

RÈGLEMENT MUTUALISTE DE LA "GAMME INDIVIDUELLE" **MUTUELLE SOLIMUT CENTRE OCÉAN**

.....

VALIDÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU 21 OCTOBRE 2020



www.solimut-centre-ocean.fr



Solimut
Mutuelle
Centre Océan

La Mutuelle Solimut Centre Océan est une Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro SIREN n°781 343 249, dont le siège social est situé au 66 rue du Château d'Eau à Mainvilliers (28300). La Mutuelle Solimut Centre Océan est désignée dans le présent règlement mutualiste par le terme "la Mutuelle".

Le règlement mutualiste a pour but de préciser le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les garanties de la gamme individuelle et plus particulièrement les prestations et les cotisations. Il définit les droits et les devoirs réciproques de la Mutuelle et de ses membres conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité. Les membres sont tenus de s'y conformer, au même titre que les statuts. Il a pour objet d'offrir aux membres participants des garanties et des renforts concernant les frais de soins de santé. Il est régi par le Code de la mutualité.

Définitions

Ce glossaire est directement disponible sur le site internet de la Mutuelle (www.solimut-centre-ocean.fr) ou sur demande formulée par lettre simple auprès de la Mutuelle, ce glossaire n'ayant aucune valeur contractuelle

Accident

Il s'agit de tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes non remboursables par le régime obligatoire

Désignent les actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Assistance

Aide en nature ou en espèces fournie au bénéficiaire lorsqu'il se trouve en difficulté par suite d'un événement prévu à la notice d'information du contrat d'assurance collectif remis au membre participant.

Assurance maladie obligatoire (sécurité sociale)

Régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.

Ayant droit

Les ayants droit du membre participant de la Mutuelle sont :

- leur conjoint, tel que défini ci-dessous,
- leurs enfants à charge, tels que définis ci-dessous,
- leurs ascendants à charge : les ascendants du membre participant ou de son conjoint, âgés de plus de 70 ans ou infirmes, doivent résider avec eux, dès lors qu'une cotisation est versée pour chacun d'entre eux et sous réserve de leur déclaration par le membre participant et de la communication à la mutuelle des justificatifs.

Bénéficiaire

Est considéré comme bénéficiaire la personne désignée dans le bulletin d'adhésion par le membre participant et qui recevra la prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du risque.

Conjoint

Le conjoint du membre participant reconnu au titre de l'adhésion est :

- le conjoint du membre participant légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- à défaut, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du Code Civil ;
- à défaut, le concubin du membre participant, sous réserve que le concubin et le membre participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

Cotisation

Somme dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties de l'assurance complémentaire maladie et éventuellement des services proposés

Délai d'attente

Période qui suit l'adhésion et pendant laquelle l'assuré cotise à une complémentaire maladie sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie des risques.

Documents contractuels

Documents définissant les droits et les obligations des personnes assurées et comprenant :

- Le bulletin d'adhésion
- Le présent règlement mutualiste
- La carte d'adhérent

Échéance de cotisation

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation.

Enfants à charge

Sont réputés à charge du participant, les enfants fiscalement à charge du membre participant ou de son conjoint, sous réserve d'apporter

annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient au 1^{er} janvier de l'année en cours :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de moins de 26 ans (la Mutuelle se réservant le droit d'exiger les justificatifs à tous moments) :
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.
- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant (parent légitime).

Les enfants sont considérés « à charge », quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^e anniversaire.

Équipement optique

Un équipement optique s'entend comme un ensemble monture + 2 verres.

Exclusion de garanties

Situation, risque ou maladie pour lesquels les dépenses de soins ou les pertes de revenu ne sont pas couvertes par le présent règlement. Ils doivent être obligatoirement précisés dans les documents contractuels.

Garantie

Elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre tels que prévus au présent règlement mutualiste.

Membre participant

Personnes ayant adhéré au présent règlement mutualiste de la Mutuelle.

Mutuelle

Société à but non lucratif, régie par le code de la mutualité, dans laquelle les adhérents arrêtent directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus, les statuts, le montant des cotisations ainsi que la nature et le montant des prestations qu'ils désirent recevoir.

Nomenclature

Cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Prestations

Elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

Résiliation, démission, radiation

Fin du contrat à l'initiative de l'assuré ou de la mutuelle dans les cas et conditions prévus par la loi ou le présent règlement, à une date précise.

Remboursement de la Sécurité sociale

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- **Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- **Ticket modérateur (TM)** : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Tiers payant ou dispense d'avance de frais

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par la Mutuelle au lieu et place du membre participant.

Contrat responsable

Pour être responsable un contrat santé responsable doit respecter un cahier des charges précis fixé et ponctuellement mis par les autorités publiques. Il doit également inciter l'adhérent ayant souscrit un contrat de ce type à adopter un comportement responsable.

Médecin adhérent à l'OPTAM - OPTAM-CO ou Non adhérent à l'OPTAM - OPTAM-CO (également appelé « dispositif DPTAM »)

Désigne les médecins ayant souscrit ou non un contrat d'Accès aux Soins de l'Assurance Maladie.

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, désignent des contrats mis en place entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'Assurance Maladie afin d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En adhérant à ce dispositif, le professionnel de santé s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturé sans dépassement.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la convention médicale de 2016 permet aux professionnels de santé d'adhérer :

- à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO (dite OPTAM-CO) pour les chirurgiens et obstétriciens ;
- à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Le caractère « responsable » de la couverture a une incidence sur le remboursement des

prestations de frais de santé si le professionnel de santé a adhéré, ou non, à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin a adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) bénéficieront, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO).

Verres simples

Verres dotés d'un seul foyer corrigeant uniformément un trouble de la vision.

Verres complexes

Verres dotés de plusieurs foyers assurant chacun la correction d'un trouble particulier et permettant une action combinée.

Réseau de soin

Collaboration volontaire de professionnels de santé prêts à œuvrer pour proposer à chaque adhérent des produits et des services au meilleur rapport qualité/prix.

Chapitre I Gamme individuelle

Titre I – Adhésion

ARTICLE 1 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Avant la signature du bulletin d'adhésion à titre individuel, la Mutuelle remet au futur membre :

- Un bulletin d'adhésion,
- Un exemplaire des statuts et du présent règlement mutualiste,
- Un exemplaire de la notice des Garanties Assistance.

En cas d'acceptation, l'adhésion à la Mutuelle comprend :

- le bulletin d'adhésion complété, daté, paraphé et signé ainsi que le formulaire de conseil.
- les pièces du régime obligatoire permettant d'identifier les membres désignés (membre participant et bénéficiaires),
- Une copie recto-verso de la pièce d'identité.
- un relevé d'identité bancaire pour les cotisations,
- un relevé d'identité bancaire pour les prestations,
- un relevé d'identité bancaire pour chaque bénéficiaire mineur de plus de 16 ans qui souhaite percevoir directement le versement des prestations.

- une autorisation de prélèvement complétée, datée et signée,
- le premier mois de cotisations ou les trois premiers mois de cotisation pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement automatique,
- un certificat de radiation du précédent organisme assureur,
- les éventuels frais de dossier.

