

RÈGLEMENT MUTUALISTE SO'Santé+ 2018

A large, light grey, stylized human figure is positioned on the right side of the page, partially overlapping the text. It has a rounded head, a simple torso, and a single leg extending downwards.

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
SECTION 1 : Préambule	4
Article 1 : Objet.....	4
SECTION 2 : Dispositions générales relatives aux bénéficiaires	4
Article 2 : Bénéficiaires des prestations	4
Article 3 : Délai d'ouverture des droits aux prestations.....	4
Article 4 : Durée — Renouvellement – Démission	4
Article 5 : Radiation — Exclusion	4
Article 6 : Date de cessation des droits aux prestations	4
SECTION 3 : Dispositions générales relatives aux cotisations	5
Article 7 : Détermination des cotisations et échéance	5
Article 8 : Défaut de paiement des cotisations.....	5
SECTION 4 : Dispositions générales relatives aux prestations	5
Article 9 : Plafond de remboursement	5
Article 10 : Modalités de remboursement des produits pharmaceutiques	5
Article 11 : Modalités de remboursement des prestations médicales	6
Article 12 : Modalités de remboursement des prestations « hospitalisation ».....	6
Article 13 : Exclusion des prestations	6
Article 14 : Contrat responsable.....	6
Article 15 : Réseau Carte Blanche	6
SECTION 5 : Dispositions diverses	6
Article 16 : Prescription	6
Article 17 : Subrogation.....	7
Article 18 : Fonds d' Action Sociale (FAS)	7
Article 19 : Réclamations — Médiation.....	7
Article 20 : Informatique et Libertés	8
Article 21 : Organisme de contrôle	8
TITRE II - GARANTIES SANTÉ	8
SECTION 1 : Bénéficiaires	8
Article 22 : Bénéficiaires des prestations.....	8
SECTION 2 : Cotisations	8
Article 23 : Cotisation selon la tranche d'âge	8

Article 24 : Tarification couples.....	8
Article 25 : Durée et changement de la garantie	8
SECTION 3 : Prestations servies et assurées par la Mutuelle	8
Article 26 : Présentation générale des garanties	9
Article 27 : Prestations en nature.....	10
Article 28 : Modules optionnels.....	11
TITRE III - AUTRES GARANTIES PROPOSÉES AUX ADHÉRENTS.....	12
SECTION 1 : Prestation complément de salaire	12
Article 29 : Objet	12
Article 30 : Ouvrant droit au complément de salaire	12
Article 31 : Taux de cotisation du complément de salaire	13
Article 32 : Interruption de la garantie en cas de suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération.....	13
Article 33 : Cessation de la garantie	13
Article 34 : Risques non garantis par So'Lyon Mutuelle.....	14
Article 35 : Mise en œuvre de la garantie.....	14
Article 36 : Contrôles effectués à la demande de So'Lyon Mutuelle	14
Article 37 : Procédure d'arbitrage.....	14
SECTION 2 : Prestations servies par la mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs	14
Article 38 : Assistance.....	14
Article 39 : La garantie obsèques	14
Article 40 : Prime de naissance	15
Article 41 : Produits de prévoyance	15

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 : PREAMBULE

Article 1 : Objet

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

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

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

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

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

SECTION 2 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

Article 2 : Bénéficiaires des prestations

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

Ils sont constitués du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit.

Article 3 : Délai d'ouverture des droits aux prestations

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

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

Pour les bénéficiaires en provenance d'une autre mutuelle, ou d'un autre organisme, et en possession d'un certificat de radiation datant de moins de trois mois, l'adhésion prend effet :

- Le lendemain de la date de radiation à la mutuelle précédente, sous condition de versement de la première cotisation due, et le droit aux prestations leur est ouvert immédiatement.
- À défaut de certificat de radiation, au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par So'Lyon.

B) NOUVEAUX BÉNÉFICIAIRES

Pour tous les autres nouveaux bénéficiaires, quelle que soit leur catégorie, la date d'effet d'adhésion à la Mutuelle prendra effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion, et, au plus tôt, le premier jour du mois civil suivant celui où la demande d'adhésion est formulée, en tout état de cause sous condition de versement de la première cotisation due.

