RÈGLEMENT MUTUALISTE GÉNÉRAL

DÉDIÉ UNIQUEMENT AUX OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

Approuvés par l'Assemblée Générale du 26 juin 2025

1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 > **OBJET**

Le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels réciproques existant entre les membres participants et la Mutuelle.
Il décrit la nature et le contenu des garanties auxquelles les membres participants de la Mutuelle peuvent accéder et dont ils peuvent faire bénéficier leurs ayants droit.
Il précise les modalités de souscription de ces garanties ainsi que leur durée.
Le règlement mutualiste définit aussi les modalités de calcul des cotisations.

Conformément à l'article L.221-5 du Code de la Mutualité, toute modification du présent Règlement Mutualiste, tant en ce qui concerne les cotisations qu'en ce qui concerne les prestations (et ce aussi bien à la hausse qu'à la baisse), est portée à la connaissance des membres participants.
Conformément à l'article L.114-7 du Code de la Mutualité, toute modification des montants des cotisations ainsi que des prestations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Ces modifications sont portées à la connaissance de chaque membre participant de manière individuelle par courrier simple, ou au moyen d'un support durable au sens de l'article L221-6-4 du code de la mutualité (en ce compris le mail) ou via le bulletin « L'hirondelle » qui lui est adressé 2 fois par an par courrier ou par mail.
Lorsque ces modifications portent sur le niveau des prestations ou des cotisations, le membre participant disposera à compter de la notification de la modification d'un délai de 30 jours pendant lequel il pourra dénoncer son adhésion à la mutuelle s'il n'est pas d'accord avec les modifications apportées.

De plus, les éventuelles modifications relatives aux montants ou taux de cotisations sont récapitulées dans l'appel de cotisations que le membre participant reçoit, au titre de l'année suivante.

Le présent règlement se compose de deux parties :
- une partie intitulée « CLAUSES GENERALES » qui comporte les clauses générales applicables aux membres participants de la mutuelle adhérant de manière individuelle au règlement mutualiste ;
- une deuxième partie intitulée « CLAUSES PARTICULIERES » qui vient compléter les « CLAUSES GENERALES » du règlement mutualiste et qui comporte les garanties et les cotisations applicables à chaque garantie.

Les dispositions des clauses particulières du règlement prévalent, en cas de contradiction, sur celles des clauses générales.

Le bulletin d'adhésion à la mutuelle précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations d'assurance ainsi que la formule de garanties choisie par le membre participant. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Intérieur et des droits et obligations définis par le Règlement Mutualiste conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

En application de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, la mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

L'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la mutuelle. Chaque garantie en inclusion est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

La Mutuelle peut fournir ou mettre à disposition des informations ou des documents à un membre participant ou à un ayant droit sur un support durable autre que le papier. La Mutuelle vérifie au préalable que ce mode de communication est adapté à la situation de ce membre ou de cet ayant droit et s'assure qu'il est en mesure de prendre connaissance de ces informations et documents sur le support durable envisagé.

Le membre participant ou l'ayant droit fournit à cette fin une adresse électronique qui est vérifiée par la mutuelle. Après ces vérifications, la mutuelle informe le membre participant ou l'ayant droit de la poursuite de leurs relations sur un support durable autre que le papier. La mutuelle renouvelle ces vérifications annuellement. Les membres participants et ayants droit peuvent s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

Le membre participant peut, à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de ses relations avec la mutuelle. Le membre ou l'ayant droit peut par ailleurs effectuer, dans les mêmes conditions, l'ensemble des formalités et obligations qui lui incombent sur tout autre support durable convenu avec la Mutuelle.

ARTICLE 2 > **PRISE D'EFFET DES GARANTIES**

L'adhésion à la mutuelle et les garanties prennent effet pour les opérations individuelles :
- Pour les membres participants : le 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle accompagné des pièces mentionnées au bulletin d'adhésion.
- Pour les ayants droit nés avant l'acceptation de l'adhésion : le 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.
- Pour les ayants droit nés après l'acceptation de l'adhésion : le jour de leur naissance.