ARTICLE 2 : BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

2.1 Définitions

Peuvent être bénéficiaires des prestations, s'ils sont désignés par le membre participant :

- le membre participant lui-même,
- les ayants droit du membre participant, soit :
 - leur conjoint, tel que défini ci-dessus,
 - leurs enfants à charge, tels que définis ci-dessus,
 - leurs ascendants à charge : les ascendants du membre participant ou de son conjoint, âgés de plus de 70 ans ou infirmes, doivent résider avec eux, dès lors qu'une cotisation est versée pour chacun d'entre eux et sous réserve de leur déclaration par le membre participant et de la communication à la Mutuelle des justificatifs.

2.2 Conditions d'affiliation des ayants droit

Le membre participant peut désigner un ou plusieurs ayants-droit :

- au moment de son adhésion : en indiquant leurs coordonnées sur le Bulletin d'Adhésion ou,
- après son adhésion : en fonction de l'évolution de sa situation familiale et de ses choix, en adressant à la Mutuelle une demande écrite de couverture du ou des ayants-droit concerné(s) à laquelle il joint l'attestation du régime obligatoire permettant d'identifier le(s) ayant(s)-droit concerné(s).

La Mutuelle pourra demander au membre participant les justificatifs suivants :

- s'agissant du conjoint marié : la copie du livret de famille,
- s'agissant d'un concubin : l'attestation sur l'honneur de vie commune,
- s'agissant d'une personne liée au membre Participant par un pacte civil de solidarité : une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- s'agissant des enfants :

- Le justificatif de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans,
 - Un certificat d'apprentissage pour les enfants à charge apprentis âgés de moins de 25 ans,
 - Une copie du contrat de formation en alternance pour les enfants à charge concernés, âgés de moins de 25 ans,
 - Un acte de naissance ou copie du livret de famille,
 - Une copie du jugement d'adoption,
- s'agissant des enfants handicapés : le justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées ou copie de la carte d'invalidité.

2.3 Date d'effet de l'affiliation d'un ayant droit

L'affiliation d'un ayant-droit postérieurement à l'adhésion du membre participant prend effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande de couverture par la Mutuelle.

L'affiliation d'un ayant droit par suite de mariage, PACS, de concubinage, de naissance ou d'adoption d'un enfant peut prendre effet au jour de l'évènement si cet évènement est déclaré à la Mutuelle dans les deux mois de sa survenance. L'affiliation du conjoint par suite de la rupture de son contrat de travail et de la cessation des garanties du régime collectif complémentaire frais de soins santé souscrit par son ancien employeur, peut prendre effet au lendemain de ladite rupture si la demande d'affiliation est présentée à la Mutuelle dans le mois de la survenance de cet évènement.

Au cas où cette demande d'affiliation et les documents justificatifs n'auraient pas été communiqués à la Mutuelle dans ces délais, le membre participant ou son ayant droit ne pourront aucunement prétendre ni au paiement des prestations qui, de ce fait, ne leur auraient pas été servies, ni au remboursement des cotisations qu'ils auraient pour la même cause, payées indûment.

2.4 Cessation de l'affiliation des ayants droit

La résiliation de l'adhésion du membre participant entraîne la cessation de plein droit des affiliations de l'ensemble des ayants-droit à l'ensemble des contrats santé souscrits. Le membre participant peut demander la radiation de l'affiliation d'un ayant droit par lettre simple adressée à la Mutuelle. La radiation d'un ayant-droit prend effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande de radiation par la Mutuelle. Dans le cas d'une radiation motivée par une situation de divorce, le membre participant doit communiquer à la Mutuelle une

copie de la Grosse du jugement de divorce ou une lettre signée des deux conjoints justifiant de leur séparation.

La radiation d'un ayant droit par suite de divorce peut prendre effet le dernier jour du mois ou au jour de la réception de la demande par la Mutuelle.

Dans le cas d'une radiation faisant suite au décès d'un ayant-droit, le membre participant doit communiquer à la Mutuelle, une copie de l'acte de décès.

L'affiliation d'un ayant-droit cesse au jour où il ne remplit plus les conditions fixées au paragraphe « CONDITIONS D'AFFILIATION DES AYANTS-DROIT ».

ARTICLE 3 : CHOIX DES OPTIONS

Le membre participant s'oblige à choisir la même option pour l'ensemble des membres de sa famille, dans le cadre de son adhésion. Il a le choix entre plusieurs options en fonction des garanties qu'il désire obtenir. Les options figurent en annexe.

ARTICLE 4 : PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à réception par la Mutuelle du dossier complet d'adhésion comprenant les documents nécessaires aux formalités préalables décrits à l'article « CONDITIONS D'ADHESION ».

Le lendemain du jour de la réception du bulletin d'adhésion dûment complété, daté, paraphé et signé par le membre participant et accompagné des justificatifs décrits précédemment, la Mutuelle émet une carte d'adhérent mentionnant la date de prise d'effet, les caractéristiques de l'adhésion et le montant des cotisations dues. Le demandeur acquiert alors la qualité de membre participant.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion fait foi.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion sont considérés comme hors garantie.

ARTICLE 5 : DURÉE ET RENOUVELLEMENT

Toute adhésion est souscrite pour la durée minimum d'une année civile dans la garantie initialement choisie. En cas d'adhésion en cours d'année, cette durée est prolongée jusqu'au 31 décembre de l'année suivante. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date de souscription initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues à l'article « RESILIATION DE L'ADHESION ».

ARTICLE 6 : VENTE A DISTANCE

Droit de renonciation

Si l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un

système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. L'exercice de ce droit n'a pas à être justifié par le membre participant. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.221-25 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Modalités d'exercice et effets du droit de renonciation

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

"Je, soussigné(e).....domicilié(e).....déclare renoncer à mon adhésion du .../.../.... au règlement mutualiste individuel et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 14 jours prévus en matière de vente à distance."

Fait à, le, (signature).

A adresser à :

Mutuelle Solimut Centre Océan
Service Adhésion
66 rue du Château d'Eau
28300 Mainvilliers

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si le membre participant le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 14 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, conformément à l'article L.221-24 du Code de la Consommation, la Mutuelle rembourse au membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent. À l'inverse, le membre participant sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier. Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.

ARTICLE 7 : CHANGEMENT D'OPTION

Les changements d'option, aussi bien à la hausse qu'à la baisse peuvent être demandés par le membre participant à l'expiration d'un délai de douze mois dans l'option en cours.

La demande de changement d'option par le membre participant est à formaliser par un bulletin d'adhésion à transmettre à la Mutuelle :

Mutuelle Solimut Centre Océan
Service Adhésion
66 rue du Château d'Eau
28300 Mainvilliers

Le changement d'option prendra effet au 1er jour du deuxième mois civil suivant la réception du bulletin par la Mutuelle.

Le changement d'option est valable pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

ARTICLE 8 : RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement peut cesser :

A la demande du membre participant :

- **A la date d'échéance annuelle** sous réserve que cette demande parvienne à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre, et conformément à l'article L 221-10 du Code de la mutualité.
- **Dans les conditions de la loi Châtel** prévue à l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité.
- **À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion** en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande.
- **En cas de changement de situation de l'adhérent** en lien avec le contrat en application de l'article L221-17 du code de la mutualité.

Lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa formule ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive ou temporaire 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 notification de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée, au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre (Mutuelle Solimut Centre Océan, 66 rue du Château d'Eau - 28300 Mainvilliers) ou tout autre support durable (ex : email) ;

- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou auprès du conseiller mutualiste ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;

La fin de l'adhésion 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 1^{er} jour du mois qui suit la réception de sa notification.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation.

