

SO'LYON MUTUELLE

Notice d'information

VOTRE COMPLEMENTAIRE SANTE FACULTATIVE



SLM

SO'LYON MUTUELLE

SOMMAIRE

VIE DU CONTRAT	4
VOTRE COUVERTURE EN PRATIQUE	12
VOS GARANTIES	19

Bienvenue à SO'LYON MUTUELLE

Vous trouverez dans cette notice l'ensemble des informations concernant votre contrat santé facultatif.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toutes demandes et questions concernant votre contrat.

VIE DU CONTRAT

Préambule

Dans le cadre de la participation des collectivités territoriales au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, le Centre de gestion du Jura, ci-après dénommé « le Souscripteur », a conclu avec So'Lyon Mutuelle, pour le compte des collectivités territoriales de son ressort et après une procédure de mise en concurrence, un contrat collectif d'assurance santé.

So'Lyon Mutuelle est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, SIREN 779 846 849, dont le siège social est situé 28 rue Narcisse Bertholey 69600 Oullins, ci-après dénommée « la Mutuelle ».

Le contrat collectif d'assurance santé a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Il est soumis à la législation française et notamment au code de la mutualité.

Ce contrat est un contrat solidaire et responsable au sens des articles L 871-1 du code de la sécurité sociale.

Il respecte donc le cahier des charges défini aux articles R 871-1 et R 871-2 du même code.

Le contrat « solidaire » signifie que l'affiliation au contrat n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.

Le contrat « responsable » signifie que le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé bénéficiant d'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

L'adhésion au contrat collectif d'assurance santé est facultative pour les employeurs et pour les agents.

Peuvent adhérer au contrat en qualité d'« Employeur » les collectivités territoriales ou les établissements publics locaux du ressort du Centre de gestion du Jura.

Peuvent adhérer au contrat et acquérir la qualité de « membre participant » de la Mutuelle :

- Les fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés auprès de l'Employeur ou mis à disposition de celui-ci, et les agents détachés ou mis à la disposition par l'Employeur auprès d'un autre organisme public ;
- Les fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en retraite.

Cette notice réunit toutes les informations relatives votre contrat santé mis en place par le biais de l'Employeur.

Vous découvrirez ainsi tous les renseignements concernant votre adhésion, vos cotisations, vos garanties, ainsi que l'ensemble des services mis à votre disposition par So'Lyon Mutuelle.

Article 1 – Bénéficiaires des garanties

Peuvent bénéficier des garanties et acquérir la qualité de membre participant :

- Les bénéficiaires actifs en qualité d'agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'Employeur, même à temps complet, y compris :
 - o Les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE) ;
 - o Les agents détachés ;
 - o Les agents mis à disposition, selon les termes de la convention prévue à cet effet. A défaut de convention, ces agents bénéficient de la qualité de bénéficiaire.

Conservent la qualité de bénéficiaires actifs les agents placés dans l'une des situations suivantes :

- o Position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au maintien total ou partiel d'une rémunération, d'un traitement, d'un salaire, d'un revenu de remplacement ou d'une prestation en espèce versée par l'Employeur, un organisme de sécurité sociale ou un organisme d'assurance ;
- o Congé parental ;
- o Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;

- Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- Congé de formation professionnelle.
- Les bénéficiaires retraités en qualité de titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de base, qui étaient auparavant agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'Employeur.

Peuvent bénéficier des garanties en qualité d'ayant-droit du membre participant (actifs ou retraité), les personnes suivantes :

- Le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou retraité ;
- La personne liée au membre participant actif ou retraité par un pacte civil de solidarité ;
- La personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil,
- L'enfant ou petit-enfant d'un membre participant actif ou retraité, ou de son conjoint ou d'une personne liée à lui par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec lui, ou un enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L.196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de son activité professionnelle, et qui est :
 - Agé de moins de 21 ans ;
 - Ou âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L.5411-1 du code du travail ;
 - Ou reconnu en situation de handicap par la commission mentionnée à l'article L.241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Les bénéficiaires ayants-droit peuvent adhérer à tout moment au contrat.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou retraité qui est décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant-droit après le décès du membre participant actif ou retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

Article 2 – Date de prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à compter de la date à laquelle vous adhérez au contrat.

