et qu'il va visiter son ayant-droit ou si l'ayant droit est le visiteur et qu'il va visiter le membre participant.

E) MEDECINES DOUCES

Forfait médecines douces : Ostéopathie — chiropractie — pédicurie - sophrologie - acupuncture - diététique 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.

F) CURES THERMALES

Honoraires médicaux et traitement thermal effectués dans le cadre du parcours de soins : remboursement du ticket modérateur.
Les dépenses d'hébergement seront remboursées sur présentation d'une facture originale acquittée, comportant la date de début et de fin des soins.

Article 18 : 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 19 : 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 20 : 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 21 : Délai de versement des prestations

Les prestations sont versées généralement :
- en cas de traitement automatique des remboursements, (après traitement et télétransmission des décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie) en moyenne dans les 48 heures ouvrées (délai bancaire non compris) ;
- en cas de traitement manuel des remboursements, en moyenne sous 4 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives (délai bancaire non compris).

Article 22 : 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 » (prise en charge intégrale du ticket modérateur pour les actes et prestations remboursables, sauf exception ; prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée et si la garantie le prévoit, plafonnement des remboursements des dépassements d'honoraires médicaux) 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 ».

Article 23 : Exclusion des prestations

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 garantie jeune est une garantie non responsable et ne respectant donc pas les dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2, en tout cas dans leur intégralité.

Frais de gestion

Enfin, la mutuelle s'engage à communiquer sur ses frais de gestion selon les modalités fixées par arrêté du 6 mai 2020.

Article 24 : Réseau Carte Blanche

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

- 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.

TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 25 : 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.**

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 au présent règlement 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 fausse 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 hériter 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 26 : 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'indemnise 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 27 : Fonds d'Action Sociale, Fonds de Prévention et de Promotion de la Santé (FAS)

Le Fonds d'Action Sociale est subventionné 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.
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 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.

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

Il existe deux types d'aides proposées par la Commission FAS :

- Aide classique annuelle : d'un montant maximal de 600 € par adhérent ou 660 € par adhérent pour un couple mutualiste ;
- Aide HANDICAP annuelle : d'un montant de 1000 € et cumulable avec l'aide classique, ou 1100 € pour un couple mutualiste dans le cas d'achat de deux prothèses auditives.

Un couple mutualiste bénéficie d'une majoration de 10 % sur le montant du FAS. Cette majoration est valable pour les deux contrats.

Pour bénéficier de la majoration de 10 % couple, les deux membres participants doivent avoir une antériorité minimale d'un an.

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.

Article 28 : Réclamations — Médiation

Pour toute réclamation du membre participant à l'égard de la Mutuelle, ce dernier devra adresser sa réclamation, par écrit à So Lyon Mutuelle — TSA 81938 — 92894 Nanterre Cedex 9 ou envoyer un courriel à gestion@solyon-mutuelle.fr ou téléphoner au 04 27 19 02 19 (du lundi au jeudi de 8 h 30 à 17 h 30 et le vendredi de 8 h 30 à 17 h).
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.
En tout état de cause, à l'expiration d'un délai de deux mois suivant l'envoi de la réclamation (cachet de la poste faisant foi), le réclamant peut directement transmettre sa réclamation au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :
Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française — FNMF — 255 rue de Vaugirard — 75719 PARIS cedex 15 ou https://www.mediateur-mutualite.fr/

Article 29 : Protection des données à caractère personnel

A) COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Dans le cadre prévu par le règlement général sur la protection des données (RGPD), So'Lyon Mutuelle collecte, en qualité de responsable de traitement, auprès des adhérents et de leurs bénéficiaires des données à caractère personnel, notamment des données d'identification, des données relatives à la situation familiale et à la santé, pour mettre en œuvre les traitements nécessaires à la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du contrat ainsi que pour la gestion de la relation commerciale et la gestion adhérent. Ces données pourront également être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, de contentieux, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et règlementaires, et ce, en application du contrat. Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements, et sont destinées aux services de So'Lyon Mutuelle, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants, prestataires ou partenaires. Dans ce cadre, So'Lyon Mutuelle est tenue de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la CNIL.

B) DROITS DES ADHERENTS ET BENEFICIAIRES

L'adhérent et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ce droit ne peut pas être exercé d'une manière à empêcher l'exécution du contrat souscrit.
Ils peuvent exercer leurs droits soit, par courrier à l'adresse : protection.donnees@solyon-mutuelle.fr soit par courrier adressé à : So'Lyon Mutuelle – DPO – 28 rue Narcisse Bertholey, 69600 OULLINS. Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils ont la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.

C) OPPOSITION A PROSPECTION COMMERCIALE DONT TELEPHONIQUE

L'adhérent est informé que s'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale :

- Par voie téléphonique, il doit donner son consentement préalable toute prospection commerciale par ce biais. En tout état de cause, il dispose du droit de faire opposition au démarchage téléphonique en entrant ses numéros de téléphones fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Son inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de son inscription.
- Par voie postale / email : Il dispose du droit d'opposition à ce que ces coordonnées postales ou adresses email soient utilisées pour recevoir des offres par ce biais.

Article 30 : Organisme de contrôle — ACPR

Le présent règlement est soumis au contrôle de L'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) est située : 4 Place de Budapest CS 92459 - 75 436 Paris Cedex 09.

TITRE VI - AUTRES GARANTIES PROPOSÉES AUX ADHÉRENTS

SECTION 1 : PRESTATION COMPLEMENT DE SALAIRE

Article 31 : Objet

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

Article 32 : Conditions d'adhésion — Restrictions

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

- **Est adhérent principal au titre du présent règlement**
- **Est en activité au moment de la souscription,**
- **N'est pas suspendu de ses fonctions,**
- **N'est pas en disponibilité d'office pour raison de santé,**
- **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,**
- **A souscrit, ou souscrit, à une offre santé avec une date d'effet antérieure ou identique.**

Article 33 : 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 complément 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 34 : Taux de cotisation du complément de salaire

Le taux de cotisation est fixé à 0,723 % du traitement indiciaire de base (indice majoré). Il s'ajoute à la cotisation de la garantie santé souscrite pour les prestations de soins.
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 échéant, d'une régularisation.

Article 35 : 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 36 : 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 complément 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 6 et 7 du présent Règlement.

Article 37 : Risques non garantis par So'Lyon Mutuelle

SO'LYON MUTUELLE NE PREND PAS EN CHARGE LES ARRETS DE TRAVAIL RÉSULTANT :

a. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
b. de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active,
c. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant,
d. de mutilation ou blessure volontaire,
e. des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
f. 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,
g. de vols sur ailes volantes, Ulm, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,
h. de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée.

Article 38 : 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 39 : Contrôles effectués à la demande de So'Lyon Mutuelle

So'Lyon Mutuelle peut procéder et faire 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 40 : 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 2 : PRESTATIONS SERVIES PAR LA MUTUELLE ET ASSUREES PAR D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS

Article 41 : La garantie 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 couverts par ce contrat tous les ayants-droit selon les conditions indiquées dans la notice d'information des garanties d'assistance. 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 (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) — 4 Place de Budapest — CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Article 42 : La garantie obsèques et allocation orphelin

La garantie obsèques et allocation orphelin est assurée par **MALAKOFF HUMANIS, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale**, immatriculée sous le n° RCS 775 691 181, dont le siège est situé 21 rue Laffitte – 75 317 PARIS CEDEX 09 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.

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 de MALAKOFF HUMANIS.