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

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

Article 4 : Durée — Renouvellement — Démission

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

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

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

Cette date d'échéance est fixée au 31 décembre de chaque année.

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

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

Article 5 : Radiation — Exclusion

A) RADIATION

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

- La radiation des membres participants peut intervenir en cas de non-paiement des cotisations, selon la procédure prévue à l'article 8 du présent règlement.
- En outre, sous réserve des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :
 - changement de domicile
 - changement de situation matrimoniale
 - changement de régime matrimonial
 - changement de profession
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

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

B) EXCLUSION

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

Article 6 : Date de cessation des droits aux prestations

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

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

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

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

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

SECTION 3 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX COTISATIONS

Article 7 : Détermination des cotisations et échéance

Les cotisations sont payables, mensuellement, par les membres participants.

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

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

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

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

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

Article 8 : Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant.

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

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

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

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

SECTION 4 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX PRESTATIONS

Article 9 : Plafond de remboursement

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

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

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

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

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

Article 10 : Modalités de remboursement des produits pharmaceutiques

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

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

Les médicaments ou produits sont remboursés :

- sur la base du décompte de la Sécurité Sociale ou de l'ordonnance médicale comportant « acquittée » et signature du pharmacien ayant délivré les produits ;
- le cas échéant, selon la garantie choisie, sur la base d'une facture originale détaillée du pharmacien ayant délivré les produits et de la prescription médicale.

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

Article 11 : Modalités de remboursement des prestations médicales

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

Article 12 : Modalités de remboursement des prestations « hospitalisation »

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

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

Article 13 : Exclusion des prestations

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

Article 14 : Contrat responsable

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

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

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

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

- La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité Sociale, laissée à la charge des participants ou leurs ayants droit notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- Les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du Code de la Sécurité Sociale ;
- La majoration de participation du participant ou ses ayants droit prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale en cas de non désignation d'un

médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;

- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité Sociale ; et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

Offres non responsables

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

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

Frais de gestion :

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

Article 15 : Réseau Carte Blanche

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

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

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

SECTION 5 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 16 : Prescription

Les demandes de prestations présentées par les membres participants ou les factures présentées par les établissements publics ou privés, accompagnées des justifications prévues par le présent règlement doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter :

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

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

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

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code Civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code Civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie,...) (article 2444 du Code Civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code Civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code Civil).

Article 17 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, due à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

Article 18 : Fonds d'Action Sociale (FAS)

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

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

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

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

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

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

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

Article 19 : Réclamations — Médiation

Pour toute réclamation du membre participant à l'égard de la Mutuelle, ce dernier devra adresser sa réclamation, par écrit au **Service Relation Adhérents SO'LYON Mutuelle** 18 rue Gabriel Péri — CS 30094 – 69623 VILLEURBANNE CEDEX.

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

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

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

Si aucune solution n'a pu être trouvée, le membre participant peut, sans préjudice des autres voies de recours légales à sa disposition, faire appel à la médiation.

Le recours au médiateur est gratuit. Il est possible de le saisir après avoir épuisé les voies de recours précédentes. Le médiateur rend un avis dans un délai de six mois à compter de la date à laquelle il a été saisi. So'Lyon Mutuelle a recours au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

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

Article 20 : Informatique et Libertés

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux informations données en réponse aux questions nécessaires à la conclusion du présent contrat et à l'ensemble des données personnelles recueillies en vue de la gestion des affiliations et des prestations.

Le membre participant et ses ayants droit autorisent la Mutuelle à communiquer ces informations, le cas échéant, aux mandataires de cette dernière, aux réassureurs ou organismes professionnels concernés par le contrat.

Le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de communication, d'oppositions fondées sur des motifs légitimes, d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller et d'un droit de modification et de suppression des données les concernant.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier à l'adresse suivante :

SO LYON MUTUELLE, 18 rue Gabriel Péri — CS 30094 – 69623 VILLEURBANNE CEDEX.