Article 3– Modification des garanties

Modifications des garanties à l'initiative de So'Lyon Mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées dans le cadre des dispositions de l'article L 221-5 II du code de la mutualité, par la signature d'un avenant au contrat entre le Souscripteur et la Mutuelle.

Modifications législatives et réglementaires

Par application de l'article L.221-5 III du code de la mutualité, la modification des garanties proposée par la Mutuelle visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. En cas d'acceptation du Souscripteur, les modifications des garanties prennent effet au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par le Souscripteur.

Article 4– Maintien des garanties

Maintien des garanties au titre de l'article 6 de la loi Evin

Par application de l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, la Mutuelle ne peut refuser de maintenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Vous bénéficiez de ce droit au maintien tant que vous le souhaitez si vous êtes affilié au contrat collectif, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires du contrat. La Mutuelle ne peut ultérieurement augmenter le tarif en se fondant sur l'évolution de l'état de santé du bénéficiaire.

Maintien des garanties en cas de changement d'employeur

- Cas de l'article L. 5111-7 du code général des collectivités locales.

Si vous changez d'Employeur en application d'une réorganisation, votre nouvel Employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et pour le présent contrat collectif d'assurance.

La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel Employeur, l'ancien Employeur et la Mutuelle. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents.

La Mutuelle doit être informée de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour la Mutuelle.

- Autre cas

En cas de départ de l'effectif de l'Employeur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, la Mutuelle ne peut refuser vous de maintenir les garanties si vous en faites la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

Le maintien des garanties par la Mutuelle s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation.

La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de votre départ.

Article 5 – Cessation des garanties

Résiliation à l'initiative du membre participant

- Résiliation annuelle

Vous pouvez résilier votre adhésion en le signifiant à la Mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La date d'effet de la résiliation sera le 31 décembre de l'année en cours.

- Résiliation infra-annuelle

Conformément à l'article L.221-10-2 du code de la mutualité, vous pouvez résilier votre adhésion au contrat, par courrier simple ou par e-mail, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'adhésion au contrat collectif facultatif, sans frais ni pénalités.

La résiliation prendra effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

En cas de trop-perçu de cotisations, le solde vous sera remboursé par la Mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation.

Radiation du membre participant

La garantie cesse de produire ses effets à la date de votre radiation, en cas de résiliation du contrat collectif par le Souscripteur.

Votre radiation est effective le dernier jour du mois de l'évènement.

Les évènements survenus ainsi que les dépenses engagées après la date de radiation ne donnent lieu à aucune prestation.

En cas de radiation, vous pouvez bénéficier d'une garantie individuelle frais de santé proposée par la Mutuelle.

Votre radiation entraîne, à la même date, celle de tous vos ayants droit.

Radiation des ayants droit

Cette radiation intervient de plein droit à la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition des ayants droit, conformément à l'article relatif aux bénéficiaires du contrat.

La Mutuelle procède à la radiation annuelle des ayants droit en réponse à votre demande, transmise avant le 1^{er} décembre de l'exercice en cours pour une prise d'effet au 31 décembre de ce même exercice.

La Mutuelle accepte la radiation des ayants droit en cours d'année, avec date d'effet le dernier jour du mois de votre demande écrite, dans les cas suivants :

- Séparation, divorce, ou rupture de PACS non provoquée par le mariage avec le membre participant ;
- Adhésion obligatoire de l'ayant droit à un autre contrat collectif obligatoire de complémentaire santé ;
- Départ d'enfant majeur du foyer ;
- Peine privative de liberté ;
- Affiliation à la complémentaire santé solidaire (CSS).

En cas de décès du membre participant, la radiation des ayants droit prend effet au dernier jour du mois du décès sauf application du maintien des droits comme prévu à l'article relatif au maintien des garanties.

Article 6 -Restitution de la carte de tiers-payant

En cas de cessation des garanties, vous devez restituer à la Mutuelle votre carte de tiers-payant.

La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre toute personne ayant utilisé frauduleusement une carte de tiers payant, sans préjudice du paiement des cotisations correspondant à la période écoulée entre la cessation de l'affiliation et la dernière utilisation frauduleuse.

