



INFORMATIONS

contractuelles & réglementaires

GARANTIE MUTUELLE SANTÉ

- ★ Prestations au 1^{er} janvier 2024
- ★ Liste Audiens Bien-être santé
- ★ Service assistance à domicile vie quotidienne
- ★ Cotisations au 1^{er} janvier 2024
- ★ Statuts, règlement intérieur et règlement mutualiste général de la mutuelle assurant et gérant les garanties d'Audiens santé
- ★ Fiche d'information



PRESTATIONS AU 1^{ER} JANVIER 2024

Garantie Mutuelle des Gens de Lettres

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires.

Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale sauf pour les lentilles correctrices et la cure thermale.

	Niveau 1	Niveau 2
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
* Consultation et visite généraliste, spécialiste, sage-femme (hors hospitalisation)	160% BR (135% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)	185% BR (140% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
* Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	160% BR (135% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)	185% BR (140% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
* Actes d'imagerie médicale	160% BR (130% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)	185% BR (140% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
Analyses et examens de laboratoire	160 % BR	185 % BR
Honoraires paramédicaux Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédiçures-podologues, Orthophonistes, Orthoptistes)	160 % BR	205 % BR
Matériel médical		
* Produits (petit appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (hors aides auditives, prothèses dentaires et grand appareillage)	180% BR	240% BR
* Grand appareillage inscrit sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Ss	230 % BR	330 % BR
Médicaments		
* Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR
* Médicaments remboursés à 30 et 15 %		
Transport (hors hospitalisation et cure thermale)	210 % BR	260 % BR

DENTAIRE

Soins		
* Soins dentaires conservateurs ou de prévention (y compris inlays-onlays)	200 % BR	250 % BR
* Actes techniques	180 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires 100 % Santé¹		
Prothèses dentaires 100 % Santé	100 % des HLF	100 % des HLF
Prothèses dentaires hors 100 % Santé		
* Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	320 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF
* Prothèses dentaires à tarifs libres	320 % BR	400 % BR
Orthodontie		
Orthodontie	350 % BR	430 % BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)		
* Implantologie dentaire (chirurgie et connectique implantaire)	400 € / an / bénéficiaire	500 € / an / bénéficiaire
* Prothèses dentaires	350 € / prothèse (max 3 prothèses / an / bénéficiaire)	450 € / prothèse (max 3 prothèses / an / bénéficiaire)
* Orthodontie adulte et enfant	1160 € / an / bénéficiaire	1350 € / an / bénéficiaire

	Niveau 1	Niveau 2
--	----------	----------

OPTIQUE²

Équipement :

Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres. Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'Institution remboursera la composante :

- classe A, à hauteur du prix limite de vente ;
- classe B, à hauteur de la garantie « Équipement hors 100 % santé » déduction faite du remboursement de la composante classe A et le cas échéant dans la limite de 100 € pour la monture.

Délais de renouvellement :

Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse **un équipement** – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les :

- * **24 mois** pour les bénéficiaires de **16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue** ;
- * **12 mois** pour les bénéficiaires de **moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue** ;
- * **6 mois** pour les bénéficiaires **jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.**

Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition d'au moins une des deux composantes de l'équipement et ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

Équipement 100% santé³ Classe A : équipement, prestations d'appariage et suppléments	100 % du PLV	100 % du PLV
Équipement hors 100% santé (dont 100 € maximum au titre de la monture)		
* Classe B : équipement avec deux verres faible correction	300 €	420 €
* Classe B : équipement avec 1 verre faible correction + 1 verre moyenne correction	400 €	560 €
* Classe B : équipement avec 1 verre faible correction + 1 verre forte correction	500 €	610 €
* Classe B : équipement avec 2 verres moyenne correction	600 €	700 €
* Classe B : équipement avec 1 verre moyenne correction + 1 verre forte correction	700 €	750 €
* Classe B : équipement avec 2 verres forte correction	750 €	800 €
Lentilles correctrices Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire 100 % TM au-delà pour les lentilles correctrices remboursées uniquement.	250 € par an et par bénéficiaire 100 % TM au-delà pour les lentilles correctrices remboursées uniquement.
Suppléments		
* Prestation d'adaptation de la prescription médicale	100 % BR	100 % BR
* Autres suppléments		
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)		
* Chirurgie réfractive de l'oeil	250 € / œil	300 € / œil

HOSPITALISATION (y compris frais d'accouchement et à l'exclusion des établissements médico-sociaux)

Honoraires

* Consultation	160% BR (135% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)	185 % BR (140% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
* Acte Techniques	160% BR (135% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)	185 % BR (140% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
Frais de séjour	235 % BR	235 % BR
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale	100 % des frais réels	
Transport	210 % BR	260 % BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)		
* Chambre particulière avec ou sans nuitée	60 € par jour	85 € par jour
* Lit accompagnant enfant moins de 12 ans	1,5 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour

AIDES AUDITIVES²

Délais de renouvellement : Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, **l'Institution rembourse une aide auditive par oreille tous les 48 mois** à compter de la date d'acquisition de celle-ci, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacun des équipements.

équipements 100 % santé⁴ Aides auditives classe I	100 % du PLV	100 % du PLV
équipements hors 100 % santé Aides auditives classe II	150 % BR dans la limite de 1700 € par aide auditive	250 % BR dans la limite de 1700 € par aide auditive
Consommables, piles et accessoires Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	260 % BR	360 % BR

	Niveau 1	Niveau 2
CURE MEDICALE		
Cure thermale (traitement thermal, hébergement et transport)	10 % PMSS / an / bénéficiaire	15 % PMSS / an / bénéficiaire

FORFAIT ACTES LOURDS		
Forfait actes lourds non remboursé par la Ss et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale	100 % des frais réels	100 % des frais réels

LISTE AUDIENS BIEN-ÊTRE		
Liste Audiens Bien-Etre Santé	60% des Frais réels limités à 250 € / an / bénéficiaire	60% des Frais réels limités à 350 € / an / bénéficiaire

COTISATION MENSUELLES EN % DU PMSS	Par Adulte	
	2,08 %	2,65 %
	Par Enfant à charge. Gratuité à partir du 3ème enfant à charge	
	1,04 %	1,33 %

BR : Base de remboursement. FR : Frais réels. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Retrouvez la valeur sur le site Ameli. HLF : Honoraires limites de facturation. PLV : Prix limite de vente. Ss : Sécurité sociale. DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. TM: Ticket Modérateur.

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation des contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes assureurs.

(1) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 5° du code de la Sécurité sociale

(2) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale

(3) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 3° du code de la Sécurité sociale

(4) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 4° du code de la Sécurité sociale

(5) Le cumul des remboursements de Pleyel et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1 700 € par aide auditive.

Retrouvez sur votre espace personnel Audiens santé les exemples de remboursements, conformément à l'Engagement pour la lisibilité des garanties de complémentaire santé.

LISTE AUDIENS

Bien-être santé

Dépenses médicales, non remboursées d'une part par la Sécurité sociale et d'autre part par votre contrat frais de soins de santé, susceptibles d'être prises en charge dans le cadre de la liste Audiens Bien-être Santé, sur présentation des justificatifs. La prescription médicale et les justificatifs doivent être fournis en même temps que la demande de prise en charge.

Médecine courante

- ▶ Pédicurie-Podologie
- ▶ Test de mémoire réalisé par un psychologue clinicien (limité à 1/an)
- ▶ Consultation psychologue clinicien (limitée à 5 séances/an)
- ▶ Consultation psychomotricité (enfant de moins de 12 ans)
- ▶ Ergothérapeute (limité à 5 séances/an)
- ▶ Microkinésithérapie

Médecines douces

- ▶ Acupuncture
- ▶ Chiropractie
- ▶ Consultations et bilans nutritionnistes, diététicien, homéopathe, étiope et naturopathe
- ▶ Ostéopathie
- ▶ Phytothérapie
- ▶ Produits homéopathiques, compléments nutritionnels, apports vitaminiques et aliments diététiques

Prévention

- ▶ Sevrage tabagique : patchs, gommes, pastilles, inhalateur... hypnose ; hors cigarette électronique
- ▶ Vaccins
- ▶ Contention (bas et manchons)
- ▶ Contraception
- ▶ Dépistage cancer col de l'utérus

Bien-être

- ▶ Médicaments ménopause, achetés en pharmacie
- ▶ Traitements érectiles, achetés en pharmacie

Prothèses et appareillage

- ▶ Bouchons auditifs moulés à l'oreille,
- ▶ Prothèses capillaires,
- ▶ Protections pour les incontinences
- ▶ Lingerie adaptée pour les prothèses mammaires,
- ▶ Petit appareillage orthopédique

Traitements dentaires

- ▶ Parodontologie
- ▶ Scanner dentaire
- ▶ Techniques de fluoruration
- ▶ Rebasage des appareils
- ▶ Blanchiment

Optique

- ▶ Chirurgie réfractive ou corrective de l'oeil
- ▶ Séances d'adaptation aux lentilles

Cette liste remplace les précédentes et s'applique à compter du 1^{er} septembre 2019, quelle que soit la date de la demande de prise en charge.

Cette liste peut être modifiée à tout moment par l'Institution, afin de l'adapter à l'environnement de l'Assurance maladie. Consultez le site Internet audiens.org, rubrique « Documents » afin de disposer de la liste à jour.

SERVICE D'ASSISTANCE

à domicile vie quotidienne

En complément de votre contrat frais de soins de santé, Audiens Assistance vous propose en cas d'accident, de maladie ou d'hospitalisation imprévue ou programmée, une assistance à domicile 24 heures/24, 7 jours/7.

Nouveautés

- ▶ Prise en compte de la chirurgie ambulatoire comme fait générateur
- ▶ En cas d'immobilisation d'un bénéficiaire aidant familial, intervention au domicile de l'aidé
- ▶ En cas d'immobilisation d'un enfant ou petit-enfant, possibilité de bénéficier au choix de cours particuliers à domicile ou de cours en ligne

AUDIENS ASSISTANCE

EST À VOS CÔTÉS EN CAS DE :

Hospitalisation (De plus de 2 jours ou immobilisation au domicile de plus de 5 jours)
ou chirurgie ambulatoire (Entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours)

- ▶ Organisation et prise en charge de la venue d'un proche à votre chevet (déplacement aller-retour et hébergement) ;
- ▶ Garde des ascendants vivant à votre domicile et ne pouvant se prendre en charge (organisation et prise en charge de la venue d'un proche ou garde à domicile dans la limite de 15 heures) ;
- ▶ Prise en charge des enfants et petits-enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés (organisation et prise en charge de leur transfert chez un proche ou de sa venue, conduite à l'école et aux activités extra scolaires, transfert et garde chez une assistante maternelle...) ;
- ▶ Transfert et garde de vos animaux domestiques ;
- ▶ Aide ménagère.