L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, la mutuelle rembourse au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

La dénonciation par le membre participant de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion, sauf dérogation par la Mutuelle.

A la demande de la Mutuelle :

En cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article « Non-paiement des cotisations ».

En cas de résiliations dérogatoires :

A titre dérogatoire, il peut être mis fin à l'adhésion dans les cas suivants :

- Si le bénéficiaire ne répond plus à la définition de l'ayant droit tel que défini dans le présent règlement mutualiste.
- En cas de décès d'un bénéficiaire, la radiation intervient au jour du décès sous réserve de justification de l'acte de décès.

En cas de décès du membre participant, les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues au présent règlement et sous réserve que le Bulletin d'Adhésion soit complété dans les 12 mois qui suivent le décès.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

ARTICLE 9 : OMISSION ET FAUSSE DÉCLARATION-FRAUDE

Omission :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part

du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de la cotisation acceptée par le membre participant.

A défaut d'accord, la garantie prend fin selon les conditions visées par l'article L 221-15 du Code de la mutualité.

Si la constatation a lieu après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient dues être versées si le risque avait été exactement déclaré.

Fausse déclaration-Fraude :

Conformément à l'article L 221-14 du Code de la mutualité, la garantie est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, ou de ses ayants droits, lorsque cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

En cas de déclaration faite par le membre participant, ou ses ayants droit, avec une intention frauduleuse afin de percevoir des prestations indues, la sanction sera la déchéance de tous les droits à prestation pour le sinistre en cause et ce, sans préjudice des mesures d'exclusion prévues aux articles 12 et 14 des statuts de la Mutuelle.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts

Titre II – Situations particulières

ARTICLE 10 : DÉCÈS

Le conjoint à charge d'un adhérent qui décède peut, dans les trois mois qui suivent le décès, prendre la succession de ce dernier.

Pour être valable, cette succession ne doit pas interrompre le paiement des cotisations.

Titre III – Garanties frais de soins de santé

ARTICLE 11 : DÉFINITION DES GARANTIES

Les garanties frais de soins de santé dont bénéficie le membre participant sont annexées au présent règlement mutualiste selon l'option qu'il a choisie et telle que mentionnée sur sa carte d'adhérent.

Elles ont pour objet d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit,

le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. Les garanties sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale hors le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie. Les garanties du présent règlement mutualiste complètent les remboursements de la Sécurité Sociale dans la limite du montant des frais de soins engagés.

ARTICLE 12 : RÉVISION DES GARANTIES

Les garanties peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée Générale, ou par le Conseil d'Administration sur délégation donnée par l'Assemblée Générale, en fonction des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisible des risques, des dépenses de santé et des modifications d'ordre législatif, réglementaire ou conventionnel. La modification est applicable de plein droit dès notification au membre participant.

ARTICLE 13 : DÉLAIS D'ATTENTE

Sauf exception, la garantie est accordée (hors ticket modérateur et forfait journalier hospitalier) après un délai d'attente :

- De 10 mois pour la Natalité et les cures thermales,

Aucune période d'attente n'est appliquée aux membres participants qui peuvent justifier qu'ils bénéficiaient, antérieurement à leur adhésion, des garanties similaires au titre d'un régime santé proposé par une Mutuelle, ou tout autre organisme d'assurance, et qui produisent à cet effet un certificat de radiation du précédent organisme de moins de 3 mois.

ARTICLE 14 : RISQUES EXCLUS

La Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité Sociale du bénéficiaire, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties figurant en annexe.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.

Conformément à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application (articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale), définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et la franchise médicale visées à l'article L.322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire pour ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant,
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,
 - il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 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 L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 15 : PLAFOND DE GARANTIES

Les forfaits et plafonds de remboursement (hors équipement optique) sont fixés pour une année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, et dans la limite des frais réels engagés.

En tout état de cause, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit. (Article 9, alinéa 1^{er} de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1^{er} du décret n°90-769 du 30/08/1990).

ARTICLE 16 : FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS

À L'ÉTRANGER

La Mutuelle garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

Séjours temporaires à l'étranger - Salariés détachés - Résidents à l'étranger :

La Mutuelle intervient dès lors que les membres participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité Sociale française ou par le régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil. Dans les deux cas, elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues au présent règlement.

Expatriés :

Le présent règlement mutualiste ne couvre pas les expatriés.

La Mutuelle ne prend en charge les soins à l'étranger que sous réserve de recevoir les factures détaillées des soins, traduites en langue française, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

ARTICLE 17 : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES

Optique

Le remboursement est limité à un équipement par bénéficiaire dans la limite du plafond éventuellement prévu à la garantie.

Le remboursement pour les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire, s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées. Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. L'essai de lentilles est pris en charge par la Mutuelle.

Dentaire

La Mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son chirurgien-dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

Orthodontie

Dans le cadre de l'orthodontie, ou tout autre acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, la prestation de la Mutuelle est calculée au prorata du nombre de jours calendaires/mois cotisés durant le semestre de soins.

En l'absence de clause particulière :

- Le forfait « Médecine Naturelle » permet

le remboursement des actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture, d'étiopathie, de psychothérapeute, de psychologue, de psychomotricien, de diététicien, et d'ergothérapeute sur présentation d'une facture originale du praticien, de pédicure et de podologue sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture originale du praticien, dans la limite du forfait annuel par bénéficiaire prévu à la garantie.

- La densitométrie osseuse prise en charge par le régime obligatoire ne peut faire l'objet du versement d'un forfait dans la limite des frais réels engagés que sur présentation d'une facture originale et acquittée la nature de l'acte.
- Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base de remboursement conventionnelle, sous déduction de la participation versée par le régime obligatoire.
- Les forfaits dits « annuels » sont valables du 1^{er} janvier au 31 décembre sans proratisation pour les adhésions en cours d'année. Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois.
- Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :
 - Si la garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires : le total des remboursements du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peut excéder 100% de la base de remboursement conventionnel
 - Si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la mutuelle est minorée du montant du ticket modérateur.

Titre IV – Autres garanties

ARTICLE 18 : GARANTIE PREVOYANCE EN INCLUSION

Selon les grilles de garanties, la Mutuelle peut accorder des garanties de prévoyance en inclusion. Notamment des forfaits Nuptialité, Obsèques, Natalité et indemnités journalières. Ces garanties sont assurées par SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le numéro SIREN 383 143 617. Ces garanties font l'objet d'un contrat d'intermédiation sous le numéro 383 143 617. Les conditions de remboursements sont définies sur la grille des garanties remise à l'adhérent lors de son adhésion et le versement de l'allocation naissance ne sera effectué que si l'enfant est ayant-droit du contrat d'un de ses deux parents.

ARTICLE 19 : GARANTIE ASSISTANCE - TÉLÉCONSULTATION EN INCLUSION

Selon les grilles de garanties et en complément des garanties souscrites par le membre participant, des garanties d'assistance et téléconsultation sont accordées par la Mutuelle. Ces garanties sont assurées dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle au bénéfice de ses membres participants. Les coordonnées et l'identité de cet organisme d'assurance sont décrites sur la notice remise aux membres participants. Les garanties ASSISTANCE et TÉLÉCONSULTATION sont incluses dans les garanties Frais de Soins de Santé de la gamme individuelle.