Article 21 : Organisme de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 61, rue Taitbout — 75009 Paris.

TITRE II - GARANTIES SANTÉ

SECTION 1 : BÉNÉFICIAIRES

Article 22 : Bénéficiaires des prestations

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

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

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

de la Sécurité Sociale des étudiants ou inscrits à l'assurance chômage, ou les enfants en contrat d'apprentissage au sens des dispositions de l'article L.6221-1 du Code du travail, ou en formation en alternance.

SECTION 2 : COTISATIONS

Article 23 : Cotisation selon la tranche d'âge

La cotisation est fixée forfaitairement, âge par âge, et pour chaque bénéficiaire, dans la limite de deux enfants, gratuité à compter du troisième enfant. Un nouveau-né bénéficie de la gratuité de cotisation depuis sa naissance jusqu'à la fin de l'année civile suivant sa naissance. Une réduction de 10% est appliquée sur le deuxième enfant inscrit sur le contrat. L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance.

Si le membre participant fait partie de la Fonction Publique Hospitalière, une réduction de 5% est appliquée sur sa cotisation.

Article 24 : Tarification couples

Une réduction de 10% est appliquée sur la cotisation du conjoint.

Cas particulier dans le cas où les conjoints sont tous les deux adhérents à la mutuelle mais sur deux gammes de produits différents : dans ce cas précis, les règles de tarification couples inscrites dans le règlement mutualiste des gammes So'Santé et Soli'Santé s'appliquent.

Article 25 : Durée et changement de la garantie

Le changement de formule vers une formule supérieure prend effet le 1er jour du mois suivant l'expiration d'un délai de deux mois après la réception par la Mutuelle de la demande de changement de formule.

La demande de changement de formule vers une formule inférieure doit être adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de chaque année et prend effet à la date d'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 1er janvier de l'année suivante.

Le membre participant ne peut demander le changement de formule vers une formule inférieure pendant une durée minimum de 2 ans à compter de la date de prise d'effet de ladite formule.

En cas de changement de situation matrimoniale ou familiale (divorce, séparation, décès du conjoint, venue d'un enfant ou départ d'un enfant), de retraite ou de cessation définitive d'activité, la demande de changement de formule vers une formule inférieure prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve de la fourniture de documents justificatifs.

SECTION 3 : PRESTATIONS SERVIES ET ASSURÉES PAR LA MUTUELLE

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

Article 26 : Présentation générale des garanties

La gamme santé So'Santé+ est composée de quatre niveaux de garanties : Peps, Tonus, Form et Zen. A partir du niveau Tonus, il est possible d'ajouter jusqu'à deux modules optionnels : So'Optique, So'Dentaire, So'Hospi, So'Nature et So'Senior.