Urgence « aidant »

(En cas d'indisponibilité de l'aidant suite à un accident ou une maladie entraînant une hospitalisation imprévue supérieure à 2 jours, ou une immobilisation imprévue au domicile supérieure à 5 jours)

- ▶ Prestations d'assistance à destination de l'aidé : auxiliaire de vie ou aide à domicile, présence d'un proche ou transfert de l'aidé chez un proche, livraison de médicaments, portage de repas et d'espèces, livraison de courses, coiffure à domicile, téléassistance.

Maladie ou immobilisation au domicile des enfants

ou petits-enfants (Immobilisation de plus de 2 jours)

- ▶ organisation et prise en charge du déplacement d'un proche au chevet de l'enfant ou du petit-enfant malade ;
- ▶ garde des enfants ou petits-enfants malades ;
- ▶ école à domicile (en cas d'immobilisation au domicile de plus de 2 semaines).

Radiothérapie ou chimiothérapie

En cas de traitement médical entraînant des séances à l'hôpital ou à domicile, et pendant la durée du traitement

- ▶ Aide ménagère ;
- ▶ Prise en charge des enfants, petits-enfants et ascendants.

Décès

- ▶ aide et assistance à l'organisation des obsèques, avance de frais ;
- ▶ informations utiles aux proches (démarches, dispositions à prendre...).

Événement traumatissant

(Accident, maladie grave, perte d'autonomie, décès affectant l'un des bénéficiaires)

- ▶ Organisation et prise en charge, selon la situation, de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien, et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

COTISATIONS AU 1^{ER} JANVIER 2024

GARANTIE MUTUELLE SANTÉ DES GENS DE LETTRES

Les taux de cotisations sont fixés chaque année en fonction de l'évolution du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). Les montants sont établis en tenant compte du niveau de garantie choisi par le Membre participant, du nombre et de la qualité des bénéficiaires de la garantie. Par adulte, il faut entendre le Membre participant, le conjoint pacsé ou concubin, les personnes à charge et par enfant, les enfants à charge (cf article 1 de la fiche d'information). Les cotisations indiquées ci-dessous sont individuelles, mensuelles et toutes taxes comprises (elles incluent la taxe de solidarité additionnelle TSA représentant 13,27% de la cotisation brute ainsi que la taxe du médecin traitant de 0,8%).

	Niveau 1	Niveau 2
par adulte	80,37 €* 2,08 % du PMSS	102,40 €* 2,65 % du PMSS
Par enfant à charge Gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant à charge	40,19 €* 1,04 % du PMSS €	51,39 €* 1,33 % du PMSS

* La cotisation en euros, ci-dessus, est estimée et a été calculée sur un montant de PMSS égal à 3 864 €. Elle est susceptible d'être modifiée si le montant définitif du PMSS fixé par arrêté, courant décembre, diffère.

Modifiés par l'Assemblée Générale du 24 novembre 2022

1 PRÉAMBULE

ARTICLE 1 OBJET DES STATUTS

Les mutuelles sont régies par leurs statuts qui définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement conformément aux dispositions du code de la mutualité.

Elles exercent leur activité dans le respect du principe de solidarité et mettent en place une gouvernance démocratique, fixée par leurs statuts, prévoyant la participation des membres. Les conditions d'application desdits statuts sont détaillées dans le règlement intérieur de la Mutuelle.

2 FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 2 DÉNOMINATION

Il est constitué une mutuelle dénommée PLEYEL SANTE, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la mutualité, relevant du livre II de ce code et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 784 451 569. Le nom MUTUELLE INTERGROUPE POLIET ET CIMENTS FRANÇAIS (MIPCF) reste la propriété de la mutuelle PLEYEL SANTE et peut être utilisé à des fins commerciales.

ARTICLE 3. SIÈGE

Le siège de la Mutuelle est situé au :
187, BOULEVARD ANATOLE FRANCE - 93200 SAINT DENIS.

ARTICLE 4. OBJET ET RAISON D'ETRE

4-1 Objet

La Mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique et à l'amélioration de leurs conditions de vie, dans les conditions prévues par les présents statuts.

La Mutuelle est gérée en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité.

Elle a plus particulièrement pour objet de réaliser des opérations d'assurance couvrant les risques suivants :

- dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie (branches 1 et 2) risques s'inscrivant dans le cadre du Livre II du Code de la mutualité.

Elle est à même :

- de proposer des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance et ceci dans les conditions définies à l'article L. 116.1 du Code de la mutualité.

- de recourir, conformément aux dispositions de l'article L. 116-2 du Code de la mutualité, pour la diffusion de ses garanties ou la souscription de contrats collectifs, à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance,
- de déléguer, en tout ou partie, la gestion d'un contrat collectif conformément aux dispositions de l'article L116-3 du Code de la mutualité.

Dans le cadre de ses activités, la mutuelle peut se réassurer et céder tout ou partie de ses risques et engagements à un ou plusieurs organismes relevant soit du code de la mutualité, soit du code des assurances, soit du code de la sécurité sociale.

La mutuelle peut aussi accepter des engagements en réassurance. Elle peut également assurer la prévention de risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales dans la mesure où ces activités sont accessoires et accessibles uniquement :

- à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat souscrit auprès de la mutuelle,
- aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ou par une autre mutuelle et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec ces souscripteurs.

Les instances de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L. 111-1 du Code de la mutualité et s'engagent à respecter le Code de la mutualité qui régit l'activité de la mutuelle.

La Mutuelle peut adhérer à une Union de Groupe Mutualiste, une Union Mutualiste de Groupe, un Groupement Assurantiel de Protection Sociale ou une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale, une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle, un Groupement d'Assurance Mutuelle

4-2 Raison d'être

La Mutuelle exerce ses activités au regard de la raison d'être suivante : « Agir chaque jour dans l'intérêt de nos adhérents pour qu'ils puissent se soigner en toute sérénité »

CHAPITRE 2 : COMPOSITION DE LA MUTUELLE

SECTION 1 • CONDITIONS D'ADHÉSION

ARTICLE 5. CATÉGORIES DE MEMBRES ET BENEFICIAIRES

La Mutuelle se compose de membres participants, membres honoraires et ayants droit.

- A** – Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient et font bénéficier leurs éventuels ayants droit, des prestations de la Mutuelle. Peuvent

adhérer à la Mutuelle, en qualité de membres participants, les personnes remplissant les conditions suivantes : être âgé de plus de 16 ans et :

1. soit faire partie du personnel d'une entreprise, voire d'un comité d'entreprise ou d'établissement, ou être membre d'une autre personne morale, ayant signé un bulletin d'adhésion ou souscrit un contrat collectif auprès de la mutuelle, dans le cadre d'une opération collective,
 2. soit avoir sollicité la Mutuelle, pour une adhésion hors opération collective, dans les conditions fixées au règlement mutualiste.
- B** – Les membres honoraires sont les entreprises, comités d'entreprise ou d'établissement ou autres personnes morales ayant signé un bulletin d'adhésion ou souscrit un contrat collectif auprès de la mutuelle, dans le cadre d'une opération collective.
- C** – Les ayants droit sont les personnes physiques de la famille de membres participants qui se voient reconnaître la possibilité de bénéficier des prestations de la Mutuelle et pour lesquelles ces membres participants acquittent un complément de cotisation, à savoir :
- a. leur conjoint ou concubin ou toute personne leur étant liée par un pacte civil de solidarité (PACS),
 - b. les personnes vivant avec eux depuis au moins 12 mois consécutifs et se trouvant à leur charge effective totale et permanente,
 - c. leurs enfants à charge mineurs,
 - d. leurs enfants assurés sociaux bénéficiant d'un contrat d'apprentissage ou de qualification, jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel ce contrat vient à terme et au plus tard, au dernier jour du mois de leur 28^{ème} anniversaire,
 - e. leurs enfants assurés sociaux poursuivant des études, jusqu'au 30 septembre de l'année de fin d'études et au plus tard, au dernier jour du mois de leur 28^{ème} anniversaire,
 - f. leurs enfants assurés sociaux handicapés bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH).

ARTICLE 6. ADHÉSION DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS COLLECTIVES

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion par le salarié ou membre de la personne morale ayant soit signé un bulletin d'adhésion à la Mutuelle, soit souscrit un contrat collectif écrit auprès d'elle.

L'adhésion peut être obligatoire ou facultative, selon les conditions définies à l'article L221-2 III du code de la mutualité.

La signature du bulletin d'adhésion par le salarié ou membre de la personne morale emporte, en toute hypothèse, acceptation des dispositions des statuts et du règlement intérieur.

Elle emporte en outre, application du règlement mutualiste (si l'entreprise ou la personne morale a signé elle-même un bulletin d'adhésion) ou des dispositions contractuelles et de la notice d'information (si l'entreprise a souscrit un contrat collectif écrit). Le souscripteur d'un contrat collectif, en application de l'article L221-6 du code de la mutualité, est tenu de remettre à chaque membre participant adhérent à un contrat collectif, les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle, une notice d'information établie par la mutuelle et, pour les opérations portant sur un risque non vie un document d'information normalisé.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants par avenant à un contrat collectif signé, l'employeur ou la personne morale souscriptrice du contrat est également tenue d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle trois mois au minimum avant la date prévue d'entrée en vigueur. Pour les opérations facultatives, tout membre participant peut dans un délai d'un mois à compter de la remise de cette notice dénoncer son affiliation à la mutuelle en raison de ces modifications (sauf lorsque les membres participants sont couverts par la mutuelle en application des dispositions de l'article L221-3 du code de

la mutualité).

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

L'adhésion à la mutuelle prend effet, pour les opérations collectives donnant lieu à la signature d'un bulletin d'adhésion par l'employeur ou la personne morale souscripteur :

- Concernant le membre honoraire, au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion du membre honoraire par la Mutuelle,
- Concernant le membre participant, au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion du membre participant accompagné des pièces mentionnées au bulletin d'adhésion.

L'adhésion à la mutuelle prend effet pour les opérations collectives donnant lieu à l'établissement d'un contrat collectif :

- Concernant le membre honoraire, à la date de prise d'effet du contrat collectif,
- concernant un membre participant à la date mentionnée au contrat collectif pour la date de prise d'effet des garanties du membre participant.

ARTICLE 7. ADHÉSION DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

Sont susceptibles d'acquérir la qualité de membre participant de la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 5 des présents statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Avant la conclusion d'une opération portant sur un risque non-vie, la mutuelle fournit au membre participant les statuts, le règlement intérieur, le règlement mutualiste et un document d'information normalisé sur le règlement

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, ainsi que du règlement mutualiste.

La date d'effet de l'adhésion à la mutuelle est, sauf disposition spécifique insérée à un règlement mutualiste, le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle accompagné des pièces mentionnées au bulletin d'adhésion.