Les prestations ASSISTANCE et leurs modalités de mise en oeuvre sont définies dans la notice séparée jointe, établie par l'assistanteur et remise aux membres participants.

La prestation de TÉLÉCONSULTATION est accessible par le lien présent sur notre site web onglet « Nos Services ».

Afin de faciliter l'accès aux soins et en complément de votre suivi médical traditionnel, votre Mutuelle vous fait bénéficier de ce service sans surcoût supplémentaire. Vous avez, ainsi que les bénéficiaires de votre contrat, un accès direct à un médecin libéral 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, où que vous soyez jusqu'à 5 consultations par an.

ARTICLE 20 : PACK RENFORTS

Il a pour objet d'offrir aux membres participants des renforts sur les garanties :

- Frais de soins de santé.

Le membre participant peut adhérer à un pack renfort à tout âge à condition d'avoir préalablement souscrit à la Mutuelle un contrat de complémentaire santé ou de sur complémentaire santé.

Le membre participant ne pourra souscrire un renfort « **Optique-Dentaire-Prothèses** » s'il bénéficie d'une garantie Corail ou Baltique de la gamme Océanis, d'une garantie post CSS ou s'il a préalablement souscrit l'offre sur complémentaire.

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion dûment complété, daté, paraphé et signé par le membre participant qui est déjà adhérent à un contrat de complémentaire santé ou de sur-complémentaire santé à la Mutuelle.

Pour toute nouvelle adhésion à un contrat de complémentaire santé, l'adhésion au(x) renfort(s) choisi(s) prend effet simultanément au contrat auquel le ou les renfort(s) est (sont) rattaché(s).

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion ou l'avenant fait foi.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion sont considérés comme hors garantie. La Mutuelle perçoit :

- Le premier mois de cotisation ou les trois premiers mois de cotisation pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement automatique.

En cas d'acceptation, l'adhésion à la Mutuelle comprend :

- le bulletin d'adhésion ou l'avenant complété, daté, paraphé et signé.

Conditions d'affiliation des ayants-droit

La souscription d'un renfort s'impose à toutes les personnes couvertes (membre participant et ayants droit) par le contrat de complémentaire santé auquel il est rattaché.

Le membre participant désigne ses ayants droit :

- au moment de son adhésion
- après son adhésion : en fonction de l'évolution de sa situation familiale, l'affiliation des ayants droit suit le contrat de complémentaire santé ou de sur complémentaire santé auquel est rattaché le renfort.

Date d'effet de l'affiliation d'un ayant droit

L'affiliation d'un ayant-droit postérieurement à l'adhésion du membre participant prend effet simultanément à la date de souscription du contrat de complémentaire santé auquel est(sont) rattaché le(s) renfort(s) souscrit(s).

Cessation de l'affiliation des ayants droit

La résiliation de l'adhésion du membre participant entraîne la cessation de plein droit des affiliations de l'ensemble des ayants droit.

La radiation d'un ayant-droit au renfort prend effet simultanément à la radiation de ce même ayant droit par la Mutuelle au contrat de complémentaire santé auquel il est rattaché.

L'affiliation d'un ayant droit cesse au jour où il ne remplit plus les conditions fixées au paragraphe « CONDITIONS D'AFFILIATION DES AYANTS DROIT ».

En cas de résiliation du contrat de complémentaire santé ou de sur complémentaire santé auquel la gamme « renforts » est rattaché :

En cas de résiliation du contrat de complémentaire santé ou de sur complémentaire santé auquel la gamme « renforts » est rattachée, l'adhésion au pack renfort cessera concomitamment à la prise d'effet de la résiliation de ces contrats.

La cessation de l'adhésion prive de tout

droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

La dénonciation par le membre participant de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion, sauf dérogation par la Mutuelle.

CHOIX DES RENFORTS

Le membre participant s'oblige à choisir le même « renfort » pour l'ensemble des membres de sa famille, dans le cadre de son adhésion.

Il a le choix entre plusieurs « renforts » en fonction des garanties qu'il désire obtenir.

DÉLAIS D'ATTENTE

Une période d'attente est appliquée aux membres participants qui peuvent justifier qu'ils bénéficiaient, antérieurement à leur adhésion, d'un contrat de complémentaire santé au titre d'un régime santé proposé par une Mutuelle, ou tout autre organisme d'assurance, et qui produisent à cet effet un certificat de radiation du précédent organisme de moins de 3 mois.

La garantie sera accordée (hors ticket modérateur) après un délai d'attente :

- De 3 mois pour l'optique, les prothèses dentaires et l'orthodontie.
- De 3 mois pour la natalité.

Dans le cas où le membre participant ne répondrait pas aux critères ci-dessus exposés, la garantie sera accordée (hors ticket modérateur) après un délai d'attente :

- De 6 mois pour l'optique, les prothèses dentaires et l'orthodontie.
- De 10 mois pour la natalité.

PLAFOND DE GARANTIES

Le(s) forfait(s) annuel(s) de(s) renfort(s) est(sont) fixé(s) pour une année civile et ne peut ni se cumuler, ni se reporter d'une année sur l'autre en cas de non utilisation d'une partie ou de la totalité du forfait.

En cas d'adhésion en cours d'année, le(s) forfait(s) annuel(s) de(s) renfort(s) est(sont) proratisés aux nombre de mois restants dans l'année civile en cours par douzième.

En tout état de cause, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit. (Article 9, alinéa 1^{er} de la loi n°89-1009 du 31/12/1989). Les garanties de même nature contractées auprès

de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1^{er} du décret n°90-769 du 30/08/1990).

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DES GARANTIES RENFORTS

Optique

Verres, montures, lentilles acceptées par le régime obligatoire :

Le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale. Le « renfort » ne prend pas en charge les équipements solaires et verres sans correction d'agréments.

Lentilles : le remboursement des lentilles non prises en charge par le régime obligatoire et des frais inhérents à l'adaptation des lentilles, s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

Basse vision : remboursement des loupes, aides optiques, lunettes grossissantes sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

Traitement correctif de la vision : myopie, presbytie, hypermétropie, sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

La Mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son opticien conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux effectués.

Dentaire

Prothèses dentaires et orthodontie acceptée, le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale, sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire.

Prothèses dentaires non remboursées et orthodontie refusée par le régime obligatoire : le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

Implantologie et parodontologie : le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

La Mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son chirurgien-dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

Appareillage

Le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale, sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire.

Hospitalisation

Chambre particulière, dépassements d'honoraires, frais d'accompagnement hospitaliers et frais de télévision en cas d'hospitalisation : le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées.

Bien être

Homéopathie, le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées.

Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité Sociale, le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

Automédication : l'automédication est possible seulement pour les maladies bénignes telles que le rhume, maux de tête, constipation, Seuls les médicaments présents dans le dictionnaire VIDAL seront pris en charge dans le cadre de l'automédication. Le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées.

Consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale, le remboursement des actes d'ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, shiatsu, psychothérapeute, psychologue, psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, homéopathe, naturopathe, mésothérapeute sur présentation d'une facture originale du praticien, détaillée et acquittée.

Vaccins, le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

Intimité, contraceptifs, amniocentèse, fécondation in-vitro, tests de grossesse (maximum deux par an), traitement pour la ménopause, traitement des troubles de l'érection et de l'impuissance, protection urinaire, le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées.