Article 27 : Prestations en nature

	Peps	Tonus	Form	Zen
HOSPITALISATION				
Frais de séjour tout établissement	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires	OPTAM / OPTAM-CO : 100% BR Non OPTAM : 100% BR	OPTAM / OPTAM-CO : 140% BR Non OPTAM : 120% BR	OPTAM / OPTAM-CO : 170% BR Non OPTAM : 150% BR	OPTAM : 200 % BR Non OPTAM : 180% BR
Chambre particulière (par jour) limitée à 30 jours		45 €	60 €	75 €
Lit d'accompagnant (par jour) pour les enfants de moins de 16 ans hors maternité, limité à 10 jours par an			30 €	45 €
Forfait journalier hospitalier hors établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Franchise de 18€ sur les actes lourds dont le prix est supérieur à 120€	oui	oui	oui	oui
Transports pris en charge par l'AM	100%	100%	100%	100%
SOINS COURANTS				
Médecins généralistes	OPTAM/OPTAM-CO : 100% BR Non OPTAM : 100% BR	OPTAM/OPTAM-CO : 120% BR Non OPTAM : 100% BR	OPTAM/OPTAM-CO : 140% BR Non OPTAM : 120% BR	OPTAM/OPTAM-CO : 160% BR Non OPTAM : 140% BR
Médecins spécialistes	OPTAM/OPTAM-CO : 100% BR Non OPTAM : 100% BR	OPTAM/OPTAM-CO : 120% BR Non OPTAM : 100% BR	OPTAM/OPTAM-CO : 170% BR Non OPTAM : 150% BR	OPTAM/OPTAM-CO : 220% BR Non OPTAM : 200% BR
Dépenses de santé à l'étranger (forfait par an)			100 €	100 €
Actes côtés CCAM	OPTAM/OPTAM-CO : 100% BR Non OPTAM : 100% BR	OPTAM/OPTAM-CO : 120% BR Non OPTAM : 100% BR	OPTAM/OPTAM-CO : 150% BR Non OPTAM : 130% BR	OPTAM/OPTAM-CO : 180% BR Non OPTAM : 160% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR
Analyses et travaux de laboratoire	100%	100%	100%	100%
Pharmacie prise en charge par l'AM	100% (remboursés 65%)	100% (remboursés 65%)	100% (remboursés 65% - 35% et 15%)	100% (remboursés 65% - 35% et 15%)
Cures Thermales acceptées par l'AM (par cure) - forfait thermal, hébergement, transport		100%	100% + 100€	100% + 200€
Prothèses médicales, orthopédie et accessoires médicaux (y compris prothèses capillaires et mammaires remboursées RO)	100%	120% BR	150% BR	180% BR
Grand appareillage : prothèses auditives, fauteuil roulant Un forfait tous les trois ans	20 ans et + : 100% - 20 ans : 100%	20 ans et + : 100% + forfait 100 € - 20 ans : 100% + forfait 100 €	20 ans et + : 200% + forfait 200 € - 20 ans : 100% + forfait 200 €	20 ans et + : 300% + forfait 300 € - 20 ans : 100% + forfait 300 €
DENTAIRE				
Montant global des remboursements par bénéficiaire				
Soins conservateurs et chirurgicaux, radiologie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèse, couronne, inlay core remboursée par l'AM (limité à 3 par an)	100% BR	150% BR	250% BR	350% BR
Forfait par an: Prothèse dentaire, implant, parodontologie non remboursés par l'AM		150€ / an	300€ / an	450€ / an
Orthodontie prise en charge par l'AM (par semestre)	100% BR	140% BR	210% BR	280% BR
Orthodontie non remboursée par l'AM (par an)				200 €
OPTIQUE				
Montant global des remboursements par bénéficiaire				

ADULTE (un équipement tous les deux ans, y compris monture limitée à 150€) / 1 équipement : monture + deux verres					
Equipelement verres simples (+monture)	100% BR + 50€	100% BR + 140€	100% BR + 200€	100% BR + 260€	
Equipelement mixte verre simple / verre complexe ou verre très complexe (+monture)	100% BR + 125€	100% BR + 220€	100% BR + 300€	100% BR + 380€	
Equipelement verres complexes / verres très complexes (+monture)	100% BR + 200€	100% BR + 300€	100% BR + 400€	100% BR + 500€	
Lentilles remboursées par l'AM	100% BR	100% BR + 200€	100% BR + 300€	100% BR + 400€	
Lentilles non remboursées par l'AM (y compris produit d'entretien) par an		50€ / an	100€ / an	150€ / an	
ENFANT (un équipement tous les ans, y compris monture)					
Equipelement verres simples	100% + 50€	100% + 75€	100% + 100€	100% + 125€	
Equipelement mixte verre simple / verre complexe ou verre très complexe	100% + 125€	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€	
Equipelement verres complexes / verres très complexes	100% + 200€	100% + 260€	100% + 320€	100% + 380€	
Lentilles remboursées par l'AM	100%	100% + 200€	100% + 300€	100% + 400€	
Lentilles non remboursées par l'AM (y compris produit d'entretien) tous les ans		50€ / an	100€ / an	150€ / an	
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil et par an) Adulte et Enfant		150 €	250 €	350 €	
Matériel pour Amblyopie (par an) Adulte en Enfant	100%	100%	100%	100%	
Services / Bien-être					
Pharmacie non remboursée	30€	30 €	40 €	60 €	
Contraception, tests de grossesse			50 €	50 €	
Vaccins prescrits non remboursés			30 €	30 €	
Adhésion club de sport ou loisir			30 €	50 €	70 €
Consultation médecine douce			30 €	60 €	120 €
Assistance			Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Prime de naissance		100 €	100 €	100 €	
Actes de prévention du décret du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	