Article 7 – Structure et montant des cotisations

Les taux de cotisations sont indiqués sur les conditions particulières du contrat collectif signé entre le Souscripteur et la Mutuelle et dans le bulletin d'adhésion. Le montant est déterminé en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Sauf dispositions expresses contraires prévues dans le bulletin d'adhésion, si vous exercez votre activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité. La cotisation peut être revue annuellement en cas d'accord de la Mutuelle et du Souscripteur formalisé par avenant aux conditions particulières.

Article 8 – Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est dû par mois entier dès la prise d'effet de la garantie.

Vous devez vous acquitter de votre cotisation directement auprès de So'Lyon Mutuelle.

Article 9 – Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant.

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

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours, 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.

Article 10 -Prestations

En cas de cessation des garanties, vous devez restituer à la Mutuelle votre carte de tiers-payant.

La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre toute personne ayant utilisé frauduleusement une carte de tiers payant, sans préjudice du paiement des cotisations correspondant à la période écoulée entre la cessation de l'affiliation et la dernière utilisation frauduleuse.

Article 11 – Modalités de règlement des prestations

Tous les événements pouvant donner lieu au versement d'une prestation doivent être déclarés à la Mutuelle, par vous-même ou vos ayants droit.

Pièces à fournir pour chaque règlement

- Les décomptes de la sécurité sociale (sauf pour le bénéficiaire utilisant la télétransmission NOEMIE) ;
- Si le bénéficiaire dispose d'un autre régime complémentaire de frais de santé, le décompte émis par l'organisme concerné, accompagné des photocopies des décomptes émis par la sécurité sociale ;
- Tout justificatif des frais réels, jugé nécessaire par la Mutuelle.

Pour les prestations d'un montant inférieur à 400 € et lorsque le bénéficiaire dispose de la télétransmission NOEMIE, les documents peuvent être scannés ou pris en photo de manière lisible et transmis par courriel. La mutuelle se réserve le droit de demander les pièces originales par courrier en cas de besoin dans un délai d'un an.

Pour certaines prestations, d'autres pièces justificatives doivent impérativement être jointes à la demande de règlement, selon les formalités décrites aux articles correspondants.

Toutes les autres pièces qui se révéleraient nécessaires, notamment la preuve de la qualité d'ayant droit, pourront être demandées par la Mutuelle.

Tout dossier transmis sans justifications de frais réels sera réglé sur la base du remboursement de la sécurité sociale et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

Article 12 - Délais de règlement des prestations

Toutes les prestations de la Mutuelle sont payées par virement bancaire.

Tout bénéficiaire ou destinataire de prestation est tenu de fournir un relevé d'identité bancaire.

Les prestations sont versées généralement :

- En cas de traitement automatique des remboursements, (après traitement et télétransmission des décomptes par les caisses d'assurance maladie) en moyenne dans les 48 heures ouvrées (délai bancaire non compris) ;
- En cas de traitement manuel des remboursements, en moyenne sous 4 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives (délai bancaire non compris).

Article 13 - Étendue territoriale

La garantie ne s'applique que si vous résidez durablement en France métropolitaine et dans les DOM-COM.

Les soins couverts par les garanties de la Mutuelle doivent avoir été effectués en France.

Les cotisations et les prestations sont versées en euros.

Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ou postaux ouverts en France.

Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français (notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux ou de la classification commune des actes médicaux) pour le type d'actes ou de soins dont a vous ou vos ayants droits avez bénéficié.

En aucun cas, vous ou vos ayants droit ne pourrez demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, vous devrez lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de sécurité sociale afférent à ces soins.

Pour les actes effectués à l'étranger et non pris en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle ne prendra en compte que les actes qu'elle aurait indemnisés malgré l'absence de prise en charge par la sécurité sociale si ces soins avaient eu lieu en France. Ce remboursement se fait uniquement sur la base des tarifs français.

Article 14 - Limite des remboursements

Le bénéficiaire doit faire la déclaration des assurances cumulatives.

Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au contrat.

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 membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature que celles prévues par So'Lyon Mutuelle contractées auprès d'un autre organisme assureur 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.