SECTION 2 • DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 8. RÉSILIATION

8-1

Sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires en vigueur ou dérogation prévue dans les règlements particuliers ou contrats collectifs ou notices d'information, la démission, la résiliation prend effet le 31 décembre de l'année en cours, à minuit. Elle est donnée avant le 31 octobre de l'année en cours, selon l'un des moyens prévus au paragraphe 8-3 ci-après.

8-2

Pour les règlements ou contrats d'assurance tacitement reconductibles couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, comportant des garanties pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et ne comportant aucune autre garantie, à l'exception, le cas échéant, des garanties couvrant les risques de perte d'autonomie, décès, incapacité de travail ou invalidité, ainsi que des garanties d'assistance, de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou d'indemnités en cas d'hospitalisation, conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, le membre participant peut dénoncer son adhésion et l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion

ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée, ou lorsque le contrat est résilié, dans les conditions prévues à l'alinéa ci-dessus, le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice 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 ou de la résiliation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant, à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

8-3 Modalités de dénonciation ou de résiliation

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer l'adhésion ou lorsque l'employeur ou la personne morale souscriptrice a le droit de résilier, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- Soit par lettre ou tout autre support durable adressé à la mutuelle ;
- Soit par une déclaration faite au siège social de la mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la conclusion du contrat ou l'adhésion au règlement est intervenue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

8-4 Auteur de la résiliation

- 1 – Dans le cadre d'opérations collectives à adhésion obligatoire, elle est donnée par le souscripteur du contrat, qui peut être l'employeur, le comité d'entreprise ou d'établissement ou la personne morale membre honoraire.
- 2 – Dans le cadre d'opérations collectives à adhésion facultative, elle est donnée par le membre participant concernant son adhésion, ou l'employeur, le comité d'entreprise ou d'établissement ou la personne morale membre honoraire concernant le contrat collectif.
- 3 – Dans le cadre d'opérations individuelles, elle est donnée par le membre participant.

8-5

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, 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 le 31 octobre, 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 apposé sur la lettre de la Mutuelle ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Si les modalités d'information susvisées ne sont pas respectées par la Mutuelle, l'adhérent peut démissionner, par lettre ou au moyen d'un des supports mentionnés à l'article 8-3 ci-dessus, sans pénalités, à tout moment, à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

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

échéant, le reliquat doit être remboursé à l'adhérent, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

8-6

En outre, pour les opérations individuelles, en cas de modification du risque telle que définie à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité et dans les conditions fixées par le même article, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties.

La résiliation s'effectue :

- selon l'une des modalités mentionnées à l'article 8-3 ci-dessus lorsque la résiliation est à l'initiative de l'adhérent,
- ou si elle est à l'initiative de la mutuelle de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

8-7

La modification proposée par la mutuelle d'un contrat complémentaire santé collectif visant à le 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. La mutuelle informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application 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 9. RADIATION

La radiation peut être prononcée pour défaut de paiement des cotisations ou pour modification du risque, dans les conditions prévues par les articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du Code de la mutualité.

La décision de radiation constitue une simple faculté offerte à la Mutuelle.

En cas de décès d'un membre participant sa radiation intervient à la date de son décès.

ARTICLE 10. EXCLUSION

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement et de manière intentionnelle atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

Si'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée.

Si'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 11. CONSÉQUENCES

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, résiliation, radiation ou exclusion, sauf celles correspondant à une créance née avant cette date.

La démission, la résiliation, la radiation ou l'exclusion de l'adhérent entraîne automatiquement la fermeture des droits de ses ayants-droit.

La démission, résiliation, la radiation ou l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 221-10-1, L221-10-2 et L. 221-17 du Code de la mutualité, qui prévoient les cas dans lesquels le remboursement de cotisations est de droit.

3 ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 • COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 12. SECTIONS DE VOTE ET NOMBRE DE DÉLÉGUÉS TITULAIRES ET SUPPLÉANTS

12-1 Définition des sections de vote

Tous les membres participants et membres honoraires sont répartis en trois sections de vote aux fins d'élire leurs délégués titulaires et suppléants.

Ces trois sections de vote sont les suivantes :

- section 1 : Opérations collectives,
- section 2 : Opérations individuelles région Ile de France,
- section 3 : Opérations individuelles reste de la France (y compris Dom / Expat.).

Un membre participant ou honoraire ne peut relever que d'une seule section de vote.

12-2 Nombre de délégués

Nombre de délégués titulaires

Les membres participants et les membres honoraires personnes physiques de chaque section individuelle (sections 2 et 3) élisent parmi eux un délégué titulaire par tranche entière de 500 membres, et un délégué titulaire supplémentaire lorsque le nombre de 250 est atteint au-delà du multiple de 500.

Les membres participants et honoraires de la section collective (section 1) élisent parmi eux un délégué titulaire par tranche entière de 750 membres, et un délégué supplémentaire lorsque le nombre de 375 est atteint au-delà du multiple de 750. A la section collective sont rattachés les membres honoraires souscripteurs d'un contrat collectif ou ayant conclu une opération collective auprès de la mutuelle.

Nombre de délégués suppléants

Le nombre de délégués suppléants par section de vote est au minimum de 1 et au maximum de 3 (selon le nombre de candidatures au poste de délégué suppléant reçues par la mutuelle).

12-3 Durée du mandat de délégué

Les délégués sont élus pour 6 ans.

Le mandat des délégués sortants expire à l'issue de l'élection suivante des délégués. Le délégué sortant est rééligible.

ARTICLE 13. CRITÈRES POUR ÊTRE DÉLÉGUÉ

Pour être candidat à une fonction de délégué titulaire ou suppléant il faut :

- être membre participant ou membre honoraire de la mutuelle,
- être à jour de ses cotisations auprès de la mutuelle.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire entraîne celle de délégué titulaire ou de délégué suppléant.

ARTICLE 14. ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS DES SECTIONS DE VOTE

Les élections ont lieu, dans chaque section de vote, à bulletin secret, suivant le mode de scrutin uninominal à un tour. Les élections ont lieu, de préférence, par correspondance, mais peuvent aussi intervenir, sur décision du conseil d'administration, par voie électronique ou selon tout autre mode décidé par le conseil d'administration.

Les candidats au poste de délégué titulaire ayant obtenu le plus grand nombre de voix sont élus délégués titulaires dans la limite des postes disponibles de délégués titulaires.

De même les candidats au poste de délégué suppléant ayant obtenu le plus grand nombre de voix pour le poste de délégué suppléant sont élus au poste de délégués suppléants. Les autres candidats sont élus délégués suppléants, dans la limite des places disponibles, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et, à égalité de voix, au plus jeune.

Le conseil d'administration de la mutuelle définit le protocole électoral fixant les conditions relatives à l'élection des délégués

ARTICLE 15. COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale est constituée des délégués titulaires des sections de vote.

Chaque délégué titulaire dispose d'une voix à l'assemblée générale.

ARTICLE 16. VACANCE D'UN DÉLÉGUÉ DE SECTION TITULAIRE

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause, d'un poste de délégué titulaire, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant de la même section, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et, à égalité de voix, au plus jeune

ARTICLE 17. ABSENCE DE DÉLÉGUÉ SUPPLÉANT

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause, d'un poste de délégué titulaire et en l'absence de délégué suppléant, il est procédé, avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué, qui achève le mandat de son prédécesseur.

ARTICLE 18. EMPÊCHEMENT D'UN DÉLÉGUÉ TITULAIRE – VOTE ÉLECTRONIQUE – PARTICIPATION PAR DES MOYENS DE VISIOCONFÉRENCE OU DE TELECOMMUNICATION

18-1

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut :

- soit donner procuration à un autre délégué titulaire,
- soit voter par correspondance.

18-1-1 Vote par procuration

Un délégué peut détenir jusqu'à trois procurations au maximum. Toute procuration doit être donnée par écrit ou au moyen d'un support durable.

18-1-2 Vote par correspondance

Tout délégué peut voter par correspondance lors d'une assemblée générale lorsque le président de l'assemblée, lors de la convocation à cette assemblée générale, en a autorisé la possibilité.

18-2 Participation à l'assemblée par des moyens de visioconférence ou de télécommunication

Participation à l'assemblée par des moyens de visioconférence ou de télécommunication. Les membres de l'assemblée générale peuvent participer à celle-ci par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ils sont alors réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Le conseil d'administration définit, dans la convocation à l'assemblée générale, les moyens de visioconférence ou de télécommunication devant être utilisés lors de l'assemblée générale

18-3 Vote électronique

Le conseil d'administration de la mutuelle peut décider, pour une assemblée générale, de recourir au vote électronique ; les modalités de celui-ci devant permettre de respecter le secret du vote et la sincérité du scrutin.

SECTION 2 • RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 19. CONVOCATION ANNUELLE

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale. Il la réunit au moins une fois par an.

A défaut, le Président du Tribunal judiciaire statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre, sous astreinte, aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 20. AUTRES CONVOCATIONS

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- 1 – la majorité des administrateurs composant le Conseil,
- 2 – les Commissaires aux Comptes,
- 3 – l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- 4 – un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- 5 – les liquidateurs.

A défaut, le Président du Tribunal judiciaire statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre, sous astreinte, aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 21. MODALITÉS

La convocation est faite dans les conditions et délais déterminés par les dispositions légales en vigueur (articles L. 114-8, et D. 114- 3 et suivants du Code de la mutualité). La convocation est adressée par lettre ordinaire, à chaque délégué.

Le délai entre la date de convocation à l'Assemblée Générale et la date de tenue de celle-ci est d'au moins quinze jours sur première convocation et d'au moins six jours sur deuxième convocation. En cas d'ajournement par décision de justice, cette décision peut fixer un délai différent (Article D. 114-4).

Lorsqu'une assemblée n'a pu délibérer régulièrement, faute du quorum requis, une nouvelle assemblée est convoquée dans les formes prévues à l'article D. 114-3 et la convocation rappelle la date de la première (Article D. 114-5).

ARTICLE 22. ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être indiqué dans cette convocation ou joint en annexe. Toutefois, en application des dispositions de l'article D. 114-6 du Code de la mutualité, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution. Pour être prises en compte, ces demandes d'inscriptions doivent être effectuées par 10% au moins des délégués à l'Assemblée Générale.

Les demandes d'inscription à l'ordre du jour d'une Assemblée Générale de projets de résolution doivent être adressées, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, au Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle cinq jours au moins avant la date de la réunion de l'Assemblée Générale. L'Assemblée ne délibère, en principe, que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut, en toutes circonstances, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à

sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité (Article L. 114-8 du Code de la mutualité).