Article 28 : Modules optionnels

	So'Optique	So'Dentaire	So'Hospi	So'Nature	So'Senior
HOSPITALISATION					
Honoraires OPTAM			20% + 100 € OPTAM		
Chambre particulière (par jour) limitée à 30 jours en établissement ou service psychiatrique, centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle			10 € / + 30 jours psychiatrie et rééducation		
Lit d'accompagnant (par jour) pour les enfants de moins de 16 ans hors maternité, limité à 10 jours par an			15 €		
Forfait cure thermale			100 €		
Forfait multimédia (par jour)			5 €		
SOINS COURANTS					
Prothèses médicales, orthopédie et accessoires médicaux (y compris prothèses capillaires et mammaires remboursées RO)				20%	
DENTAIRE					
Prothèse, couronne, implant, inlay core (y compris inlay/onlay) remboursée par l'AM		75%			
Forfait par an: Prothèse dentaire non remboursée par l'AM		100 €			
Forfait par an : implant		100 €			
Orthodontie prise en charge par l'AM (par semestre)		60%			
Orthodontie / parodontologie non remboursée par l'AM (par semestre)		150 €			

OPTIQUE					
Montant global des remboursements par bénéficiaire					
ADULTE (un équipement tous les deux ans, y compris monture)					
Équipement verres simples	40 €				
Équipement mixte verre simple / verre complexe ou verre très complexe	60 €				
Équipement verres complexes / verres très complexes	80 €				
Lentilles non remboursées par l'AM (y compris produit d'entretien) par an	40 €				
ENFANT (un équipement tous les ans, y compris monture)					
Équipement verres simples	25 €				
Équipement mixte verre simple / verre complexe ou verre très complexe	50 €				
Équipement verres complexes / verres très complexes	60 €				
Lentilles non remboursées par l'AM (y compris produit d'entretien) par an	40 €				
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil et par an) Adulte et Enfant	75 €				
Matériel pour Amblyopie (par an) Adulte en Enfant	50 €				
Services / Bien-être					
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, chiropractie, Psychomotricité, Psychologie, Pédicure, Podologie et Diététique)				50 €	50 €
Sevrage tabagique				50 €	
Ostéodensitométrie (par an)					50 €
Ateliers prévention				inclus	inclus
Petit appareillage non remboursé par l'AM (cane, consommable, matériel d'audition : piles, produits d'entretien, petits accessoires)				50 €	100 €
Bilan mémoire par an					50 €
Frais de lit d'accompagnant pour assuré de + 75 ans (par an)					140 €
Forfait complémentaire parodontologie					200 €
Frais d'obsèques					2 000 €

TITRE III - AUTRES GARANTIES PROPOSÉES AUX ADHÉRENTS

SECTION 1 : PRESTATION COMPLEMENT DE SALAIRE

Article 29 : Objet

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

Article 30 : Ouvrant droit au complément de salaire

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

A) LE PERSONNEL CONCERNE

Les personnels éligibles à la garantie maintien de salaire sont : le personnel titulaire et stagiaire du titre IV du statut

général des fonctionnaires ; le personnel contractuel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires.

(1) Objet de la garantie

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

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 100 % du traitement de référence que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement ou demi-traitement majoré pour les membres participants ayant 3 enfants et plus, indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme).