Prévention de l'allergie, équipement pour l'asthme, traitements des allergies, aides respiratoires, le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

Confort, bas et chaussettes de contention,

le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

Ostéodensitométrie, le remboursement s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées et de l'ordonnance médicale.

ARTICLE 22 : OFFRE SUR COMPLEMENTAIRE

Elle a pour objet d'offrir aux membres participants des forfaits qui viendront en complément d'un régime frais de santé responsable et solidaire individuel ou collectif.

Le membre participant peut adhérer à l'offre sur complémentaire à condition d'être préalablement bénéficiaire d'un contrat complémentaire santé responsable et solidaire individuel ou collectif souscrit ou non auprès de la Mutuelle Solimut Centre Océan.

Le membre participant ne pourra souscrire l'offre sur complémentaire s'il bénéficie d'une garantie corail, baltique ou post CSS. De même, un membre participant bénéficiant déjà d'un Pack renfort ne pourra souscrire l'offre sur complémentaire et réciproquement.

L'adhésion prend effet au 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion dûment complété, daté, paraphé et signé par le membre participant qui est déjà adhérent à un contrat de complémentaire santé responsable et solidaire.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion sont considérés comme hors garantie. La Mutuelle perçoit :

- Le premier mois de cotisation ou les trois premiers mois de cotisation pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement automatique.

En cas d'acceptation, l'adhésion à la Mutuelle comprend :

- le bulletin d'adhésion complété, daté, paraphé et signé.

Conditions d'affiliation des ayants-droit

Pour les membres participants de la Mutuelle Solimut Centre Océan, la souscription s'impose à toutes les personnes couvertes (adhérents et bénéficiaires) par le contrat de complémentaire santé auquel il est rattaché. Cette règle ne s'applique pas pour les prospects bénéficiaires auprès d'un autre organisme d'une couverture frais de santé responsable et solidaire individuelle ou collective.

En cas de résiliation du contrat de complémentaire santé auquel l'offre « sur complémentaire » est rattachée :

En cas de résiliation du contrat de complémentaire

santé responsable et solidaire auquel l'offre « sur complémentaire » est rattachée, l'adhésion à la sur complémentaire cessera concomitamment à la prise d'effet de la résiliation de ces contrats. **La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.**

La dénonciation par le membre participant de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion, sauf dérogation par la Mutuelle.

DÉLAIS D'ATTENTE

Une période d'attente est appliquée aux membres participants lors de la souscription de l'offre.

La garantie sera accordée (hors ticket modérateur) après un délai d'attente :

- Pour les adhérents ayant moins de 24 mois d'ancienneté : stage de 6 mois sur les forfaits optique et dentaire
- Pour les adhérents ayant plus de 24 mois d'ancienneté : stage de 3 mois sur les forfaits optique et dentaire
- Stage de 10 mois sur le forfait hospitalisation en cas de maternité (quelle que soit l'ancienneté)
- Stage de 3 mois sur les forfaits hors optique et dentaire (quelle que soit l'ancienneté)

PLAFOND DE GARANTIES

Le(s) forfait(s) annuel(s) de la sur complémentaire est(sont) fixé(s) pour une année civile et ne peut(vent) ni se cumuler, ni se reporter d'une année sur l'autre en cas de non utilisation d'une partie ou de la totalité du forfait.

En cas d'adhésion en cours d'année, le(s) forfait(s) annuel(s) optique et dentaire de la sur complémentaire est(sont) proratisés aux nombre de mois restants dans l'année civile en cours par douzième.

En tout état de cause, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit. (Article 9, alinéa 1^{er} de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en

s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1^{er} du décret n°90-769 du 30/08/1990).

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DE L'OFFRE SUR COMPLÉMENTAIRE

L'ensemble des garanties de la gamme sur complémentaire seront prises en charges à réception des factures originales détaillées et acquittées et, selon les garanties, de l'ordonnance médicale et éventuellement sous réserve d'une prise en charge par le régime obligatoire (Cf. Grille de garanties de l'offre remise au membre participant).

ARTICLE 23 : OFFRE SORTIE DU CONTRAT ACCÈS SANTÉ

Les adhérents du groupe Solimut, adhérents à l'association ACS-P et au contrat collectif afférent, dont les droits arrivent à échéance, peuvent conformément à l'article L. 863-7 du code de la Sécurité Sociale, bénéficier des contrats sélectionnés suivants : Sortie accès santé A, B ou C proposés par la Mutuelle Solimut Centre Océan et ce pour une période d'un an.

Titre V – Cotisations

ARTICLE 24 : MONTANT DES COTISATIONS

Le montant des cotisations dues par le membre participant est fonction de l'option qu'il a choisie, du nombre de bénéficiaires et de l'âge des bénéficiaires.

A la souscription, ce montant figure au Bulletin d'Adhésion puis lors de chaque renouvellement il est mentionné sur les avis d'échéance annuelle envoyés au membre participant.

L'augmentation de cotisation liée au changement d'âge est applicable au 1^{er} janvier de l'année suivante la date d'anniversaire des bénéficiaires.

La cotisation est forfaitaire et exprimée en euros. Elle est annuelle et payable d'avance. Elle peut être fractionnée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement. Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du temps à courir jusqu'au terme de la première année d'adhésion.

La cotisation « enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre de l'année de son 16^e anniversaire. Au-delà de cette date, les enfants payent une cotisation en fonction de leur âge.

La Mutuelle accorde la gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant à charge âgé de 25 ans au plus inscrit au contrat.

ARTICLE 25 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties et sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion, et notamment par prélèvement automatique les 5, 6, 10, 15 ou 28 du mois, selon la périodicité retenue par le membre participant.

Les règlements par chèques bancaires ou postaux sont possibles uniquement en périodicité trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

Le membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement du solde de sa cotisation en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

Les frais bancaires engendrés par le rejet de prélèvement seront à la charge du membre participant.

Hormis le cas du mois de la prise d'effet de l'adhésion pour lequel la cotisation est calculée prorata temporis, tout mois commencé est dû intégralement.

ARTICLE 26 : NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

En application de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au membre participant.

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

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa.

L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront

être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence. Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés.

ARTICLE 27 : RÉVISION DE LA COTISATION

Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée Générale, ou par le Conseil d'Administration sur délégation donnée par l'Assemblée Générale, en fonction des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisibles des risques, des dépenses de santé et des modifications d'ordre législatif, réglementaire ou conventionnel.

Les cotisations peuvent également être modifiées à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale dont celle relative à la Sécurité Sociale, suite, par exemple, à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement, et à celle relative à la fiscalité.

Le changement de cotisations doit être notifié au membre participant avant sa date de prise d'effet et dans les conditions fixées à l'article L 221-10-1 du Code la mutualité.

En cas de désaccord, le membre participant doit en aviser la Mutuelle dans les conditions fixées à l'article 221-10-1 du Code de la mutualité.

A défaut d'accomplissement de cette formalité par le membre participant, celui-ci est réputé avoir accepté le changement.

Titre VI – Versement des prestations

ARTICLE 28 : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de remboursement de l'acte médical par le régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date de remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de résiliation. Les ayants droit inscrits simultanément au membre participant se voient appliquer les mêmes règles d'ouverture de droit aux prestations que celui-ci.