La mutuelle peut être amenée à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un membre participant ou d'un ayant droit.
En application de l'article L223-1 du code de la consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site www.bloctel.gouv.fr

ARTICLE 3 > **FACULTÉ DE RÉTRACTATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE, PAR CORRESPONDANCE, VIA INTERNET, À LA SUITE D'UN DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE OU HORS ÉTABLISSEMENT DE LA MUTUELLE**

À compter de la prise d'effet des garanties ou à compter de la date de réception par le membre participant des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'article L221-18 du code de la mutualité si cette réception est postérieure, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion.

Le membre participant a le droit de renoncer sans donner de motif ni supporter de pénalités.

Le délai de renonciation expire 14 jours à compter de la prise d'effet des garanties ou à compter de la date de réception par le membre participant des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'article L221-18 du code de la mutualité si cette réception est postérieure, étant précisé que :

- le jour où le contrat est conclu ou le jour où le membre participant reçoit les informations mentionnées à l'article L221-18 du code de la mutualité n'est pas compté dans le délai de 14 jours ;
- le délai commence à courir au début de la première heure du premier jour et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour du délai de 14 jours ;
- Si le délai de 14 jours expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Pour exercer son droit de renonciation, le membre participant doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté.
Le membre participant peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le membre participant transmette sa communication relative à l'exercice du droit de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation.

En cas de renonciation par le membre participant, la mutuelle rembourse tous les paiements reçus du membre participant au plus tard trente jours à compter du jour où la mutuelle est informée de la décision de renonciation du membre participant. La mutuelle procédera au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé par le membre participant pour la transaction initiale, sauf s'il est convenu expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour le membre participant.

Si le membre participant a demandé à la mutuelle le versement de prestations dans le délai de renonciation de 14 jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation puisqu'il a demandé expressément l'exécution du contrat par la mutuelle. La totalité de la cotisation annuelle est due par le membre participant à la Mutuelle.

Modèle de formulaire type de renonciation :

(À compléter et renvoyer par le membre participant uniquement si celui-ci souhaite renoncer à son adhésion)

À l'attention de la Mutuelle à l'adresse postale suivante :
187, boulevard Anatole France - 93200 SAINT DENIS
ou par mail à l'adresse mail suivante : mutuelle@pleyel-sante.fr
« Je vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion à la mutuelle PLEYEL SANTÉ.
Nom du membre participant :.....*
Adresse du membre participant :.....*
Signature du membre participant (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier) :.....*
Date :.....*»

** rubriques à compléter par le membre participant*

Rappel du premier alinéa de l'article L221-18-1 du code de la mutualité :
« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités »

ARTICLE 4 > **DURÉE DE L'ENGAGEMENT**

4.1 Les garanties sont souscrites pour une année civile (du 1er janvier au 31 décembre minuit).

Si une adhésion intervient en cours d'année, les garanties sont valables jusqu'au 31 décembre minuit de l'année en cours.

L'adhésion à la mutuelle et les garanties se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, pour une durée d'un an, sauf résiliation, radiation ou exclusion dans les conditions prévues aux articles 8, 9 et 10 des statuts de la Mutuelle.

4.2 Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant à la mutuelle une notification, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité et listés à l'article 4-5 ci-après au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La demande prend effet le 31 décembre de l'année en cours à minuit.

4.3 Pour une opération individuelle à caractère non professionnel, selon les dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

4.4 Conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, le Membre Participant peut dénoncer son adhésion à la Mutuelle à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de son adhésion, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le Membre Participant.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée dans les conditions prévues au premier alinéa du présent 4-4, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

4.5 Selon l'article L221-10-3 du code de la mutualité, lorsque le membre participant a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement, la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

1 – Soit par lettre ou tout autre support durable.
2 – Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle.
3 – Soit par acte extrajudiciaire.
4 – Soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

À compter de la date d'application des dispositions de l'article 17 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022, lorsque l'adhésion a été conclue par voie électronique, ou est intervenue par un autre moyen et que la Mutuelle, au jour de la résiliation par le Membre participant, offre aux intéressés la possibilité d'adhérer à un règlement par voie électronique, la résiliation est rendue possible selon cette modalité. Une fonctionnalité gratuite permettant d'accomplir, par voie électronique la notification et les démarches nécessaires à la Résiliation est mise à disposition sur le site internet de la Mutuelle suivant : www.pleyel-sante.fr.