Les garanties s'appliquent dans la limite des frais réels exposés, acte par acte, et restant à la charge du membre participant après déduction des prestations servies par la sécurité sociale ou tout autre régime de base obligatoire, avec le cas échéant, répartition des prestations complémentaires entre la Mutuelle et tout autre organisme complémentaire dont il pourrait se prévaloir.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par So'Lyon Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par So'Lyon Mutuelle seraient réduites à due concurrence. Le bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par So'Lyon Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant. Lorsqu'un bénéficiaire est affilié à un régime de base obligatoire dont les prestations sont inférieures à celles du régime général de l'assurance maladie, les prestations complémentaires versées par la Mutuelle seront déterminées comme s'il avait bénéficié du régime général de l'assurance maladie.

Sauf exception expressément mentionnée, seuls les frais ayant fait l'objet de remboursement par un régime de base obligatoire sont pris en charge.

Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe ci-après.

Article 15 -Exclusions

Sont exclues, les dépenses de santé non prises en charges par les régimes obligatoires, à moins qu'elles ne soient expressément exprimées dans le tableau des garanties.

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 la Mutuelle 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 assurés 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 du ticket modérateur 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 (exclusion totale ou partielle) ;
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors parcours de soins coordonnés et hors protocole de soins (exclusion totale ou partielle).

Les frais engagés, soit avant l'affiliation, soit après la radiation du membre participant ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Les opérations de chirurgie esthétique sauf intervention réparatrice à la suite d'un accident ou d'une affection somatique ne sont pas prises en charge par la Mutuelle.

En cas de résiliation, les frais seront pris charge par la Mutuelle en fonction de la date de soins retenue par la sécurité sociale, à défaut en fonction de la date de la facture du praticien ou du fournisseur.

La Mutuelle ne prend pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la sécurité sociale.

Sont exclus également, les frais de traitement et d'hébergement réalisés (à l'exception du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier) :

- En établissement de postcure ;
- En centre de rééducation fonctionnelle ;
- En centre spécialisé pour toxicomanes.

Le fait que So'Lyon 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 16 -Prescription

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être adressées à la Mutuelle dans le délai de vingt-quatre (24) mois à compter de la date des soins ou de facture.

Pour la prime de naissance, ce délai est ramené à douze (12) mois à compter de la naissance ou de l'adoption.

Pour la gratuité du nouveau-né, ce délai est ramené à trois (3) mois à compter de la naissance.

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du code de la mutualité, toutes actions sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

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 d'un 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 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 ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 17 -Subrogation

Conformément à l'article L. 224-8 du code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, So'Lyon Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées.

Afin de permettre à So'Lyon Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à So'Lyon Mutuelle tout accident, impliquant des tiers, dont il est victime.

So'Lyon Mutuelle intervient pour tous les actes consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun, du travail, sportif, scolaire, ou de vie privée. A cet effet, l'adhérent doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat.

Article 18-Protection des données

Collecte et traitement des données à caractère personnel

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

Droits des adhérents et bénéficiaires

L'adhérent et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ce droit ne peut pas être exercé d'une manière à empêcher l'exécution du contrat souscrit.

Ils peuvent exercer leurs droits soit, par courrier à l'adresse : protection.donnees@solyon-mutuelle.fr soit par courrier adressé à : So'Lyon Mutuelle – DPO – 28 rue Narcisse Bertholey, 69600 OULLINS. Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils ont la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.

Opposition à prospection commerciale dont téléphonique

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

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

Article 19 -Lutte contre le blanchiment des capitaux

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, en application de la réglementation, à demander toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires au respect de son obligation de vigilance et de contrôle.

Article 20 -Autorité de contrôle

So'Lyon Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution), située : 4 Place de Budapest CS 92459 - 75 436 Paris Cedex 09.

Article 21 -Réclamations/Médiation

Pour toute réclamation à l'égard de la Mutuelle, vous pouvez adresser votre réclamation, par écrit à :

SO'LYON Mutuelle
TSA 81938
92894 Nanterre Cedex 9

Ou envoyer un courriel à : gestion@solyon-mutuelle.fr

Ou téléphoner au : 04 27 19 02 19 (du lundi au jeudi de 8h30 à 17h30 et le vendredi de 8h30 à 17h)

Un accusé de réception de la réclamation écrite vous sera adressé dans les 10 jours de sa réception.