SECTION 3 • ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 23. COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

23-1 L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

23-2 L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- 1 – les modifications des statuts,
- 2 – les activités exercées,
- 3 – le montant du fonds d'établissement,
- 4 – dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au I de l'article L221-2 : les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes, le contenu des règlements mutualistes visés par l'article L. 114-1, 6^{ème} alinéa du Code de la mutualité,
- 5 – le contenu du règlement intérieur
- 6 – la dotation au fonds social
- 7 – l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
- 8 – les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 9 – l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- 10 – le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- 11 – le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- 12 – les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- 13 – le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité,
- 14 – le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la mutualité, auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes prévu à l'article L. 114-39 du même Code,
- 15 – le rapport présenté par le Comité d'Audit prévu à l'article 62 des présents statuts,
- 16 – les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées à l'article L221-2 III du code de la mutualité,
- 17 – toute autre question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

23-3 L'Assemblée Générale décide :

- 1 – la nomination des Commissaires aux Comptes,
- 2 – la dissolution de la mutuelle dans les conditions prévues au I de l'article L114-12 du code de la mutualité et la désignation d'un ou des attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif conformément aux conditions prévues à l'article L113-4 du code de la mutualité,
- 3 – les délégations de pouvoirs prévues à l'article 26 des présents statuts,
- 4 – les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité.

ARTICLE 24. MODALITÉS DE VOTE

24-1 Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L221-2, la délégation de pouvoirs prévue à l'article 26 des présents statuts, les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L221-2, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents, représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance lorsqu'un tel vote a été autorisé, est au moins égal à la moitié du total des délégués de la Mutuelle.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle ne délibérera valablement que si le nombre de ses délégués présents, représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance lorsqu'un tel vote a été autorisé, représente au moins le quart du total des délégués de la Mutuelle.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés par les délégués présents, représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance lorsqu'un tel vote a été autorisé.

24-2 Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au § 24-1 ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents, représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance lorsqu'un tel vote a été autorisé est au moins égal au quart du total des délégués de la Mutuelle.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents, représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance lorsqu'un tel vote a été autorisé. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés par les délégués présents, représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance lorsqu'un tel vote a été autorisé.

24-3 Procès-verbal

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, qui est approuvé par l'Assemblée Générale lors de la séance suivante.

ARTICLE 25. FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres, sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la mutualité.

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale d'une mutuelle doit être portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires par la mutuelle.

Toute modification des prestations définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations fait l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire.

En application de l'article L114-7-1 du code de la mutualité, les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants ou honoraires.

En cas de modification des prestations ou des cotisations d'un règlement mutualiste par la mutuelle, un membre participant pourra résilier son adhésion à la mutuelle dans les conditions indiquées lors de la notification qui lui aura été faite concernant cette modification.

Lorsque l'engagement réciproque du membre et de la mutuelle

ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé des parties.

CHAPITRE 2 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 26. DÉLÉGATION DE POUVOIRS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L221-2 du code de la mutualité, l'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et des prestations offertes au Conseil d'Administration. Cette délégation n'est valable que pour un an. Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'Assemblée Générale la plus proche.

SECTION 1 • COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 27. COMPOSITION

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 12 administrateurs élus parmi les membres participants et les membres honoraires.

Le Conseil d'Administration est composé, pour les deux tiers au moins, de membres participants. Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes ; la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant en principe être inférieure à 40% de la totalité des membres dans le respect des dispositions de l'article L114-16-1 du code de la mutualité.

Il ne peut être composé, pour plus de la moitié, d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateur, de dirigeant ou d'associé dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe de mutuelles au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité. Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.

ARTICLE 28. DÉCLARATIONS DE CANDIDATURES

Les déclarations de candidature aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la Mutuelle, par lettre ou par mail, et reçu par elle trente jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale au cours de laquelle sera organisé le scrutin.

ARTICLE 29. CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres participants doivent :

- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé d'activité salariée au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- être à jour de leurs cotisations,

Le nombre des membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge, fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des administrateurs.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé, excepté lorsque ce dépassement trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, lequel est alors réputé démissionnaire d'office.

ARTICLE 30. MODALITÉS D'ÉLECTION

Les membres du Conseil d'Administration sont élus, par l'Assemblée Générale, suivant le mode de scrutin uninominal, à la majorité relative, à un tour, soit à bulletin secret, soit selon une autre modalité déterminée par le conseil d'administration garantissant le secret du vote.

La présentation des candidats est faite par ordre alphabétique, commençant par la lettre tirée au sort en réunion de Bureau.

Lorsque plusieurs candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au(x) candidat(s) le(s) plus jeune(s).

Lorsqu'un membre honoraire, personne morale, est élu administrateur, il désigne un représentant pour siéger au conseil, à sa qualité.

ARTICLE 31. DURÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six ans.

La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat. Les membres qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 des présents statuts,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul,

Ils présentent, alors, leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,

- un mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- lorsqu'ils sont révoqués par l'Assemblée Générale, ce qui peut advenir à tout moment.

ARTICLE 32. RENOUVELLEMENT

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par moitié, tous les 3 ans.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration ou en cas de renouvellement complet, le Conseil d'Administration procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Les membres sortants sont rééligibles.

ARTICLE 33. VACANCE

Lorsqu'un poste d'administrateur est devenu vacant, en cours de mandat, pour cause de décès, perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire, démission ou cessation de mandat suite à une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L612-23-1 du code monétaire et financier, le conseil d'administration peut procéder à une cooptation avant la prochaine réunion de l'assemblée générale.

En principe cette cooptation doit porter sur le candidat ayant obtenu le plus de voix, lors de l'élection précédente et remplissant toujours les conditions d'éligibilité au Conseil d'Administration visées à l'article 29 des statuts. Celui-ci est appelé à siéger au Conseil d'Administration jusqu'à la prochaine Assemblée Générale.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche assemblée générale. La non ratification par celle-ci de la nomination faite par le conseil d'administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'assemblée générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs deviendrait inférieur au minimum légal (soit dix administrateurs), du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée, dans les plus brefs délais, par le Président, afin de pourvoir à la nomination de nouveaux Administrateurs.

SECTION 2 • RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 34. RÉUNIONS

Le Conseil Administration se réunit sur convocation du Président et au moins 2 fois par an.

Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil d'Administration et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres dudit Conseil dix jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Dirigeant opérationnel de la Mutuelle assiste aux réunions du Conseil d'Administration et apporte au Président toutes les informations nécessaires concernant les problèmes spécifiques à la gestion de la Mutuelle.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration, qui délibère alors, en premier lieu, sur leur présence.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou les dirigeants.

ARTICLE 35. DÉLIBÉRATIONS

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents, étant souligné que les administrateurs absents ne peuvent se faire représenter.

Sauf lorsque le conseil d'administration est réuni pour procéder aux opérations mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 114-17 sont réputés présents les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Un administrateur participant à la réunion par un moyen de visioconférence ou de télécommunication n'est pas tenu par les dispositions statutaires prévoyant un vote à bulletin secret.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret, pour l'élection du Président et des autres membres du Bureau, ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

SECTION 3 • ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 36. COMPÉTENCES

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité ainsi que sa raison d'être lorsque celle-ci a été précisée dans les statuts.

Le Conseil d'Administration nomme sur proposition du président du Conseil d'administration, le dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur. Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le conseil d'administration approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle. Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17. Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la mutuelle, de la délégation mentionnée au précédent

alinéa et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au Conseil d'administration et au président. Le Conseil d'Administration doit veiller à ce que le dirigeant opérationnel n'ait fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité et doit se prononcer sur la compatibilité de ses fonctions avec les activités professionnelles ou fonctions électives qu'il entend conserver et est tenu de lui déclarer. Les dispositions des articles 42, 43 et 44 des présents statuts sont applicables au dirigeant opérationnel.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles, en particulier celles visées à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Le Conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées aux III de l'article L221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou au dirigeant.

Chaque administrateur doit recevoir toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et solliciter lui-même les documents qu'il estime utiles.

ARTICLE 37. DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS

Le Conseil d'Administration peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier l'exécution de certaines missions ou attributions qui ne lui sont pas expressément réservées par la Loi, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, soit au Dirigeant opérationnel.

Il peut, à tout moment, retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 48 des présents statuts, le Conseil d'Administration peut confier au Président, ou à un administrateur nommément désigné ou au Dirigeant opérationnel, le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition.

Le Président, ou l'administrateur ainsi désigné ou le Dirigeant opérationnel, agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

SECTION 4 • STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 38. INDEMNITÉS VERSÉES AUX ADMINISTRATEURS

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La Mutuelle peut, cependant, verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L. 114-26 et L. 114-27 du Code de la mutualité ainsi qu'aux articles R. 114-4 et suivants et à l'article A. 114-0-26 du même Code.

ARTICLE 39. REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants, dans les conditions déterminées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

ARTICLE 40. SITUATIONS ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée, de manière directe ou indirecte, au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions, avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe de mutuelles, dans des conditions contraires aux articles 42 et 43 des présents statuts et aux articles L. 114-32, L. 114-33 et L. 114-34 du Code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leur titre en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts

ARTICLE 41. OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Les administrateurs veillent à accomplir leur mission dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à des obligations de réserve et de confidentialité des informations données comme telles par le Président ou le Dirigeant opérationnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateur qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Les administrateurs sont également tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

La mutuelle, propose à ses administrateurs, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Durant l'exercice de leur mandat, les administrateurs bénéficient, à des fins de maintien, de renforcement ou d'acquisition de compétences, d'une formation leur permettant notamment de demander la validation des acquis de leur expérience conformément aux dispositions du livre IV de la sixième partie du code du travail.

Les administrateurs s'engagent à suivre les formations nécessaires à l'exercice de leurs fonctions d'administrateur.

ARTICLE 42. CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES SOUMISES À AUTORISATION PRÉALABLE

Sous réserve des dispositions des articles 43 et 44 des présents statuts, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée, ainsi que des conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle, au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L. 114-35 du Code de la mutualité. Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision, sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées, au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

ARTICLE 43. CONVENTIONS COURANTES SOUMISES À UNE OBLIGATION D'INFORMATION

Les conventions portant sur des opérations courantes conclues à des conditions normales, telles que définies par un décret pris en application de l'article L. 114-33 du Code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux Commissaires aux Comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale dans les conditions de l'article L. 114-33 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 44. CONVENTIONS INTERDITES

Il est interdit aux administrateurs, sauf dispositions offertes à tous les membres participants au titre de l'action sociale, de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire avaliser par elle leurs engagements envers des tiers.

Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

ARTICLE 45. RESPONSABILITÉ

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE 3 : PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION 1 • ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT

ARTICLE 46. ÉLECTION ET RÉVOCATION DU PRÉSIDENT

Le Conseil d'Administration élit, parmi ses membres, un Président qui est nécessairement une personne physique.