4.6 Les garanties cessent lorsque l'adhésion à la mutuelle est rompue par démission, résiliation, radiation ou exclusion de la Mutuelle, dans les conditions définies aux statuts.

Les demandes de cessation de garanties facultatives, hors rupture de l'adhésion à la mutuelle, obéissent aux mêmes règles.

Le membre participant venant à bénéficier de l'Aide à la Complémentaire Santé prévue par l'article L861-1 du code de la sécurité sociale voit son adhésion suspendue pendant l'application du dispositif, à condition qu'il en ait informé la Mutuelle au moyen d'un support durable parmi ceux listés à l'article 4-5 ci-dessus.

ARTICLE 5 > FAUSSE DÉCLARATION

5.1 Fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

5.2 Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.
Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du Règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.
La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

5.3 Fausse déclaration en cas de demande de versement de prestations

Le Membre Participant ou l'assuré qui effectue une déclaration de mauvaise foi intentionnelle ou avec une intention frauduleuse à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

ARTICLE 6 > PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle, sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1 – **En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.**
2 – **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, 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 peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription c'est à dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.
Pour la prescription biennale, conformément à l'article L221-12 du code de la mutualité, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'expert à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription biennale peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par le bénéficiaire ou l'Ayant droit à la mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressée par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.
Le recours à la médiation suspend la prescription.

ARTICLE 7 > INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par la mutuelle auprès de ses membres participants et de leurs ayants droit ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la mutuelle conformément à son objet.

Leur non transmission par le membre participant ou ses ayants droit rendra donc impossible l'exécution du contrat par la mutuelle.

Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant ou ses ayants droit bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, distributeurs d'assurances, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires dans le cadre des procédures de télétransmission.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excédera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées, c'est à dire une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription.

Conformément aux dispositions applicables, le membre participant, les ayants droit, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la mutuelle, disposent du droit de demander à la Mutuelle l'accès à leurs données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Ils disposent également d'un droit d'opposition au traitement de ces données, d'un droit à leur portabilité et du droit de retirer leur consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur un consentement effectué avant le retrait. Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la Protection des Données de la mutuelle à l'adresse du siège social de la mutuelle.

Le membre participant et ses ayants droit disposent aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après leur décès. (Ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés après son décès les droits rappelés ci-dessus).

Le membre participant et ses ayants droit peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés dont les coordonnées sont les suivantes : 3 place de Fontenoy- TSA 80715- 75334 Paris Cedex 07. Tél : 01 53 73 22 22.

ARTICLE 8 > DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses Membres participants.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux Membres participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

ARTICLE 9 > LOI ET LANGUE APPLICABLES – JURIDICTION COMPÉTENTE

Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la mutuelle sont régies par la Loi française.

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

La langue française est la langue applicable au présent Règlement Mutualiste qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

En cas de litige avec la mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (Tribunal judiciaire).

ARTICLE 10 > **RÉCLAMATION**

Lorsqu'une personne a formulé une requête auprès de la mutuelle et n'a pas eu satisfaction, elle doit adresser une réclamation écrite à la mutuelle soit par lettre au siège de la mutuelle situé 187 Boulevard Anatole France 93200 Saint Denis, soit par mail à l'adresse mail suivante : mutuelle@pleyel-sante.fr

Toute réclamation doit être obligatoirement adressée à la mutuelle dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Pour toute réclamation la Mutuelle s'engage à en accuser réception dans un délai de dix jours ouvrables et à donner une réponse écrite dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

ARTICLE 11 > **LITIGES ET MÉDIATION**

Si un désaccord persiste, le membre participant a la possibilité de saisir le Médiateur de la consommation dont relève la mutuelle.

Le médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle est le médiateur de la FNMF. Ce médiateur de la consommation peut être saisi par courrier ou sur le site Internet du Médiateur, aux coordonnées suivantes :

Par courrier :
Monsieur le médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Par mail :
www.mediateur-mutualite.fr

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- Le membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite (étant précisé que le médiateur de la consommation peut, en tout état de cause, être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite à la mutuelle, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu).
- La demande est manifestement infondée ou abusive.
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal.
- Le membre ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la mutuelle.
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

Le recours à la médiation suspend la prescription en application de l'article 2238 du code civil.