ARTICLE 29 : DÉCHÉANCE ET DÉLAIS DE DÉCLARATION

En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, les demandes de prestations Frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant la date du décompte de sécurité sociale (ou de la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale), sous peine de déchéance des droits à indemnisation dans les conditions prévues à l'article L 221-16 du Code de la mutualité.

ARTICLE 30 : DÉLAI DE SINISTRE ET FORMALITÉS

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations, de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives listées en annexe selon le type de prestation et les modalités de remboursement de la Sécurité Sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Avant ou après le paiement des prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative.

ARTICLE 31 : PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le bénéfice des prestations n'est accordé que si le membre participant est à jour de ses cotisations au titre de son adhésion au présent règlement mutualiste.

La grille des prestations correspondant au choix de l'Adhérent figure aux conditions particulières et est accompagnées d'un lexique permettant une compréhension facilitée des différents postes.

La formule choisie par l'Adhérent s'applique à tous les bénéficiaires figurant sur sa carte d'Adhérent mutualiste.

Le stage applicable à l'Adhérent en cas d'augmentation de garantie est également appliqué à ses bénéficiaires.

Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire de l'Adhérent, ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant

des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement du Régime obligatoire, les montants de remboursements assurés par l'Organisme assureur demeurent au niveau atteint avant la modification validée par l'Organisme habilité.

À compter de la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, l'Adhérent s'engage pour lui-même et le cas échéant ses bénéficiaires à ne plus solliciter la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé et à retourner à l'Organisme assureur la ou les cartes de tiers payants qui lui ouvraient des droits particuliers.

En cas de non-respect de cet engagement, les sommes versées après la date de radiation feront l'objet d'un contentieux auprès de l'Adhérent ou de ses bénéficiaires, majorées des frais éventuellement supportés par l'Organisme assureur.

L'Organisme assureur a mis en place une commission « Aide et Secours » composée de deux administrateurs et de deux responsables du service « Prestations ».

Elle est chargée d'examiner, une fois par trimestre, tous les dossiers ayant déjà fait l'objet d'une demande d'aide préalable à différentes caisses de secours (CPAM, Conseil Général...) et pour lesquels le demandeur est en mesure de fournir un avis d'imposition.

La commission se réserve le droit de déroger pour des cas particuliers.

Les décisions seront consignées sur un procès-verbal à l'issue de chaque réunion.

Les prestations sont payées exclusivement par virement ou, à titre exceptionnel sur demande écrite du membre participant par lettre-chèque.

Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé papier de périodicité mensuelle ou, à la demande du membre participant à un relevé transmis par courriel (email).

Les prestations sont habituellement versées directement au membre participant. Sur demande expresse du membre participant, son conjoint peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la garde.

Sauf refus express de sa part, le mineur de plus de 16 ans bénéficiaire perçoit également directe-

ment les prestations, sans l'intervention de son représentant légal. Les prestations sont versées directement à l'Adhérent ou à la personne qu'il a désignée, sur production des justificatifs listés en annexe.

S'il existe des accords passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'Adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements sont alors adressés directement aux professionnels de santé pour le montant non réglé par l'Adhérent ou par ses ayants droit.

ARTICLE 32 : DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle verse ses prestations généralement :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des Décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie) ;
- dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au contrat en cas de traitement manuel des remboursements ; délai de poste ou bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

ARTICLE 33 : PRESTATIONS INDUES

En cas de prestation indûment versées à un membre participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un membre participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au membre participant le remboursement de toutes prestations indues et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

À défaut d'application de la télétransmission informatique des prestations de la gamme individuelle santé, le membre participant doit faire parvenir à la Mutuelle les justificatifs présentés en annexe, pour en avoir le remboursement.

ARTICLE 34 : TIERS PAYANT

En principe, les prestations sont réglées aux membres participants après acquittement par eux des dépenses engagées. Mais pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou indirectement des conventions de tiers payant

avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

La Mutuelle assure ainsi, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit. Si après avoir payé le participant ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas couverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

ARTICLE 35 : CONTRÔLE MÉDICAL DES PRESTATIONS

La Mutuelle Solimut Centre Océan peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugera nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuité du service des prestations au titre du présent règlement. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du membre participant de se soumettre à ce contrôle, ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable au membre participant, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, un médecin désigné par la Mutuelle Solimut Centre Océan et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et le membre participant.

En cas de fraude avérée, l'adhérent supportera la totalité des honoraires du tiers expert.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la mutuelle et le membre participant.

Titre VII – Dispositions diverses

ARTICLE 36 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste sont prescrites 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, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant ou du bénéficiaire 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 le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

En outre, l'interruption de la prescription de l'action peut 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.
- par le membre participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 37 : SUBROGATION DANS LES DROITS DU BÉNÉFICIAIRE

En application de l'article L.224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée de plein droit au bénéficiaire victime d'un accident ou d'une maladie dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice 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.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victime.

ARTICLE 38 : RECOURS CONTRE LE BÉNÉFICIAIRE

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Toutes actions intentées en exécution des dispositions du présent règlement ou des conventions passées par la Mutuelle seront soumises à la juridiction compétente définie par les articles 42 à 46 du Code de Procédure Civile et les dispositions du Code de l'Organisation Judiciaire.

ARTICLE 39 : LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle réglementée par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des adhérents potentiels, à la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques.

Elles peuvent également être utilisées :

- I) pour répondre aux intérêts légitimes de la Mutuelle et notamment, la protection et le développement de ses activités, l'amélioration

de ses produits et des services offerts aux adhérents, la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude

II) pour satisfaire des obligations légales et réglementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvements obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux.

Les données ainsi recueillies permettent, également, à la Mutuelle de proposer à l'adhérent des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc...) notamment dans le cadre de son devoir de conseil.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, les organismes de sécurité sociale, administratifs et judiciaires définis par la loi et organe de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative du prospect/adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par l'adhérent (se reporter à l'article « prescription. Il est également précisé qu'en cas de contestations, contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.). Conformément à la réglementation, l'adhérent

et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, s'adresser à :

DPO - Mutuelle Solimut Centre Océan
UGM Solimut
CASTEL Office
7 quai de la joliette
13002 Marseille
E-mail : dpo.centreocean@solimut.fr

Le délai de réponse de la Mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent ou son/ses ayant droits, souhaite faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la Mutuelle rappellera par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voir une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de :

Mutuelle Solimut Centre Océan
66 rue du Château d'Eau
28300 Mainvilliers

ARTICLE 40 : SECRET PROFESSIONNEL

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal, la Mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

Conformément à la recommandation de la CNIL n°97-008 du 4 février 1997 portant sur le traitement des données de santé à caractère personnel, la Mutuelle s'engage à :

- assurer la sécurité du traitement des informations par des procédures adéquates de telle sorte que seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement,

- préserver l'anonymat des informations.

ARTICLE 41 : RÉCLAMATIONS

Les adhérents ou leurs ayants-droit ont la possibilité de formuler toute réclamation relative à l'application du présent règlement mutualiste en adressant une demande au conseiller habituel ou à l'adresse postale de l'agence locale (<https://www.solimut-centre-ocean.fr/nos-agences>).

Si cette première réponse ne le satisfait pas, la réclamation peut être transmise à l'adresse postale suivante : Mutuelle Solimut Centre Océan, 66 rue du Château d'Eau - 28300 Mainvilliers.

La mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables et fera une réponse définitive dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, l'intéressé en sera informé.

ARTICLE 42 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle conformément à l'article « Réclamation », et après épuisement de ses voies de recours internes, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir le Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF) 255 rue Vaugirard 75719 PARIS cedex 15
- Soit directement par le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 43 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dénommée ACPR, située au 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 44 : LOI APPLICABLE

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant ainsi qu'à son adhésion au présent règlement mutualiste

notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

ARTICLE 45 : LANGUE UTILISÉE

L'adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

ARTICLE 46 : VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- le présent règlement mutualiste et ses annexes ou pièces jointes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé par le membre participant,
- la carte d'adhérent.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles de la carte d'adhérent, ce sont celles du bulletin d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion. Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

Chapitre II Gamme individuelle pour les adhérents du secteur public

Le présent chapitre décrit les conditions générales pour les garanties et les prestations qui sont accordées à la personne physique qui adhère à un contrat dédié à l'ensemble des agents de la Fonction Publique Hospitalière, ou à un contrat labellisé dédié aux agents de la Fonction Publique Territoriale.

L'ensemble des articles du Chapitre I du présent règlement s'applique au Chapitre II à l'exception des articles mentionnés ci-dessous venant déroger aux articles du précédent chapitre.

Titre I – Dispositions générales Offre Hospitalière

Le groupe titulaire de la garantie est constitué

de l'ensemble des agents de la Fonction Publique Hospitalière, actif ou retraité, bénéficiant ou ayant bénéficié du CGOS, en activité effective à la signature du contrat et adhérents actifs de la Mutuelle Solimut Centre Océan.

ARTICLE 47 : OBJET DU CONTRAT

Le contrat hospitalier a pour objet de garantir aux assurés et à leurs bénéficiaires le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux de maternité et éventuellement de décès, incapacité et invalidité dans le strict respect de la législation et de la réglementation régissant les contrats frais de santé responsables et solidaires ainsi que les contrats de prévoyance.

L'adhérent, s'il est couvert au titre d'une garantie Santé de la Mutuelle Solimut Centre Océan, s'il dépend du statut de la Fonction Publique Hospitalière et bénéficie, à ce titre, des prestations du CGOS en cas d'arrêt maladie, bénéficiera de la garantie Indemnité Journalière délivrée par Solimut Mutuelle de France.

Titre II – Dispositions générales Contrat Labellisé

Le présent titre décrit les conditions générales pour les garanties et les prestations qui sont accordées à la personne physique qui adhère à un contrat labellisé dans le cadre du Décret n°2011-1474 du 08/11/2011 et de ses arrêtés.

Ce contrat labellisé permettra à l'Agent territorial, dont l'Employeur participe à la protection sociale complémentaire, de bénéficier de sa participation. Les présentes conditions ont un caractère général, les conditions particulières s'y substituent de plein droit.

ARTICLE 48 : OBJET DU CONTRAT

Un contrat labellisé a pour objet de garantir aux assurés et à leurs bénéficiaires le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et de maternité dans le strict respect de la législation et de la réglementation régissant les contrats responsables et solidaires.

Ainsi :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'Adhérent et aucune information ne sera recueillie à cette fin,
- les cotisations ne sont fixées ni en fonction du sexe de l'Adhérent ni de la nature de l'emploi qu'il occupe,
- les agents retraités, dont le dernier employeur participe à la protection sociale complémentaire de ses agents, peuvent adhérer au présent

contrat et bénéficiant des mêmes garanties que les actifs,

- les tarifs applicables aux familles les plus nombreuses n'excèdent pas ceux des familles comprenant deux enfants (le 3ème enfant et suivant ne paieront pas de cotisations).
- L'âge se détermine par la différence de millésime entre l'année de prise d'effet de l'adhésion d'adhésion et l'année de naissance. (Par exemple, une personne née le 28 novembre 1949 sera considérée comme ayant 63 ans du 1er janvier au 31 décembre 2012).

Le remboursement des frais s'effectuera conformément aux grilles figurant aux conditions particulières. En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les « contrats responsables et solidaires », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après accord de l'organisme habilité, tel que défini par les articles 11 à 14 du Décret n° 2011-1474 du 08/11/2011 et après information préalable de l'Adhérent.

L'Agent, actif ou retraité, pourra permettre à certaines personnes, dénommées bénéficiaires, et dont la liste limitative figure ci-après de bénéficier des mêmes garanties que lui.

Sont considérés comme bénéficiaires à condition qu'ils aient droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité sociale ou d'un autre régime :

- le conjoint de l'Adhérent,
- en l'absence de conjoint, le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ou, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, est assimilé au conjoint,
- le partenaire lié par un PACS est assimilé au conjoint,
- les enfants à la charge de l'Assuré, c'est-à-dire les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la Nation à condition :
 - d'être âgés de moins de 20 ans,
 - d'être âgés de moins de 28 ans et de poursuivre des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Étudiants,
 - d'être âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,
 - d'être âgés de moins de 28 ans et à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation

en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeur d'emploi,

- de bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la Loi 2005-102 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant,
- les ascendants de l'adhérent qui sont fiscalement à sa charge.

ARTICLE 49 : DATE D'EFFET RENOUVELLEMENT - RÉSILIATION

L'Adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses bénéficiaires en adressant une demande à l'Organisme assureur selon les modalités et moyens énoncés à l'article 8 du présent règlement mutualiste. L'Organisme assureur adressera à l'Adhérent ayant résilié son contrat, son attestation de majoration ou de non majoration selon le cas dans les 10 jours de la réception de la demande de résiliation.

ARTICLE 50 : COTISATIONS

Le taux de cotisation est défini aux conditions particulières.

Il sera affecté du coefficient de majoration si celui-ci est applicable au regard de la situation de l'Adhérent. A cet effet, l'Adhérent devra fournir un justificatif de la date de son entrée dans la Fonction Publique Territoriale et son justificatif d'adhésion délivré par son ancien Organisme assureur.

Ainsi,

- Si la Collectivité employeur de l'Adhérent lui verse directement sa participation, le montant de la cotisation dont l'Adhérent devra s'acquitter sera celui figurant sur la grille tarifaire et rappelée aux conditions particulières.
- Si la Collectivité employeur verse directement le montant de sa participation à la Mutuelle le montant de la cotisation dont il devra s'acquitter correspondra au restant à charge. Conformément à l'article 24 du décret n°2011-1474 du 08/11/2011, la Mutuelle tient une comptabilité permettant de retracer l'utilisation des participations reçues et informe l'Employeur de toute résiliation.

Coefficient de majoration affecté à la cotisation

- Le principe posé par le décret est le suivant : le coefficient de majoration de 2% sera appliqué à la cotisation pour toute année non cotisée postérieurement à l'âge de 30 ans.
- Ce principe est affecté des exceptions suivantes et pour des durées prédéfinies :

Ainsi ne verront pas leur cotisation affectée du

coefficient de majoration :

- Les agents entrant dans la Fonction Publique, et ce pour une durée maximale de deux ans à compter de la date de prise de poste,
- Les agents en fonction au 10/11/2011 pendant les deux premières années suivant la publication du décret n° 2011-1474 au Journal Officiel (10/11/2011).
- Les agents retraités dont la dernière collectivité d'exercice participe à la protection sociale complémentaire de ses agents et ce pendant les 2 premières années suivant la publication du décret n° 2011-1474 au Journal Officiel (10/11/2011).