Les déclarations de candidature aux fonctions de Président du Conseil d'Administration doivent, si possible, être envoyées au siège de la Mutuelle, par lettre ou par mail, reçu par la mutuelle dix jours francs au moins avant la date de l'élection.

Le Président est élu à la majorité simple, à bulletin secret, pour une durée de 3 ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

Il peut à tout moment être révoqué par le Conseil d'administration.

ARTICLE 47. VACANCE

Lorsqu'un poste de Président est devenu vacant, en cours de mandat, pour cause de décès, perte de qualité de membre participant, démission ou pour toute autre cause de cessation de ses fonctions d'administrateur, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration, qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le premier Vice-Président ou, à défaut, par le second Vice-Président ou, à défaut, l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le premier Vice-Président ou, à défaut, par le second Vice-Président ou, à défaut, l'administrateur le plus âgé.

ARTICLE 48. MISSIONS

Le Président du Conseil d'Administration :

- organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration, dont il rend compte à l'Assemblée Générale,
- informe, le cas échéant, le Conseil des procédures engagées

en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier,

- veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure, en particulier, que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées,
- convoque le Conseil d'Administration, ainsi que l'Assemblée Générale et en établit l'ordre du jour,
- donne avis aux Commissaires aux Comptes de toutes les conventions autorisées,
- engage les dépenses et est notamment responsable, devant les instances délibératoires de la Mutuelle, du respect du budget de fonctionnement adopté par le Conseil d'Administration,
- représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile,
- est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle,
- engage le personnel, détermine la rémunération des salariés, à l'exception de celle du Dirigeant opérationnel, organise le travail du Service Administratif de la Mutuelle et exerce le pouvoir disciplinaire appartenant à la Mutuelle en qualité d'employeur.

SECTION 2 • ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU

ARTICLE 49. ÉLECTION DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit, parmi ses membres, un Bureau. L'élection du Bureau a lieu au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Les candidatures au poste de membre du Bureau sont adressées, par si possible, par lettre ou par mail, reçu par la mutuelle dix jours francs au moins avant la date de l'élection.

Le Conseil d'Administration élit, parmi ses membres, un Bureau. L'élection du Bureau a lieu au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Les candidatures au poste de membre du Bureau sont adressées, si possible, par lettre ou par mail, reçu par la mutuelle dix jours francs au moins avant la date de l'élection. Les membres du Bureau sont élus, à bulletin secret, pour une durée de 3 ans qui ne peut excéder celle de leur mandat d'administrateur.

Les membres du Bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'Administration.

Lorsqu'un poste de membre du Bureau est devenu vacant, en cours de mandat, pour cause de décès, perte de qualité de membre participant, démission ou pour toute autre cause de cessation de ses fonctions d'administrateur, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration, qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement, à cet effet, par le Président. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace

ARTICLE 50. COMPOSITION

Outre le Président du Conseil d'Administration, le Bureau est composé de la façon suivante :

- un premier Vice-Président,
- un second Vice-Président,
- un Secrétaire Général,
- un Trésorier Général

ARTICLE 51. RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du Bureau dix jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Dirigeant opérationnel de la Mutuelle assiste aux réunions du

Bureau et apporte au Président toutes les informations nécessaires concernant les problèmes spécifiques à la gestion de la Mutuelle. Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Bureau, qui délibère alors, en premier lieu, sur leur présence.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Sont réputés présents les membres du bureau qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, qui est approuvé par le Bureau lors de la séance suivante.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Bureau sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou le Dirigeant opérationnel.

ARTICLE 52. LES VICE-PRÉSIDENTS

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle élit deux Vice-Présidents. Les Vice-Présidents secondent le Président. En cas d'empêchement de celui-ci, le premier Vice-Président le supplée ou à défaut, le second Vice-Président, avec les mêmes pouvoirs, dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 53. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Le Secrétaire Général prépare les réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale, envoie les convocations à ces réunions et est responsable de la rédaction des procès-verbaux.

Il est également responsable de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Il assure la correspondance avec les services et organismes extérieurs à la Mutuelle.

ARTICLE 54. LE TRÉSORIER GÉNÉRAL

Le Trésorier Général :

- effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité,
- est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président ou le dirigeant opérationnel et du recouvrement des recettes et créances dues à la Mutuelle. A cette fin, il s'assure de leur aspect réglementaire, des pièces jointes, des délibérations et de tous justificatifs nécessaires à la liquidation, au recouvrement, ainsi qu'au contrôle des opérations comptables et financières de la mutuelle.
- fait procéder, selon les directives du Conseil d'administration, à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs,
- prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :
 - les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
 - le rapport relatif aux transferts financiers entre mutuelles prévu au § m et le plan prévisionnel de financement prévu au § n de l'article L. 114-9 Code de la Mutualité,
 - les éléments nécessaires à l'élaboration du rapport de gestion visés à l'article L.114-17 du même Code,
 - un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle,
 - le rapport sur la solvabilité et la situation financière.

4 ORGANISATION FINANCIÈRE

ARTICLE 55. DÉLÉGATIONS

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 37 des présents statuts, le Président, le Secrétaire Général et le Trésorier Général peuvent, sous leur responsabilité et leur contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui leur incombent et leur déléguer leur signature pour des objets nettement déterminés. Ils peuvent retirer ce pouvoir à tout moment.

ARTICLE 56. PRODUITS

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- 1 – les cotisations versées par les membres participants, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit,
- 2 – les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- 3 – les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- 4 – plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

ARTICLE 57. CHARGES

Les charges comprennent :

- 1 – les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit,
- 2 – les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- 3 – les versements faits aux unions et fédérations,
- 4 – les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
- 5 – les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité,
- 6 – la redevance prévue à l'article L. 612-20 du Code monétaire et financier affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, pour l'exercice de ses missions,
- 7 – plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

ARTICLE 58. APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

En cas de création de mutuelles définies à l'article L. 111-3 ou d'unions définies à l'article L.111-4 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

ARTICLE 59. MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS

Les placements et retraits des fonds sont effectués dans les conditions prévues par les dispositions légales en vigueur.

CHAPITRE 2 : MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE, SYSTÈME FÉDÉRAL DE GARANTIE

ARTICLE 60. RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

Les provisions techniques et les marges de solvabilité sont constituées conformément à la législation en vigueur.

ARTICLE 61. SYSTÈME FÉDÉRAL DE GARANTIE

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, dite « Mutualité Française ».

CHAPITRE 3 : COMITÉ D'AUDIT ET COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 62. COMITÉ D'AUDIT

Conformément à l'article L823-19 du code de commerce est créé un Comité d'Audit.

Ce Comité d'Audit est composé de 4 membres désignés par le Conseil d'Administration : Ce Comité d'Audit a pour mission :

- a – de suivre le processus d'élaboration de l'information financière et le cas échéant de formuler des recommandations pour en garantir l'intégrité ;
- b – de suivre l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ainsi que le cas échéant de l'audit interne, en ce qui concerne les procédures relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière, sans qu'il soit porté atteinte à son indépendance;
- c – d'émettre une recommandation sur les commissaires aux comptes proposés à la désignation ou au renouvellement de l'assemblée générale.
- d – de suivre la réalisation par le commissaire aux comptes de sa mission en tenant compte des constatations et conclusions du Haut conseil du commissariat aux comptes consécutives aux contrôles réalisés en application des articles L. 821-9 et suivants du code de commerce ;
- e – de s'assurer du respect par le commissaire aux comptes des conditions d'indépendance définies au code de commerce et de prendre les mesures nécessaires à l'application du paragraphe 3 de l'article 4 du règlement (UE) n° 537/2014 et de s'assurer du respect des conditions mentionnées à l'article 6 du même règlement ;
- f – d'approuver la fourniture des services mentionnés à l'article L. 822-11-2 du code de commerce

Le comité d'audit désigne en son sein un Président.

Le comité d'audit rend compte régulièrement au conseil d'administration, par l'intermédiaire de son président, de l'exercice de ses missions. Il rend également compte des résultats de la mission de certification des comptes, de la manière dont cette mission a contribué à l'intégrité de l'information financière et du rôle qu'il a joué dans ce processus. Il informe sans délai le conseil d'administration de toute difficulté rencontrée.

ARTICLE 63. COMMISSAIRES AUX COMPTES

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un Commissaire aux Comptes et un suppléant, choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. Le Président convoque le Commissaire aux Comptes à toute Assemblée Générale.

Le Commissaire aux Comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes établis par le Conseil d'Administration,
- prend connaissance de toutes les conventions autorisées en application de l'article L. 114-32 du Code de la mutualité, dont il doit être avisé par le Président du Conseil d'Administration,
- établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur les dites conventions réglementées mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité,
- fournit, à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle, sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale, dans les meilleurs délais, à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, tout fait ou décision mentionné à l'article L. 612-44 du Code monétaire et financier, dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du Conseil d'Administration et du Comité d'Audit les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de commerce,
- signale, dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale, les

irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature, réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du Code de la mutualité.

CHAPITRE 4 : FONDS D'ÉTABLISSEMENT

ARTICLE 64. MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 400.000,00 € (quatre cent mille euros), en accord avec les dispositions prévues par l'article R 212-1 du Code de la mutualité. Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins et sur proposition du Conseil d'Administration, par décision de l'Assemblée Générale.

CHAPITRE 5 : FONDS SOCIAL

ARTICLE 65. DOTATION AU FONDS SOCIAL

L'Assemblée Générale fixe, chaque année, le montant forfaitaire de la dotation au fonds social, sur lequel sont prélevées les aides exceptionnelles accordées par le Bureau du Conseil d'Administration, dans la limite des sommes disponibles.

5 INFORMATION DES ADHÉRENTS

ARTICLE 66. ÉTENDUE DE L'INFORMATION

Lors des formalités d'adhésion, chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur, du règlement mutualiste ou de la notice d'information et pour les opérations non vie un document d'information normalisé.

Les modifications des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes sont portées à la connaissance du membre participant, de manière individuelle notamment par courrier simple, **mail** ou via le bulletin « L'hirondelle », qui lui est adressé 2 fois par an par courrier ou par mail.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, dans le cadre d'une opération collective, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle. Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

6 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 67. DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

En dehors des cas de dissolution judiciaire ou administrative prévus par les articles L. 212-15 et L. 212-16 du Code de la mutualité, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale. La Mutuelle en informe immédiatement l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, laquelle prononce alors la caducité de l'agrément. Dans le mois de la décision constatant la caducité de l'agrément, elle soumet, pour approbation, à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation, ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels. L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs, qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs et des membres du Comité d'Audit.