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

En tout état de cause, à l'expiration d'un délai de deux mois suivant l'envoi de la réclamation (cachet de la poste faisant foi), vous pouvez directement transmettre votre réclamation au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF
255 Rue de Vaugirard 75719 – PARIS CEDEX 15
Courriel : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

VOTRE COUVERTURE EN PRATIQUE

SOMMAIRE

COMMENT VOUS FAIRE REMBOURSER ?.....	20
LES PIECES JUSTIFICATIVES PAR TYPE DE DEPENSE.....	21
LE TIERS-PAYANT.....	21
LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE	22
L'ETUDE DE VOS DEVIS.....	22
COMMENT RECEVOIR VOS DECOMPTES ?	22
COMMENT SIGNALER UN CHANGEMENT DE SITUATION ?	22
VOTRE ESPACE EN LIGNE	23
LE RESEAU CARTE BLANCHE.....	24

1. | COMMENT VOUS FAIRE REMBOURSER ?

1.1 | QU'EST-CE QUE LA TELETRANSMISSION AVEC L'ASSURANCE MALADIE ?

Grâce à celle-ci, plus besoin de nous envoyer vos décomptes de l'Assurance Maladie. Celle-ci nous les transmet sous format informatique après avoir remboursé sa part. Dès votre affiliation enregistrée, So Lyon se charge de vous déclarer auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour mettre en place la télétransmission.

**Si votre décompte d'Assurance Maladie comporte le message
« SO'LYON MUTUELLE recevra directement ce décompte », inutile de nous l'adresser.**

1.2 | VOUS NE BENEFCIEZ PAS DE LA TELETRANSMISSION...

Adressez-nous les décomptes de l'Assurance Maladie ou, éventuellement, les décomptes établis par d'autres organismes complémentaires, ainsi que les pièces justificatives énoncées ci-après.

Vous pouvez à tout moment choisir de bénéficier de la télétransmission en nous adressant la photocopie de votre Attestation de Carte Vitale. N'hésitez pas à contacter votre Mutuelle.

1.3 | VOUS BENEFCIEZ DE LA TELETRANSMISSION...

Grâce à la télétransmission, il vous suffit d'envoyer à votre unité de gestion les pièces énoncées dans le tableau des pièces justificatives, accompagnées du papillon détachable de votre dernier décompte

SO' LYON MUTUELLE, à défaut, votre numéro de Sécurité sociale et votre numéro d'Unité de Gestion. Pensez à nous informer de toute modification susceptible de perturber la liaison (déménagement, inscription au régime étudiant ou entrée dans la vie active de votre enfant...).

BON A SAVOIR

LA TELETRANSMISSION NE PEUT FONCTIONNER QUE SUR UNE SEULE COMPLEMENTAIRE SANTE.

Dans ce cas, pour obtenir le remboursement supplémentaire, adressez à SO LYON les décomptes originaux de la complémentaire santé de votre conjoint.

1.4 | VOUS NE SOUHAITEZ PAS BENEFCIER DE LA TELETRANSMISSION...

Spécifiez-le auprès de votre unité de gestion en précisant les membres de la famille éventuellement concernés ou sur votre bulletin individuel d'affiliation

**Recevez directement vos remboursements par virement bancaire.
Ainsi, ils seront déjà versés sur votre compte lorsque vous recevrez votre décompte.**

2. | LES PIÈCES JUSTIFICATIVES PAR TYPE DE DEPENSE

N'attendez pas le remboursement de l'Assurance Maladie pour envoyer vos pièces justificatives à votre Mutuelle en indiquant votre numéro de Sécurité Sociale.

Actes nécessitant l'envoi de pièces justificatives
Lunettes
Lentilles cornéennes prises en charge par l'AM
Lentilles cornéennes non prises en charge par l'AM
Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires
Hospitalisation
Règlement des tickets modérateurs, notes d'honoraires réglées directement au praticien (hospitalisations), soins à l'étranger
Maternité
Maternité et cures thermales
Autres actes non pris en charge par l'Assurance Maladie

Pièces justificatives à envoyer à SO LYON
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Facture détaillée et acquittée ▫ Prescription médicale datant de moins de 3 ans
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Facture détaillée et acquittée ▫ Prescription médicale datant de moins d'1 an
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Facture détaillée et acquittée ▫ Prescription médicale datant de moins d'1 an
▫ Facture détaillée et acquittée
▫ Facture acquittée de l'établissement
▫ Facture détaillée et acquittée
▫ Extrait d'acte de naissance
▫ Factures justificatives des frais restant à charge
▫ Facture détaillée et acquittée

Pour les prestations d'un montant inférieur à 400€ et lorsque le bénéficiaire dispose de la télétransmission NOEMIE, les documents peuvent être scannés ou pris en photo de manière lisible et transmis par mail. La mutuelle se réserve le droit de demander les pièces originales par courrier en cas de besoin dans un délai d'un an.