Modalités de révision de la cotisation :

La cotisation est susceptible d'être modifiée après validation de l'organisme habilité à délivrer le label.

L'Adhérent sera informé de la modification de sa cotisation et pourra valablement exercer son droit à résiliation.

Les cotisations sont payables selon les modalités choisies par l'adhérent et figurant sur son bulletin d'adhésion.

ARTICLE 51 : MODALITÉS DE CHANGEMENT DE FORMULES

L'Adhérent pourra modifier son niveau de garantie en adressant sa demande à l'Organisme assureur avant le 30 novembre de l'année et produisant effet au 01/01 de l'année suivante.

- Si la modification demandée par l'Adhérent consiste en une augmentation du niveau des garanties, cette augmentation portera uniquement sur les postes autres que Dentaire et Optique. En effet, sur ces deux postes il devra effectuer un stage de 6 mois pendant lesquels, les remboursements seront ceux correspondant au niveau antérieur à sa demande de modification. Il devra rester sur ce niveau de garantie pendant deux années avant de pouvoir passer sur un niveau de couverture encore supérieur.
- Si la modification demandée par l'Adhérent consiste en une diminution du niveau des garanties, l'Adhérent devra rester sur ce niveau de garantie pendant deux années avant de pouvoir demander une modification de son niveau de couverture.

ARTICLE 52 : INFORMATIONS DEVANT ÊTRE COMMUNIQUÉES

Article 52-1 : Informations devant être communiquées par l'Adhérent à l'Organisme assureur

Au jour de l'adhésion, l'Adhèrent doit fournir une copie de son attestation vitale ainsi que celle de chacun de ses bénéficiaires.

L'Adhèrent devra fournir, au jour de son adhésion l'attestation de majoration ou de non majoration émise par son précédent assureur.

Puis, tout au long de l'adhésion, l'Adhèrent doit déclarer à l'Organisme assureur dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire, de changement d'Employeur, de départ en retraite etc.... (Un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces changements).

A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Article 52-2 : Informations devant être communiquées par l'Organisme assureur à l'Adhèrent

L'Adhèrent sera informé de toute modification de sa cotisation, préalablement validée par l'Organisme habilité à délivrer le label, et pourra valablement exercer son droit à résiliation.

L'Organisme assureur délivrera à l'Adhèrent qui résilie son contrat, son attestation d'assurance mentionnant, s'il y a lieu, le coefficient de majoration appliqué pendant la période de couverture.

Titre III - Dispositions particulières

Les présentes conditions particulières viennent récapituler les différents choix opérés par l'Adhérent sur son bulletin d'adhésion.

ARTICLE 53 : ADHÉRENT

- Nom :
- Prénoms :
- Adresse :
- Date de naissance :
- Collectivité Employeur :
- Si retraité identité de la dernière collectivité employeur :

ARTICLE 54 : LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ADHÉRENT

ARTICLE 55 : FORMULE CHOISIE PAR L'ADHÉRENT

- Formule n°...

ARTICLE 56 : GRILLE TARIFAIRE DE L'ADHÉRENT

ARTICLE 57 : COEFFICIENT DE MAJORATION

- Justificatif d'adhésion : Oui Non

ARTICLE 58 : MONTANT DE LA COTISATION

- Montant HT :
- Montant TTC :

ARTICLE 59 : MODALITÉS DU VERSEMENT DE LA COTISATION ET PÉRIODICITÉ CHOISIE.

ARTICLE 60 : MODALITÉS DU VERSEMENT DE LA PARTICIPATION

ARTICLE 61 : DATE D'EFFET

Le présent contrat prend effet au : .../.../... Date et signature précédées de la mention « lu et approuvé »

L'Adhèrent MUTUELLE Solimut Centre Océan

PIÈCES JUSTIFICATIVES

BÉNÉFICIAIRES NOEMIE	
Dépassements d'honoraires	Facture acquittée précisant la date de l'intervention et la cotation
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation	Factures acquittées (lit accompagnant et repas par jour)
Forfait verres et montures	Factures acquittées + décompte de la Sécurité Sociale
Forfait lentilles correctives	Prescription médicale + facture acquittée
Chirurgie réfractive	Facture acquittée
Appareillages	Facture acquittée
Forfait naissance	Extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille
Forfait adoption	Certificat définitif d'adoption
Frais d'hébergement et de transport cure thermale	Décompte Sécurité Sociale + bulletin de situation mentionnant les dates de séjour + justificatifs de transport et d'hébergement
Médecine naturelle (Homéopathe, ostéopathe, chiropracteur, diététicien...)	Justificatif sur papier entête ou tampon (précisant les dates et le nombre des séances effectuées).
Traitement anti-tabac	Facture acquittée
Pilule contraceptive	Prescription médicale + Facture acquittée
Prestations hospitalisation, optique, dentaire, orthopédique, appareillage, acoustique	Prescription médicale + facture originale acquittée et détaillée
Vaccins, prévention de l'allergie	Facture originale acquittée + ordonnance médicale
NON BÉNÉFICIAIRES NOEMIE	
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale + justificatifs ci-dessus + Facture acquittée
POUR ACTES OU FRAIS DONT L'ASSURÉ N'A RÉGLÉ QUE LA PART TICKET MODÉRATEUR AU PROFESSIONNEL DE SANTÉ : FACTURE ORIGINALE (VOIRE SCANNÉE) ACQUITTÉE ET DÉTAILLÉE + DÉCOMPTÉ SÉCURITÉ SOCIALE	
POUR TOUT ACTE OU FRAIS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE : FACTURE ORIGINALE (VOIRE SCANNÉE) ACQUITTÉE ET DÉTAILLÉE	

Contactez-nous



Par COURRIER

Mutuelle Solimut Centre Océan
66, rue du Château d'Eau
CS 71069
28305 Mainvilliers Cedex



Par INTERNET

Rendez-vous sur :
www.solimut-centre-ocean.fr



Par TÉLÉPHONE

au 09 77 425 525
(prix d'un appel local)

Nos SERVICES

→ Nos AGENCES

→ Vos OUTILS DIGITAUX

Simplifiez-vous la vie grâce à votre espace personnel sur internet et à votre application mobile, bénéficiez des services de votre mutuelle 24h/24 7j/7 !

Consultez vos remboursements quand vous le souhaitez.

→ Vos SERVICES de TÉLÉCONSULTATION et ASSISTANCE INCLUS

→ Votre SERVICE RELATION ADHÉRENT

Des conseillers sont à votre écoute au 09 77 425 525.
Le Service Relation Adhérent vous permet de :

- > Effectuer des mises à jour de votre dossier administratif,
- > Ajouter un ayant-droit,
- > Faire une demande de carte mutualiste,
- > Souscrire à un produit santé, prévoyance, ou retraite.

→ Votre SERVICE PRÉVENTION

→ Les réseaux de soins KALIXIA

Profitez d'avantages exclusifs auprès des 4 700 opticiens et 3 100 audioprothésistes agréés grâce aux réseaux de soins KALIXIA.



Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - N° SIRENE 781 343 249.
Mutuelle adhérente au groupe Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe régie par le code de la mutualité - N° SIRENE 539 793 885.

Document non contractuel à caractère publicitaire. Ne pas jeter sur la voie publique.

Solimut
Mutuelle
Centre Océan