ARTICLE 12 > **AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉGULATION**

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

2 OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 13 > OBLIGATION DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les membres participants s'engagent au paiement des cotisations définies par les CLAUSES PARTICULIERES en contrepartie de la couverture correspondant aux garanties souscrites, pour eux et leurs ayants droit. Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. À titre de faveur, elles peuvent néanmoins être fractionnées.

Les avis d'échéance sont adressés au cours du deuxième semestre de l'année.

Le paiement est effectué annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, selon le choix exprimé par le membre participant au moment de son adhésion ou ultérieurement.

Le mode de paiement normal est le prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, dans le cadre des opérations individuelles. À défaut de prélèvement automatique possible, le paiement par chèque ou par tout autre moyen de paiement légalement admis sera accepté. Les cotisations ou fractions de cotisations doivent être encaissées le 10 ou le 15 du mois concerné. En cas de défaut de paiement d'une ou plusieurs cotisations ou fractions de cotisations et conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, la Mutuelle se réserve le droit de suspendre puis, éventuellement, résilier les garanties souscrites.

Par ailleurs, tout membre participant en situation d'impayés s'expose au paiement de frais de poursuite et de recouvrement en application de l'alinéa 4 de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité.
En application de cet article L221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement par le membre participant 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 contractuel en justice, les garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du membre participant.

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

À défaut de paiement, la mutuelle a alors le droit de résilier ses garanties et de prononcer la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé que le défaut de paiement peut 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 les cotisations arriérées ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

En toute hypothèse, il appartiendra au membre participant de vérifier régulièrement que ses cotisations ou fractions de cotisations ont bien été encaissées.
Les éventuels frais de rejet seront facturés au membre participant. Les cotisations sont forfaitaires. Elles sont évaluées au prorata du nombre mois de couverture à courir, arrondi à l'entier supérieur.

Les modalités de calcul et tarifs de ces cotisations sont définis dans les clauses particulières.

Elles sont déterminées en fonction des critères suivants :
- la situation matrimoniale du membre participant,
- son âge,
- le nombre d'ayants droit à sa charge,
- le niveau de couverture choisi.

L'âge du membre participant pris en compte pour la détermination des cotisations est celui qu'il atteindra au cours de l'année facturée.

Les autres critères de référence sont ceux dont la Mutuelle aura été en mesure de prendre connaissance avant l'émission de l'avis d'échéance annuel ou, en cas de changement de situation ultérieur, conformément aux dispositions de l'article 15 du présent règlement.

ARTICLE 14 > OBLIGATION DE COMMUNICATION DE PIÈCES

Toutes les pièces sollicitées par la Mutuelle à l'occasion de l'adhésion ou d'une demande de prise en charge sont nécessaires à l'instruction du dossier et doivent lui être communiquées. À défaut, la Mutuelle ne pourra servir ses prestations.

Lorsque le versement des prestations n'intervient pas dans le cadre d'échanges de données informatisées, pour bénéficier des prestations le membre devra fournir les justificatifs suivants :
- les originaux des bordereaux de remboursement du régime obligatoire
- les originaux des factures acquittées
- les duplicatas de décomptes provenant d'ameli.fr ou d'autres portails de régime obligatoire.

à titre de justificatifs, seuls des documents originaux font foi.
Par ailleurs, le membre participant devra spontanément adresser à la Mutuelle, chaque année, à la rentrée, les certificats de scolarité de ses ayants droit âgés de plus de 18 ans poursuivant leurs études.

ARTICLE 15 > OBLIGATION DE SIGNALEMENT DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION

Les membres participants doivent impérativement signaler à la Mutuelle, dans les deux mois qui suivent l'événement, par lettre recommandée avec accusé de réception, les changements suivants survenant dans leur situation ou celle de leurs ayants droit :
- changement de situation personnelle ou familiale, notamment :
  - nouvelle adresse,
  - nouveau numéro de téléphone,
  - droit à l'Aide à la Complémentaire Santé prévue à l'article L861-1 du code de la sécurité sociale,
  - mariage, PACS ou concubinage,
  - naissance ou adoption,
  - divorce ou séparation,
  - travail, pour les enfants âgés de plus de 18 ans,
  - décès,
- changement de situation professionnelle notamment (départ à la retraite...).