Le membre participant est également informé, dans les mêmes conditions ou **via le site web de la Mutuelle** (<http://www.pleyel-sante.fr>).

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère, ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Lorsque les relations entre la mutuelle et un membre participant, l'employeur ou une personne morale souscriptrice, s'effectuent de manière électronique, le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut, à tout moment, par tout moyen et sans frais, demander à la mutuelle d'y substituer un support papier.

Suite à cette demande, pour la poursuite de ses relations avec le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice, la mutuelle utilisera un support papier.

L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve, pour la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs ; elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale, à d'autres mutuelles ou unions ou fédérations, ou au Fonds de Solidarité et d'Action Mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du Code de la mutualité, ou au Fonds de Garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

A défaut de dévolution par l'assemblée générale ayant prononcé la dissolution, l'excédent de l'actif net sur le passif est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du code de la mutualité.

ARTICLE 68. INTERPRÉTATION

Les statuts, le règlement intérieur, le règlement mutualiste ou la notice d'information, le bulletin d'adhésion sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Approuvé par l'Assemblée Générale du 24 novembre 2022

1 PRÉAMBULE

ARTICLE 1. OBJET DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le présent règlement intérieur, établi en vertu de l'article 1 des statuts, a pour objet d'en préciser les conditions d'application.

Il est établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration peut y apporter des modifications qui s'appliquent immédiatement et sont présentées à la plus prochaine Assemblée Générale, pour ratification.

2 FORMATION ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : FORMATION DE LA MUTUELLE

ARTICLE 2. SIÈGE

Le Conseil d'administration peut autoriser le Bureau du Conseil à choisir le lieu d'implantation des Services Administratifs de la Mutuelle.

CHAPITRE 2 : COMPOSITION DE LA MUTUELLE

SECTION 1 • CONDITIONS D'ADHÉSION

ARTICLE 3. FORMALITÉS D'ADHÉSION

Toute adhésion donne lieu à l'envoi, au Service Administratif de la Mutuelle, d'un bulletin d'adhésion daté et signé comportant l'ensemble des renseignements requis, accompagné de toutes les pièces demandées.

Dans le cadre d'une opération collective, le bulletin d'adhésion est visé par l'entreprise ou la personne morale ayant adhéré à la Mutuelle.

ARTICLE 4. ADHÉSION DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS COLLECTIVES

Dans le cadre des opérations collectives (article 6 des statuts) l'adhésion des entreprises, des comités d'entreprise ou d'établissement ou autres personnes morales peut avoir lieu à tout moment. Elle est soumise à l'approbation du Conseil d'administration qui peut déléguer cette compétence, en application de l'article L114-17 du code de la mutualité au président du conseil d'administration ou au dirigeant opérationnel.

ARTICLE 5. ADHÉSION DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN

Les anciens salariés précédemment couverts par la Mutuelle, dans le cadre d'une opération collective à adhésion obligatoire en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation de frais médicaux, ainsi que les personnes qui étaient garanties du chef d'un assuré décédé, peuvent adhérer à la Mutuelle, dans les conditions particulières prévues à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « loi Evin »).

Le cas échéant, ils devront signer un bulletin d'adhésion, dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou la fin de la période de maintien de leurs garanties à titre temporaire, ou dans les six mois du décès du salarié membre participant.

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009, la garantie prend effet au plus tard au lendemain de la demande

ARTICLE 6. ADHÉSION DES ENFANTS DE MEMBRES PARTICIPANTS

Les enfants de membres participants ne remplissant plus les conditions fixées à l'article 5 §C des statuts pour se prévaloir de la qualité d'ayant droit peuvent continuer à bénéficier des prestations servies par la Mutuelle en adhérant eux-mêmes à la Mutuelle, moyennant la signature d'un bulletin d'adhésion.

SECTION 2 • DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 7. DÉMISSION DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS COLLECTIVES

La démission est considérée comme définitive. Le membre participant démissionnaire ne pourra plus prétendre au bénéfice des conditions de couverture définies dans le cadre de l'opération collective, sauf application des dispositions concernant la portabilité telles que prévues à l'article L911-8 du code de la sécurité sociale, ou en cas de retour au sein de l'entreprise, du comité d'entreprise ou d'établissement ou de la personne morale, suite à un départ volontaire, un licenciement ou une mutation hors de l'entité d'origine et à condition de signer un nouveau bulletin d'adhésion

ARTICLE 8. DÉMISSION DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

La démission est considérée comme définitive. Le membre participant démissionnaire pourra adhérer à nouveau à la Mutuelle, s'il respecte les conditions d'adhésion posées.

En principe, la démission d'un adhérent ne peut intervenir qu'au 31 décembre de l'année en cours et à condition d'avoir été donnée avant le 31 octobre. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées :

- Soit si l'intéressé justifie d'une adhésion à une autre Mutuelle, dans le cadre d'une opération collective à adhésion obligatoire,
- soit si l'intéressé résilie en application des dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité (disposition applicable aux garanties pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et ne comportant aucune autre garantie, à l'exception, le cas échéant,

des garanties couvrant les risques de perte d'autonomie, décès, incapacité de travail ou invalidité, ainsi que des garanties d'assistance, de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou d'indemnités en cas d'hospitalisation).

3 ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 10. PRÉSIDENTENCE ET CONSTITUTION DU BUREAU DE SÉANCE

L'Assemblée Générale est présidée par le Président, à défaut par le premier Vice-Président, à défaut, par le second Vice-Président, à défaut par le plus âgé des administrateurs présents.

Le Bureau de séance de l'Assemblée Générale est composé du Président ou de son remplaçant, tel que défini ci-avant, du Secrétaire Général de deux assesseurs/scrutateurs désignés parmi les délégués titulaires présents.

Le Dirigeant opérationnel de la Mutuelle assiste le Bureau de séance de l'Assemblée Générale et lui apporte toutes les informations nécessaires concernant les problèmes spécifiques à la gestion de la Mutuelle.

CHAPITRE 2 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 11. DÉMISSION D'OFFICE - PRÉSENCE PAR VISIOCONFÉRENCE OU TÉLÉCOMMUNICATION

11-1

Les administrateurs peuvent, par décision du Conseil d'administration, être déclarés démissionnaires d'office en cas d'absence, sans motif valable, à trois séances consécutives de celui-ci. Cette décision est ratifiée par la prochaine Assemblée Générale.

11-2

Conformément aux dispositions statutaires, sont réputés présents les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

4 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 13. SERVICE ADMINISTRATIF DE LA MUTUELLE

Le Service Administratif procède à l'enregistrement des adhésions, à la liquidation des droits des membres, à l'encaissement des cotisations et assure la gestion courante de la Mutuelle dans les limites fixées par les statuts, le présent règlement intérieur, les règlements mutualistes, les contrats collectifs.

ARTICLE 14. EXERCICE COMPTABLE

L'exercice comptable de la Mutuelle coïncide avec l'année civile.

ARTICLE 9. RADIATION

Peuvent être radiés par la Mutuelle les membres touchés par l'application de l'article 9 des statuts.

CHAPITRE 3 : PRÉSIDENT ET BUREAU

ARTICLE 12. DÉLÉGATION

Les délégations prévues à l'article 55 des statuts concernent l'exécution de tâches et la signature d'objets précis relevant des missions suivantes :

Pour le Président :

- engagement des dépenses courantes liées au fonctionnement normal de la Mutuelle, dans le cadre du budget prévisionnel
- organisation du travail du Service Administratif de la Mutuelle,
- exercice du pouvoir disciplinaire sur le personnel.

Pour le Secrétaire Général :

- tenue du fichier des adhérents et la conservation des archives,
- correspondance avec les services et organismes extérieurs à la Mutuelle,
- préparation des réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale et envoi des convocations à ces réunions.

Pour le Trésorier Général :

- versement des prestations normalement servies par la Mutuelle dans le cadre des dispositions des règlements mutualistes général et particuliers et des contrats collectifs,
- paiement des dépenses engagées dans le cadre de la gestion courante de la Mutuelle et du budget prévisionnel,
- règlement des dépenses engagées par le Président ou suite à des décisions du Bureau

DÉDIÉ UNIQUEMENT AUX OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

Approuvés par l'Assemblée Générale du 24 novembre 2022

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 portés 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 GÉNÉRALES » qui comporte les clauses générales applicables aux membres participants de la mutuelle adhérant de manière individuelle au règlement mutualiste;
- une deuxième partie intitulée « CLAUSES PARTICULIÈRES » qui vient compléter les « CLAUSES GÉNÉRALES » 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 1^{er} 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 1^{er} 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 :

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

A 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 1^{er} 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 1^{er} 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. A 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.

A 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 fautive 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 exercées 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'évènement 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 PARTICULIÈRES en contrepartie de la couverture correspondant aux garanties souscrites, pour eux et leurs ayants droit. Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. A 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. A 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. A 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'évènement, 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.

A 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.

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.

A 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 7^{ème} 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'évènement 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

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 2023, 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 2023, pour les mêmes garanties. Il s'élève à quatre-vingt-quatre virgule soixante-huit 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 2023, 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 2023, pour les mêmes garanties. Il s'élève à dix-neuf virgule dix-huit 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.

FICHE D'INFORMATION

Garantie Mutuelle Santé des Gens de Lettres

DOCUMENT À CONSERVER

PRÉAMBULE

La Société des Gens de Lettres SGDL, ci-après dénommée le Souscripteur, a souscrit auprès de Pleyel Santé, ci-après dénommée la Mutuelle, un contrat ayant pour objet la couverture et la gestion d'une garantie frais de santé en faveur de ses membres.

Ce contrat relève des dispositions figurant au Livre II du Code de la mutualité relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et répond au cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier 2018.

La Société des Gens de Lettres SGDL est une association régie par la loi de 1901, dont le siège social est situé Hôtel de Massa, 38 rue du Faubourg Saint Jacques 75014 Paris.

La Mutuelle Pleyel Santé est une mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 187 boulevard Anatole France 93200 Saint Denis.

La présente fiche d'information a pour objet de vous communiquer les dispositions et modalités de la garantie frais de santé comprenant deux niveaux de garantie. Les tableaux de prestations et de cotisations sont joints à la présente fiche d'information.

ARTICLE 1. DÉFINITIONS

Pour l'application des dispositions du présent document, il faut entendre par :

Souscripteur

L'association Société des Gens de Lettres (SGDL) ayant souscrit le contrat collectif à adhésion facultative au profit de ses membres relatif à la présente garantie frais de santé.

Membre participant

Le membre (personne physique) de l'association **Société des Gens de Lettres (SGDL)**, affilié en son nom propre à un régime français de protection sociale obligatoire et au profit duquel l'association a souscrit ledit contrat auprès de la Mutuelle pour la mise en œuvre de la garantie frais de santé à laquelle il a adhéré librement et pour laquelle il verse une cotisation.