(2) Point de départ de l'indemnisation

L'indemnisation intervient sous réserve des conditions suivantes :

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

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

Le droit est ouvert après sept mois pleins d'adhésion à la Mutuelle. La participation de la Mutuelle se fait ainsi qu'il suit :

(1) En maladie ordinaire

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

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

(2) En longue maladie

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

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

(3) En maladie longue durée

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

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

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

Le droit est ouvert après sept mois pleins d'adhésion à la Mutuelle. La participation de la Mutuelle se définit comme suit :

(1) En maladie ordinaire

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

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

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

- Les trois mois de demi-traitement (ou demi-traitement majoré) sont complétés par le CGOS, les six mois

suyvants sont complétés par la Mutuelle.

(2) En grave maladie

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

Article 31 : Taux de cotisation du complément de salaire

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

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

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

Article 32 : Interruption de la garantie en cas de suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération

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

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

Le membre participant doit alors en informer la Mutuelle en lui fournissant une attestation de reprise du travail de la part de son employeur, ainsi que le bulletin de salaire du premier mois de sa reprise. Si le membre participant ne fournit pas ces pièces dans les 3 mois suivant sa reprise d'activité, alors la réactivation de la garantie « Complément de salaire » prendra effet au 1^{er} du mois qui suit la réception de ces pièces.

Article 33 : Cessation de la garantie

La garantie cesse de produire effet :

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

Article 34 : Risques non garantis par So'Lyon Mutuelle

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

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

Article 35 : Mise en œuvre de la garantie

A) POUR FAIRE VALOIR SES DROITS

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

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

B) PIÈCES A FOURNIR

- La copie de l'arrêt de travail ;
- L'attestation de l'employeur indiquant la date d'arrêt de travail ;
- Le dernier bulletin de salaire à demi-traitement (ou demi-traitement majoré) et les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale pour les non titulaires ;
- La copie du relevé de décision administrative précisant le passage à demi-traitement (ou demi-traitement majoré) au titre du statut de la Fonction Publique Hospitalière ;
- La copie du récapitulatif des périodes payées par le CGOS ou à défaut, l'attestation de fin de droit aux prestations du CGOS ou encore les relevés de prestations du CGOS sur les 150 derniers jours payés par celui-ci.

C) UNE FOIS LES DROITS DU MEMBRE PARTICIPANT OUVERTS

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

Article 36 : Contrôles effectués à la demande de So'Lyon Mutuelle

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

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

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

Article 37 : Procédure d'arbitrage

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

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

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

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

SECTION 2 : PRESTATIONS SERVIES PAR LA MUTUELLE ET ASSURÉES PAR D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS

Article 38 : Assistance

La Mutuelle a souscrit, au profit de ses membres participants et des membres de leur famille, un contrat d'assistance auprès d'IMA ASSURANCES ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA ASSURANCES, différentes prestations d'assistance à domicile. Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants qui bénéficient d'une formule Tonus, Form et Zen selon les conditions indiquées dans la notice d'information. Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 – 79 033 NIORT Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

Article 39 : La garantie obsèques

Pour ces prestations, la Mutuelle a souscrit un contrat auprès d'Henner - HENNER, SAS de courtage et de gestion d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 - Relevant du contrôle de l'ACPR - Siège social : 14 bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine.

La Garantie Obsèques - Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 - Siège social : 14 bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine.

Allianz Vie - S.A. au capital de 643 054 425 € - 340 234 962 RCS Nanterre - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

FILASSISTANCE INTERNATIONALE : Société Anonyme au capital de 4 100 000 € - 433 012 689 RCS NANTERRE - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Article 40 : Prime de naissance

La prime de naissance incluse dans les garanties complémentaire santé niveaux Tonus à Zen est assurée par l'UNMI – Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle, union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 784718207 dont le siège social est sis au 50 avenue Daumesnil, 75012 Paris.

Article 41 : Produits de prévoyance

En complément des garanties santé, le membre participant peut souscrire à des garanties de prévoyance :

- Garantie décès accidentel,
- Garantie PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie),
- Garantie maintien des revenus en invalidité permanente.

Ces prestations sont assurées par Intériale, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 365, dont le siège social est situé 32 rue Blanche, 75009 Paris.

Ces produits font chacun l'objet d'une notice qui sera remise à chaque souscripteur.