Si le changement de situation entraîne une baisse de la cotisation ou la délivrance de prestations, celle-ci prendra effet à compter de la date d'accusé du dépôt du recommandé, le cachet de la poste faisant foi, à condition que le changement ait été notifié dans le délai prescrit ci-avant. **Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite régulièrement et dans le délai de deux mois, la Mutuelle ne pourra être tenue pour responsable des conséquences. Le changement ne pourra alors être pris en considération qu'à la date de la connaissance de ce changement par la mutuelle.**

En revanche, si le changement de situation, quelles que soient la date ou la façon dont il aura été porté à la connaissance de la Mutuelle, implique une hausse de la cotisation, celle-ci prendra effet, à la date de la connaissance de ce changement par la mutuelle.

3 PRESTATIONS SERVIES PAR LA MUTUELLE

ARTICLE 16 > **PRESTATIONS D'ASSURANCE**

Les membres participants ont droit, en contrepartie du paiement des cotisations, aux prestations d'assurance de la Mutuelle, en cas de dommages corporels causés par la maladie ou un accident ou la maternité et ce en vue de rembourser tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de validité de la garantie, en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Le détail des niveaux de garantie et prestations correspondantes figure dans les clauses particulières.
Les prestations d'assurance servies par la Mutuelle viennent en complément de celles versées par les régimes de Sécurité Sociale.
Les actes non inscrits à la nomenclature de la Sécurité Sociale et, à ce titre, non indemnisés par cet organisme, ne donnent lieu à aucune prestation, sauf clauses contraires stipulées dans les clauses particulières.

Toutes les prestations d'assurance versées par la Mutuelle sont solidaires et responsables.

1. Solidaires

La loi qualifie une garantie frais de santé de solidaire lorsque la mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

2. Responsables

Conformément aux dispositions des articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale, le montant des prestations prises en charge par la mutuelle inclut au minimum :

- La prise en charge intégrale de la participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L160-13 du code de la sécurité sociale pour les prestations couvertes par un régime obligatoire y compris les actes de prévention **(cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R160-5 du code de la sécurité sociale)**.
- La prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article.
- Les frais de soins dentaires prothétiques exposés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.
- La prise en charge intégrale, et sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier dans les établissements hospitaliers **(étant précisé que le forfait hospitalier n'est pas pris en charge par la mutuelle dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)).**
- Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1

  Conformément à ces mêmes dispositions du code de la sécurité sociale, **en cas de prise en charge par les dispositions indiquées aux clauses particulières**, le montant des prestations versées par la mutuelle, pour les garanties suivantes, ne sera pas inférieur aux minimas **ni supérieur aux maximas fixés par l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale pour** :
- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.
- Les frais exposés pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel autres que ceux du 100 % santé.

Les remboursements en optique, autres que ceux concernant les dispositifs inclus dans le 100 % santé, s'effectuent toujours dans la limite des planchers et des plafonds prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale en fonction des corrections visuelles.

Dans tous les cas la prise en charge d'une monture est toujours limitée à 100 euros

- Les appareils appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (100 % santé) au maximum le montant prévu aux Clauses particulières et en tout état de cause au maximum le montant prévu par l'article R871-2 du code de la sécurité sociale.

En application des dispositions des articles L871-1 et R871-1 du code de la sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- **la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **la majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L162-5-3 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'Ayant droit âgé de 16 ans ou plus) ;**
- **la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),**
- **tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.**

Il est à noter que le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si le membre participant ou l'assuré ne respecte pas le parcours de soins coordonnés. **Sont exclues de prise en charge par la mutuelle les modulations du ticket modérateur liées à la sanction sur les remboursements de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins.**

La mutuelle communique préalablement à l'adhésion et annuellement aux membres participants :

- d'une part le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par la mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties,
- d'autre part le montant et la composition de ses frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

Ces éléments figurent en annexe au règlement mutualiste.
Les garanties en optique comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique médicale tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf dans les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu par le code de la sécurité sociale - notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (un équipement par an et par bénéficiaire).

Ce délai de deux ans est fixe et ne peut être ni réduit ni allongé. Il s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
Pour les prothèses auditives, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Enfin la mutuelle permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.
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 et de ses ayants droit de toute nature après les remboursements auxquels ils ont droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

À cet égard, les intéressés doivent fournir tous les justificatifs des dépenses engagées et tous les décomptes établis par la Sécurité Sociale et les autres organismes intervenants.