Ayants droit

Le conjoint, pacsé, concubin, enfants à charge, personnes à charge tels que définis par le présent article, qui bénéficient, à la demande du Membre participant, de la garantie frais de santé définie au dit contrat et pour lesquels le Membre participant verse une cotisation. Sont également inclus ceux bénéficiant d'une gratuité de cotisations. Tout ayant droit doit être affilié à un régime français de protection sociale obligatoire.

Conjoint

La personne liée au Membre participant par le mariage non séparé judiciairement.

Pacsé

La personne liée au Membre participant par un pacte civil de solidarité non rompu. Une copie de l'attestation de Pacs doit être notamment fournie à la Mutuelle.

Concubin

La personne qui, au moment de son adhésion et des soins ou de l'évènement, vit en couple avec le Membre participant et sous le même toit depuis au moins 2 ans, aucun des deux n'étant par ailleurs marié ou pacsé.

La durée de vie commune peut être inférieure à deux ans si un enfant est né de cette union de fait.

Une déclaration sur l'honneur de concubinage doit être notamment fournie à la Mutuelle.

Enfant à charge

a- Les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis du Membre participant, de son conjoint, pacsé ou concubin, sous réserve qu'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

- considérés comme ayants droit du Membre participant, de son conjoint, pacsé ou concubin par la Sécurité sociale ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études entraînant ou non l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études à l'étranger et :
 - bénéficiant du régime obligatoire de Sécurité sociale de l'un des pays de la Communauté Européenne ou de la Suisse, où les études sont poursuivies ;
 - ou affiliés à la Caisse des Français à l'étranger, au titre de l'Assurance volontaire pour tous les autres pays ;
- ou âgés de moins de 26 ans à la recherche d'une première activité rémunérée et pouvant justifier de cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans, rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle, bénéficiant à ce titre d'une mesure d'aide à l'emploi, selon la législation en vigueur (stage ou contrat de travail), et pouvant justifier de cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans s'ils suivent une formation en alternance sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- ou quel que soit leur âge s'ils perçoivent des allocations prévues par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 sur les personnes handicapées, ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources mensuelles ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC.

b- Les enfants du Membre participant, non confiés à sa garde, mais pour lesquels

il est judiciairement tenu de verser une pension alimentaire, sous réserve qu'ils remplissent une des conditions ci-dessus.

Les pièces ci-dessous doivent notamment être fournies à la Mutuelle selon la situation de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance avec les mentions marginales à jour au moment de l'affiliation ;
- une copie de la carte d'étudiant ;
- une copie de l'attestation administrative d'attribution d'allocations personne handicapée ;
- les justificatifs de ressources ;
- une attestation de situation de recherche d'emploi ;
- une copie du jugement de divorce mentionnant le versement de la pension alimentaire ;
- un justificatif du bénéfice d'une mesure d'aide à l'emploi.

Personne à charge

La personne, autre que les enfants, le conjoint, pacsé ou concubin définis ci-dessus, vivant au foyer du Membre participant depuis au moins douze mois consécutifs et pour laquelle :

- le Membre participant, son conjoint, pacsé ou concubin a été autorisé par l'administration fiscale à déduire de son revenu global le montant de la pension alimentaire qui lui verse, ou
 - une part supplémentaire dans le calcul du quotient familial du Membre participant a été accordée par l'administration fiscale.
- Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à la Mutuelle.

ARTICLE 2. ADHÉSION DU MEMBRE PARTICIPANTS ET DES AYANTS DROIT

2.1 Modalités et date d'effet de l'adhésion

La présente garantie frais de santé étant à adhésion facultative, le Souscripteur s'engage à proposer à ses membres présents et futurs, répondant à la définition de l'article 1, l'adhésion à ladite garantie.

Les membres du Souscripteur, tels que définis ci-dessus, désirant adhérer à la présente garantie frais de santé pour eux-mêmes et leurs éventuels ayants droit répondant à la définition de l'article 1 doivent remplir et signer un bulletin d'adhésion et l'envoyer à la Mutuelle accompagné des pièces justificatives mentionnées au bulletin d'adhésion.

Après accord de la Mutuelle, l'adhésion à la garantie frais de santé prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt au 1er jour du mois suivant la date de réception dudit bulletin par la Mutuelle pour le Membre participant et les ayants droit figurant sur ledit bulletin.

L'adhésion est alors matérialisée par l'envoi d'un courrier par la Mutuelle comportant notamment le nom du Membre participant et de ses éventuels ayants droit, la date d'effet de l'adhésion, le niveau de garantie choisi, le montant et la périodicité des cotisations. Est joint à ce courrier la carte d'adhérent à la Mutuelle et l'échéancier des cotisations pour l'année en cours.

Lors de l'adjonction d'un ayant droit postérieurement à l'adhésion du Membre participant, l'adhésion de l'ayant droit prend effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande d'adjonction par la Mutuelle sous réserve de réception des pièces justificatives relatives à la qualité d'ayant-droit. Toutefois, en cas de naissance d'un ayant-droit postérieurement à l'adhésion du Membre participant, l'adjonction dudit ayant-droit peut prendre effet le jour de sa naissance si le Membre participant le demande.

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

2.2 Choix du niveau de garantie

Le choix du niveau de garantie est effectué par le Membre participant au moment de son adhésion.

Le niveau de garantie choisi par le Membre participant s'applique dans tous les cas aux ayants droit qui lui sont rattachés.

Le changement de niveau de garantie pour un niveau plus élevé s'effectue, annuellement, au 1er janvier qui suit la demande du Membre participant, sous réserve de la réception de cette demande par la Mutuelle avant le 1er décembre de l'année en cours.

Le changement de niveau de garantie pour un niveau moins élevé n'est possible qu'après trois ans minimum d'adhésion au niveau de garantie le plus élevé et s'effectue, annuellement, au 1er janvier qui suit la demande du Membre participant sous réserve de réception de cette demande par la Mutuelle avant le 1er décembre de l'année en cours.

La durée minimale de trois années civiles fixées ci-dessus s'applique sous réserve des dispositions des articles 5, 6 et 11.

2.3 Durée de l'adhésion

Sous réserve du paiement des cotisations, l'adhésion se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, pour une durée d'un an.

Elle prend fin en cas de cessation de la garantie telle que définie à l'article 7.

ARTICLE 3 INFORMATION DU MEMBRE PARTICIPANT

Le Souscripteur s'engage à remettre à chaque Membre participant une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit

notamment les garanties prévues par la présente garantie frais de santé et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Le Souscripteur s'engage aussi à remettre à chaque Membre participant un exemplaire des statuts et règlement intérieur de la Mutuelle. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants par avenant au contrat relatif à la présente garantie frais de santé, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Membre participant en lui remettant une nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Conformément à l'article L.221-6 du code de la Mutualité, la preuve de la remise de la notice, des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle aux Membres participants ainsi que les informations relatives aux modifications apportées au contrat relatif à la présente garantie frais de santé incombe au Souscripteur.

ARTICLE 4 RENONCIATION

4.1 Faculté de rétractation en cas de vente à distance

En cas de vente à distance par correspondance, via internet, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement de la Mutuelle, le Membre participant a le droit de renoncer à son adhésion, sans donner de motif ni supporter de pénalités, dans un délai de 14 jours calendaires à compter :

- de la prise d'effet de la garantie,
- ou 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.

Concernant ledit délai, il est 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 à renonciation, le Membre participant doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté. Il peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation figurant à l'article 4.3 mais ce n'est pas obligatoire.

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

- soit par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège social de la Mutuelle : Pleyel santé – Service Administratif de la Mutuelle -187 bd Anatole France - 93200 Saint Denis ;
- soit par courriel à l'attention du Service Administratif de la Mutuelle à l'adresse mutuelle@pleyel-sante.fr.

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 procèdera 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.

La renonciation du Membre participant à son adhésion entraîne celle des ayants droits qui lui sont rattachés.

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.

4.2 Renonciation consécutive à une modification apportée aux droits et obligations du Membre participant
En cas d'émission d'un avenant au présent Contrat modifiant les droits et obligations des Membres participants, le Souscripteur est tenu d'informer chaque Membre participant en lui remettant une nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle conformément à l'article 3.

Le Membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du jour où la nouvelle notice lui a été remise.

Pour exercer son droit à renonciation, le Membre participant doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté. Il peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation figurant à l'article 4.3 mais ce n'est pas obligatoire.

Il envoie une lettre recommandée avec avis de réception avant l'expiration du délai de renonciation au siège social de la Mutuelle, Pleyel Santé – Service Administratif de la Mutuelle -187 bd Anatole France - 93200 Saint Denis,

La date d'effet de la renonciation est fixée à la fin du mois qui précède la modification apportée aux droits et obligations du Membre participant.

La renonciation entraîne la restitution par la Mutuelle de l'intégralité des sommes versées par le Membre participant, sous déduction des éventuels remboursements effectués pendant cette période, au plus tard trente jours à compter du jour où la Mutuelle est informée de la décision de renonciation du Membre participant.

La renonciation du Membre participant à son adhésion entraîne celle des ayants droit qui lui sont rattachés.

4.3 Modèle de formulaire type de renonciation

« Je vous notifie par la présente ma renonciation 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

ARTICLE 5. DÉMISSION

Le Membre participant peut démissionner en dénonçant son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception au Service administratif de la Mutuelle :

- dans le courant de l'année, en joignant une attestation d'affiliation à un contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire. Cette dénonciation est effective à la fin du mois de la date d'effet de l'affiliation au régime frais de santé complémentaire obligatoire sous réserve de réception de la demande de dénonciation et du justificatif par la Mutuelle dans les deux mois suivant ladite date d'effet. Au-delà du délai de 2 mois, la démission prendra effet à la fin du mois de la date d'accusé du dépôt du recommandé, le cachet de la poste faisant foi ;

- avant le 31 octobre de l'année en cours pour une démission effective au 31 décembre minuit de ladite année.

Le Membre participant ne pourra plus adhérer à la présente garantie frais de santé ultérieurement pour lui-même et ses éventuels ayants droit qu'après un délai de 24 mois.

La dénonciation de son adhésion par le Membre participant entraîne celle des ayants droit qui lui sont rattachés.

Le Membre participant peut également dénoncer l'adhésion de l'un de ses ayants-droit dans les conditions prévues ci-dessus.