3. | LE TIERS-PAYANT

3.1 | N'AVANCEZ PAS D'ARGENT, UTILISEZ VOTRE CARTE BLANCHE

Présentez votre Carte Blanche auprès des professionnels de santé appartenant au réseau Carte Blanche. Elle vous permet de ne pas avancer d'argent, dans la limite des garanties prévues à votre contrat et selon les accords passés :

- Pharmacie.
- Hôpitaux, cliniques, centres de soins.
- Laboratoires d'analyses, radiologie.
- Opticiens (sous réserve du respect de la grille tarifaire par l'opticien).
- Dentistes agréés (sous réserve du respect des accords tarifaires).



3.2 | ACCÉDEZ A UN RESEAU DE SOINS EN QUELQUES CLICS

En plus d'être une carte de Tiers-payant, votre Carte Blanche vous permet également de bénéficier d'un réseau de plus de 160.000 professionnels de santé en France. Rendez-vous sur votre espace personnel de notre site www.solyon-mutuelle.fr ou contactez nos téléconseillers pour les connaître.

Avec Carte Blanche, accédez à Guid'hospi, un outil Internet vous permettant de trouver en quelques clics le centre hospitalier le plus adapté à votre pathologie.

4. | LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Quelques jours avant votre hospitalisation, il vous suffit de faire une demande de prise en charge auprès de votre Unité de Gestion. Communiquez-nous, le nom et l'adresse de l'établissement de soins, le service (médecine, chirurgie...) et la date d'hospitalisation. En cas d'urgence, la prise en charge sera délivrée immédiatement sur simple demande de votre part ou de l'un de vos proches. Certains établissements de soins s'en chargent directement.

BON A SAVOIR

LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

La demande de prise en charge peut se faire directement par internet, dans votre espace personnel en remplissant un formulaire.

5. | L'ETUDE DE VOS DEVIS

N'hésitez pas à nous adresser par mail ou par courrier vos devis optiques et dentaires. Nous vous adresserons l'estimation de votre remboursement avant l'engagement des frais.

6. | COMMENT RECEVOIR VOS DECOMPTES ?

6.1 | PAR INTERNET

Vous souhaitez être informé en temps réel,

- Vous pouvez directement vous inscrire à partir de votre espace personnel afin de recevoir vos décomptes par e-mail,
- Vous pouvez également en faire la demande auprès de votre Unité de Gestion. Vous recevrez ainsi une alerte e-mail vous informant que votre dernier décompte est disponible sur votre espace personnel sur www.solyon-mutuelle.fr. Le décompte e-mail remplace le décompte papier. De plus, une copie est mise à votre disposition sur votre espace personnel en ligne pendant deux ans.

6.2 | PAR COURRIER

Lorsque vous avez des dépenses de santé, SO LYON vous envoie un décompte vous permettant de suivre le détail de vos remboursements.

7. | COMMENT SIGNALER UN CHANGEMENT DE SITUATION ?

7.1 | VOUS DEMENAGEZ

N'oubliez pas de nous indiquer votre nouvelle adresse et, si vous changez de Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la copie de votre nouvelle Attestation de Carte Vitale. En vous connectant à votre espace personnel, vous pouvez directement modifier vos coordonnées postales.

7.2 | VOUS CHANGEZ DE SITUATION DE FAMILLE

Si vous changez de situation de famille (mariage, concubinage, PACS, naissance d'un enfant, divorce, décès...) et que vous souhaitez inscrire ou radier un ayant-droit, il suffit de contacter SOLYON pour mettre à jour votre contrat.

Pour l'affiliation d'un enfant, pensez à bien indiquer le numéro de Sécurité sociale de rattachement du père ou de la mère qui sera communément utilisé par l'Assurance Maladie et SO'LYON.