Grâce à une liaison directe entre PLEYEL SANTE et le régime obligatoire de la Sécurité Sociale (NOEMIE), les remboursements sont accélérés, les membres participants n'ayant pas à transmettre leurs décomptes à PLEYEL SANTE. Mais cette télétransmission par NOEMIE n'est pas un service obligatoire, juste une organisation destinée à faciliter les remboursements. En cas d'interruption de la télétransmission (NOEMIE), devront donc obligatoirement être transmis à la mutuelle les justificatifs papier destinés à permettre le remboursement.

Le paiement des prestations d'assurance est assuré par virement sur le compte bancaire ou postal de l'intéressé.

Les décomptes sont adressés à chaque adhérent, par courrier ou par mail.

Le paiement des prestations par la mutuelle intervient, après réception de toutes les pièces justificatives nécessaires, dans un délai de 7 jours. Clause de compensation : les indus peuvent être récupérés par la mutuelle sur des prestations ultérieures.

ARTICLE 17 > **PRESTATIONS SOCIALES**

Outre les prestations d'assurance versées en contrepartie du paiement des cotisations, des prestations sociales, déterminées forfaitairement chaque année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle et ne donnant pas lieu au paiement de cotisations supplémentaires, peuvent être servies.

À cet égard, une allocation « naissance » est accordée aux parents membres participants, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance ou d'un extrait d'adoption ou d'un certificat d'accouchement, si l'enfant est mort-né, à condition que l'accouchement soit intervenu, au plus tôt, dans le 7e mois de grossesse.
Pour pouvoir prétendre à cette allocation, le parent membre participant doit cependant être adhérent de la Mutuelle depuis au moins six mois.
En cas de naissances multiples, la prestation est due pour chaque enfant. De plus, lorsque les parents cotisent tous deux à la Mutuelle, l'allocation est doublée pour chaque enfant.

Des aides exceptionnelles, prises sur un fonds spécial dit « Fonds social », que détermine annuellement l'Assemblée Générale, peuvent être accordées, discrétionnairement, par le Bureau du Conseil d'Administration, aux membres participants et ayants droit, pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessures ou accident, sur présentation d'un dossier comportant tous justificatifs et explications utiles relatives à l'événement ou à la conjoncture à l'origine de la demande.

ARTICLE 18 > **FIN DU VERSEMENT DES PRESTATIONS**

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, résiliation, radiation ou exclusion de la Mutuelle sauf si elle correspond à une créance née pendant la période de validité de l'adhésion du membre participant ou de l'ayant droit au règlement mutualiste.

Seuls les soins dont la date d'exécution se situe après la date de prise d'effet de l'adhésion à la mutuelle et avant la date de fin de cette adhésion à la mutuelle peuvent donc donner lieu à prise en charge par la mutuelle.

ARTICLE 19 > **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, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve (article L. 224-9 du Code de la Mutualité).

ANNEXE AU RÈGLEMENT MUTUALISTE OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

POINT 1

Article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale
Garanties responsables
Informations obligatoires communiquées par la Mutuelle

Ces informations obligatoires correspondent à deux ratios, à la composition des frais de gestion et à divers paragraphes supplémentaires dont la rédaction est codifiée.

- Le premier ratio, exprimé en pourcentage, correspond au ratio entre d'une part le montant des prestations versées et provisionnées par la Mutuelle, au titre de l'exercice 2025, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2025, pour les mêmes garanties. Il s'élève à quatre-vingt-un virgule cinquante-trois pour cent.
- Le deuxième ratio, exprimé en pourcentage, correspond au ratio entre d'une part le montant total des frais de gestion de la Mutuelle, au titre de l'exercice 2025, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2025, pour les mêmes garanties. Il s'élève à vingt pour cent.
- Composition des frais de gestion : frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques nettes affectés aux garanties « remboursement frais de santé » au sens du document prudentiel annuel dénommé « état ACPR FR 13-03-01 »

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

POINT 2

Pour faciliter la lecture du Règlement Mutualiste, la Mutuelle invite les Membres Participants à consulter le glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) disponible sur le site internet : www.unocam.fr.
Ce glossaire n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les Membres Participants.