ARTICLE 6. SUSPENSION DE L'ADHÉSION

Le Membre participant venant à bénéficier de la CMU complémentaire (CMUC) ou adhérent à un contrat sélectionné au titre de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) peut demander la suspension de son adhésion pendant l'application des dits dispositifs en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception au Service administratif de la Mutuelle à laquelle est jointe une attestation de droits à la CMU complémentaire (CMUC) ou une attestation d'adhésion à un contrat sélectionné au titre de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Cette suspension est effective à la date d'effet des droits à la CMUC ou d'adhésion à une complémentaire ACS sous réserve de réception de la demande de suspension et du justificatif par la Mutuelle dans les deux mois suivant ladite date d'effet. Au-delà du délai de 2 mois, la suspension prendra effet à compter de la date d'accusé du dépôt du recommandé, le cachet de la poste faisant foi.

La suspension de l'adhésion du Membre participant entraîne pendant sa durée la cessation temporaire de la garantie pour le Membre participant et celle des ayants droit qui lui sont rattachés.

En cas de droits à la CMUC ou d'adhésion à un contrat sélectionné au titre de l'ACS d'un de ses ayants droit bénéficiaire de la garantie du Contrat, le Membre participant peut effectuer une demande de suspension de l'adhésion de l'ayant droit concerné dans les conditions définies ci-dessus.

Pendant la durée de cette suspension, l'ayant droit concerné cesse de bénéficier de la garantie du Contrat.

ARTICLE 7. CESSATION DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

La garantie cesse définitivement au plus tard, pour le Membre participant et ses éventuels ayants droit :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat relatif à la présente garantie frais de santé ;
- à la fin du mois de la date à laquelle le Membre participant perd sa qualité de membre du Souscripteur ;
- en cas de renonciation à son adhésion par le Membre participant pour lui-même et ses ayants droit ;
- à la date d'effet de la démission du Contrat par le Membre participant pour lui-même et/ou ses ayants droit ;
- à la date d'effet de la radiation par la Mutuelle du Membre participant et ses ayants droit en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 11 ;
- en cas d'exclusion du Membre participant et/ou de ses ayants droit par la Mutuelle dans les conditions définies à l'article 10 des statuts de la Mutuelle ;
- à la date du décès du Membre participant.

En outre pour les ayants droit, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 1.

La cessation de la garantie pour le Membre participant entraîne en tout état de cause celle des ayants droit qui lui sont rattachés.

ARTICLE 8. OBLIGATION DE SIGNALEMENT DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION

Les Membres participants doivent impérativement signaler à la Mutuelle dans les deux mois qui suivent l'évènement, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par courriel, 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 la CMUC,
 - 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 rupture du contrat de travail (licenciement, démission, 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 de dépôt du recommandé, le cachet de la poste faisant foi ou à compter de la date d'envoi du courriel, 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 que lors de l'émission du prochain avis d'échéance annuel. 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, rétroactivement, à la date de l'évènement, le Membre participant étant tenu de régulariser le paiement des cotisations dues à la Mutuelle.**

ARTICLE 9. FAUSSE DÉCLARATION

9.1 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.

9.2 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 contrat. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir la garantie prévue au Contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion à la garantie prévue au contrat 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.

ARTICLE 10. PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

10.1 Montant des prestations

Les Membres participants ont droit aux prestations d'assurance de la Mutuelle, en cas de dommages corporels causés par la maladie ou un accident 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.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le cadre de la présente garantie frais de santé figurent au tableau des prestations joint à la fiche d'information.

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 Conditions particulières.

Toutes les prestations d'assurance versées par la Mutuelle sont :

- **Solitaires** : la loi qualifie une garantie frais de santé de solitaire lorsque la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et pour les adhésions ou souscriptions, ne recueille aucune information médicale,
- **Responsables** selon les dispositions ci-dessous.

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 mentionnée à l'article R160-5 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° du même article),
- la prise en charge intégrale, et sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier. Conformément à ces mêmes dispositions du Code de la Sécurité sociale, en cas de prise en charge par le Contrat, le montant des prestations, pour les postes suivants, 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 honoraires et actes des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-CO (anciennement Contrat d'Accès aux Soins – CAS).
 - Les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel.

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.

Les remboursements en optique s'effectuent dans la limite des planchers et des plafonds prévus à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale en fonction des corrections visuelles.

Les garanties comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique médicale tous les 24 mois (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (un équipement par an et par bénéficiaire).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ce délai de 24 mois s'apprécie à compter de la date d'acquisition d'au moins un des deux éléments de l'équipement.

Il est à noter que le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si le Membre participant ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

Outre le remboursement des frais médicaux, les Membres participants bénéficient de l'accès aux œuvres sociales de la Mutualité Française : centre de soins, pharmacies, laboratoires, cabinets dentaires ou d'optique etc...

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre participant et de ses ayants droit de toute nature après les remboursements auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du code de la sécurité sociale.

10.2 Justificatifs à fournir

Toutes les pièces sollicitées par la Mutuelle à l'occasion d'une demande de prise en charge sont nécessaires à l'instruction du dossier et doivent lui être communiquées. A 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 participant 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.

A 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.

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'indemnité 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.

A 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.

10.3 Versement des prestations

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées à la Mutuelle dans les deux ans suivant la date des soins, la date de l'acte ou la date d'achat.

Grâce à une liaison directe entre la Mutuelle et le régime obligatoire de la Sécurité Sociale (système NOEMIE - Norme Ouverte d'Echange Maladie entre les Intervenants Extérieurs), les remboursements sont accélérés, les Membres participants n'ayant pas à transmettre leurs décomptes à la Mutuelle.

Selon les dispositions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, les Membres participants ont la possibilité de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties mentionnées audit article. La notice d'information en précise les conditions.

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

Seules les prestations dont la date des soins est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat et antérieure à la date de suspension ou de cessation de la présente garantie,

telles que définies respectivement aux articles 6 et 7, peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

10.4 Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au Membre participant ou à l'ayant droit 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 11. COTISATIONS FRAIS DE SANTÉ

11.1 Assiette et montant

L'assiette de cotisation est le plafond de la Sécurité sociale.

Les montants des cotisations sont établis en tenant compte du niveau de garantie choisi par le Membre participant, du nombre et de la qualité des bénéficiaires de la garantie. Les taux de cotisations sont indiqués au tableau des cotisations joint à la fiche d'information. En cas de changement de situation du Membre participant, la Mutuelle modifiera, le cas échéant, le montant de cotisation dans les conditions définies à l'article 8.

Le montant des cotisations n'est pas proratisé. En cas de cessation de la garantie, la cotisation des Membres participants et/ou des ayants droit est due jusqu'à la fin du mois concerné.

11.2 Paiement des cotisations

Les Membres participants s'engagent au paiement des cotisations en contrepartie de la couverture correspondant aux garanties souscrites, pour eux-mêmes et leurs éventuels ayants droit. Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles peuvent néanmoins être fractionnées et être semestrielles, trimestrielles ou mensuelles. La périodicité de paiement est choisie par le Membre participant au moment de son adhésion.

Le Membre participant autorise la Mutuelle à prélever son compte bancaire ou postal. A défaut de prélèvement automatique possible, le paiement par chèque ou par tout autre moyen de paiement légalement admis sera accepté.

Courant décembre, la Mutuelle envoie aux Membres participants l'échéancier des cotisations de l'année suivante. Les cotisations ou fractions de cotisations doivent être encaissées le 10 ou le 15 du mois concerné.

11.3 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement d'une ou plusieurs cotisations ou fractions de cotisations et conformément aux dispositions de l'article L221-8 du Code de la mutualité, la Mutuelle se réserve le droit de procéder à la radiation du Membre participant et de ses ayants droit.

En application des dispositions de l'article L221-8 du code de la Mutualité, le Membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance, peut être exclu. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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 automatiquement au Membre participant.

ARTICLE 12. 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.

A cet égard, une allocation « naissance » est accordée au parent Membre participant, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance ou d'un extrait d'adoption et sous réserve que le Membre participant demande l'adjonction de l'enfant à la Mutuelle en tant qu'ayant droit.

Si l'enfant est mort-né, ladite allocation est accordée sur présentation d'un certificat d'accouchement, à condition que l'accouchement soit intervenu, au plus tôt, dans le 7ème 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 13. 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 fautive 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 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 en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

ARTICLE 14. INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies par la Mutuelle, responsable du traitement, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion du contrat, de l'adhésion au contrat, de sa gestion (y compris commerciale) et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Ces

informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels les Membres participants ou ayants droit bénéficient de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.

Les informations sont traitées dans des conditions conformes à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés.

Les Membres participants, les membres honoraires et les ayants droit ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose :

- d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations les concernant. Pour ce faire, un courrier peut être adressé au siège social de la Mutuelle : Pleyel Santé, 187 bd Anatole France, 93200 Saint Denis,
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

ARTICLE 15. RÉCLAMATION – LITIGE ET MÉDIATION

15.1 Réclamation

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un Souscripteur, Membre participant, ayant droit, ci-après dénommé « le Demandeur », envers la Mutuelle. N'est pas une réclamation une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis. Pour être recevable, toute réclamation doit être formulée auprès de la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Le Demandeur peut, sans préjudice des actions en justice qu'il a la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser sa réclamation à la Mutuelle dans les conditions suivantes :

1^{er} contact : Interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant les garanties, le Demandeur doit en premier lieu contacter son interlocuteur habituel par téléphone, par courrier ou par courriel. Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet de la Mutuelle : www.pleyel-sante.fr

2^{ème} contact : Service réclamations clients

Si une incompréhension subsiste, le Demandeur peut en second lieu faire appel au Service réclamation clients à l'adresse suivante :

Par voie postale : Pleyel Santé - Service réclamations clients - 187 bd Anatole France - 93200 Saint Denis

Par courriel : mutuelle@pleyel-sante.fr

Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet de la Mutuelle : www.pleyel-sante.fr

15.2 Litige et médiation

Tout litige concernant l'application du contrat est examiné, en premier lieu, par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

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 par mail aux coordonnées suivantes :

Par courrier : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française FNMF

255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Par mail : mediation@mutualite.fr

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

- Le Membre participant ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté,

au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite;

- 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 participant 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.

ARTICLE 16. 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.

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

ARTICLE 17. LOI ET LANGUE APPLICABLES – JURIDICTION COMPÉTENTE

Les relations contractuelles établies entre le Souscripteur, les Membres participants et ses éventuels ayants droit 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 applicables auxdits organismes.

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

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige, soit le juge de proximité, soit le tribunal d'instance, soit le tribunal de grande instance).

ARTICLE 18. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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, 75436 PARIS.

ARTICLE 19. SERVICE NON CONTRACTUEL

L'adhésion du Membre participant au Contrat lui permet de bénéficier des services non contractuels d'assistance à domicile et vie quotidienne d'Audiens Assistance.

Pour toute demande d'assistance

Tél. : 05 49 76 66 03

24 heures sur 24 et 7 jours sur 7

en communiquant la référence du contrat « Audiens Prévoyance 1000 ».

La notice Audiens Assistance est consultable sur le site www.audiens.org.