7.3 | VOUS SOUHAITEZ MODIFIER VOS COORDONNEES BANCAIRES

Modifiez vos coordonnées bancaires directement en ligne sur votre espace personnel ou bien adressez à votre Unité de Gestion un Relevé d'Identité Bancaire avec votre numéro de Sécurité sociale ainsi que vos coordonnées.

8. | VOTRE ESPACE EN LIGNE

SO LYON a créé un espace entièrement sécurisé qui vous est consacré. Dans celui-ci vous pourrez gérer votre contrat et vous tenir informé.

8.1 | LA CONNEXION

Connectez-vous au site www.solyon-mutuelle.fr.

Votre identifiant correspond au code inscrit au verso de votre Carte Blanche après la mention « Identifiant Internet ».

Lors de la 1ère connexion, cliquez sur « Première connexion », saisissez votre Identifiant et validez. En fonction de votre choix, vous recevrez votre mot de passe par email ou par sms ou par voie postale.

Une fois votre mot de passe reçu, reconnectez-vous et modifiez votre mot de passe.

Vous avez oublié votre mot de passe : cliquez sur « Mot de passe oublié » et renseignez votre identifiant internet. Un nouveau mot de passe vous sera alors envoyé.

8.2 | PLUS DE SERVICES INTERNET

- Consulter vos décomptes.
- Demander une prise en charge hospitalière.
- Accéder au réseau de soins.
- Télécharger les modèles de devis optiques et dentaires.
- Retrouver les coordonnées de votre Unité de Gestion.
- Demander une Carte Blanches supplémentaire.

9. LE RESEAU CARTE BLANCHE

Carte Blanche a été créé en 2001 en partenariat avec SO LYON dans l'objectif de constituer un réseau de professionnels de santé, respectant des critères qualitatifs et tarifaires rigoureux. Carte Blanche propose de l'information santé et oriente les affiliés dans le système de soins.

- Plus de 160.000 professionnels de santé membres dans la France entière répondant aux normes Carte Blanche.
- Un site Internet riche proposant de nombreux services et informations pratiques pour l'affilié.
- L'accompagnement et l'orientation des affiliés dans leurs démarches de santé.
- La dispense d'avance de frais ou tiers-payant chez de nombreux professionnels de santé.
- Des conditions tarifaires pour les affiliés sur les postes représentant des dépenses importantes (grille optique).
- L'assurance d'être soigné dans un environnement médical sécurisé et dans des conditions de confort optimum.

Carte Blanche accrédite chaque professionnel de santé selon des accords et des critères stricts. Afin de garantir à l'affilié le meilleur réseau médical, l'adhésion d'un professionnel de santé au réseau Carte Blanche ne donne lieu à aucune contrepartie financière, d'aucune sorte.

BON A SAVOIR

BONASAVOIR

- Retrouvez le guide «Tout savoir sur Carte Blanche »
Dans la rubrique «Réseau de soins » de votre espace personnel en vous connectant sur notre site Internet.





Vos interlocuteurs gestion

Téléphone

04 27 19 02 19

Email

gestion@solyon-mutuelle.fr

Adresse postale

So'lyon Mutuelle Contrats Collectifs
28 rue Narcisse Bertholey
69600 OULLINS-PIERRE-BENITE



SLM

SO'LYON MUTUELLE

VOS GARANTIES

GARANTIES

NIVEAUX DE GARANTIES

Remboursement du RO et de la Mutuelle, en % de la Base de Remboursement (BR / TRSS / TA) ou forfaits sans intervention du RO

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée • **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale • **RO** : Régime Obligatoire

SOINS COURANTS

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un DPTAM sont pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à un DPTAM, tels qu'indiqués ci-dessous, minorés d'au moins 20 % du tarif de responsabilité

Honoraires :

Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125 %	150 %	200 %
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105 %	130 %	180 %
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	200 %	250 %
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130 %	180 %	200 %
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	200 %	250 %
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130 %	180 %	200 %
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100 %	125 %	200 %
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100 %	105 %	180 %
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sage-femmes)	100 %	125 %	150 %
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100 %	100 %	100 %
Analyse et examens de laboratoires	100 %	125 %	150 %
Frais de transport	100 %	100 %	100 %

Médicaments :

Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100 %	100 %	100 %
Vaccins antigrippaux	100 %	100 %	100 %
Vaccins	100 %	100 %	100 %
Contraception sur prescription	100 %	100 %	100 %
Substituts nicotiques	150 €	150 €	150 €

Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif) :

Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200 %	300 %	400 %
---	-------	-------	-------

Prestations non-remboursées par l'Assurance Maladie

Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garantie	Garantie	Garantie
Pharmacie homéopathique (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : Acupuncture, chiropractie, diététique, étiopathie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, soins pédicures et podologues, kinésiologie, réflexologie, psychothérapie, recours aux psychologues, psychomotriciens, reflexologues et sophrologues	100 €	125 €	200 €

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un DPTAM sont pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à un DPTAM, tels qu'indiqués ci-dessous, minorés d'au moins 20 % du tarif de responsabilité

Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	200 %	250 %
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130 %	180 %	200 %
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	200 %	250 %
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130 %	180 %	200 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %
Soins thermaux	100 % + 150 €	100% + 200 €	100% + 250 €

Prestations non-remboursées par l'Assurance Maladie

Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

GARANTIES

NIVEAUX DE GARANTIES

Remboursement du RO et de la Mutuelle, en % de la Base de Remboursement (BR / TRSS / TA) ou forfaits sans intervention du RO

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée • **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale • **RO** : Régime Obligatoire

OPTIQUE ⁽¹⁾

Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100 €. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Équipement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée

Équipement complet



Remboursement intégral

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée

Remboursement de l'équipement (limité à 100 € pour la monture) :

a) Équipement à verres simples	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Équipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du RO. Cumulable avec le forfait lunette.	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%

Prestations non-remboursées par l'Assurance Maladie

Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	200 €	300 €	400 €

DENTAIRE

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100 %	125 %	150 %
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100 %	105 %	130 %
Traitement d'orthodontie	200 %	300 %	400 %
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :			
• Panier de soins 100 % Santé sans reste à charge (Convention article L 162-9 CSS)		Remboursement intégral	
• Panier de soins aux tarifs maîtrisés	200 %	300 %	400 %
• Panier de soins aux tarifs libres	200 %	300 %	400 %

Prestations non-remboursées par l'Assurance Maladie

Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

AIDES AUDITIVES

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans

Équipement 100 % Santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée

Équipement complet



Remboursement intégral

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée

Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

AUTRES PRESTATIONS

Prestations remboursées par l'Assurance Maladie

Actes de Prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :

• Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
• Détartrage annuel complet	100 %	100 %	100 %
• Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
• Dépistage hépatite B	100 %	100 %	100 %
• Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
• Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
• Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100 %	100 %	100 %

Prestations non-remboursées par l'Assurance Maladie

Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	250 €	250 €	250 €
Assistance ⁽²⁾	Garantie	Garantie	Garantie

⁽¹⁾ OPTIQUE : DESCRIPTIF DES ÉQUIPEMENTS

a) Equipement simple	Equipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
b) Equipement mixte	Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
c) Equipement complexe	Equipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs
d) Equipement mixte	Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
e) Equipement complexe et très complexe	Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
f) Equipement très complexe	Equipement pour adultes à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(2) ASSISTANCE : des services de qualité (Sous réserve des conditions de prise en charge décrites dans la Notice d'Information)

Je contacte les services Assistance au 04 27 19 02 19 (appel non surtaxé) ou en ligne sur <https://solyon-mutuelle.ima-sante.com>

Dès la souscription de mon contrat	Informations juridiques (famille, santé, retraite, dépendance, ...) et médicales / Prévention des TMS et du stress au travail ...
En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation	Aide à domicile / Présence d'un proche / Services de proximité / Préparation du retour au domicile / Prise en charge des enfants – de 16 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) / Prise en charge des ascendants ...
En cas d'événement traumatisant	Soutien psychologique
Liées à la maternité	Aide à domicile / Prise en charge des enfants – de 16 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) ...
En cas de maladie redoutée	Aide à domicile / Téléassistance / Services travaux pour aménagement du domicile / ...
En cas de décès	Aide à la recherche d'un prestataire funéraire / Accompagnement suite-décès ...
En cas de chirurgie ambulatoire	Aide à domicile / Présence d'un proche / Services de proximité / Prise en charge des enfants – de 16 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) ...