

MUTUELLE DES ÉLUS LOCAUX

CAREL MUTUELLE

RÈGLEMENT MUTUALISTE DU RÉGIME SANTÉ

Valant conditions générales en vigueur à effet du 1^{er} juillet 2016
Approuvé par l'assemblée générale du 23 juin 2016

Assureur des garanties : Mutuelle des Élus Locaux dite CAREL Mutuelle
Mutuelle régie par le Code de la mutualité
SIREN n° 388 887 259
Siège social : 26 boulevard de Sébastopol 75004 PARIS

Adhérente de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
SIREN n° 304 426 240
Siège social : 255 rue de Vaugirard 75015 PARIS

Substituée par ADREA Mutuelle
SIREN n° 311 799 878
Siège social : 25 place de la Madeleine 75008 PARIS

Le présent règlement mutualiste établit les droits et obligations de la Mutuelle des Élus Locaux, ci-après CAREL Mutuelle, et de ses membres participants et bénéficiaires.

Il fixe leurs engagements réciproques dans le cadre du régime santé proposé par la CAREL Mutuelle

Il a été adopté par l'assemblée générale du 23/06/2014 sur proposition du conseil d'administration et définit, à effet du 1^{er} juillet 2014, le contenu et la durée des engagements contractuels existant entre CAREL Mutuelle et chaque membre participant ou honoraire, en matière de prestations et de cotisations.

Toutes les dispositions légales ou réglementaires d'ordre public qui interviendraient postérieurement à l'adoption de ce règlement mutualiste seront immédiatement applicables et devront y être intégrées lors de la première assemblée générale suivant leur entrée en vigueur.

TITRE I - PRINCIPES ET VALEURS MUTUALISTES

L'adhésion à une garantie santé de CAREL Mutuelle obéit aux règles imposées par :

- le Code de la mutualité
- les statuts de CAREL Mutuelle
- le règlement intérieur de CAREL Mutuelle.
- le présent règlement mutualiste
- le bulletin d'adhésion dûment renseigné, daté et signé

Les modalités de fonctionnement décrites dans ces différents documents sont fondées sur des principes et valeurs mutualistes de solidarité consistant notamment :

A refuser l'exclusion : Le régime santé de CAREL Mutuelle permet de bénéficier d'une couverture complémentaire et/ou surcomplémentaire et de la conserver tout au long de sa vie.

A refuser toute sélection médicale qui consisterait à n'accepter que les personnes en bonne santé.

CAREL Mutuelle couvre chacun, quel que soit son état de santé, et ne majore pas les cotisations en cas de surconsommation médicale.

TITRE II - OBJET DE L'ADHÉSION

L'adhésion à une garantie santé de CAREL Mutuelle a pour objet d'assurer aux élus locaux qui détiennent un mandat électif, ainsi qu'à leurs ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion, le versement de prestations en complément de celles servies, en nature, par les régimes d'assurance maladie obligatoires ou volontaires, en fonction du niveau des garanties proposées par CAREL Mutuelle et dans la limite des dépenses engagées. Certaines prestations, non prises en charge par ces régimes, peuvent également être allouées aux bénéficiaires des garanties complémentaires ou surcomplémentaires santé, proposées par CAREL Mutuelle.

TITRE III - CONDITIONS DE L'ADHÉSION

I. Adhérents – Bénéficiaires

Se voient reconnaître la qualité d'adhérent ou de bénéficiaire du régime les membres participants et leurs ayants droit tels que définis au présent titre.

II. Adhésion au régime

Peuvent adhérer à une garantie santé de CAREL Mutuelle, en tant que membres participants, les élus détenant, au jour de leur demande d'adhésion, un mandat électif local ou national et bénéficiant d'un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie et remplissant les conditions fixées par l'article 7 des statuts de la CAREL Mutuelle.

Les membres participants doivent compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion et fournir une photocopie de leur carte d'assuré social.

Toute fausse déclaration peut entraîner l'exclusion du membre participant dans les conditions précisées à l'article 12 des statuts.

III. Ayants droit

Outre les membres participants tels que définis au Titre III – I du présent règlement mutualiste, bénéficient également d'une garantie santé de CAREL Mutuelle les ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion.

Ont la qualité d'ayants droit :

- le conjoint légitime ou séparé
- le concubin
- le partenaire lié par un PACS
- les enfants de moins de 26 ans vivant sous le toit de l'adhérent et fiscalement à sa charge

Tous ces bénéficiaires sont inscrits sur le même bulletin d'adhésion et bénéficient des mêmes garanties que le membre participant.

Des dérogations sont admises :

- si l'un des ayants droit est reconnu par son régime obligatoire d'assurance maladie invalide ou bénéficiaire des dispositions de l'article 115 du Code des pensions militaires,
- si l'un des ayants droit exerce une profession indépendante et souhaite voir prélever ses cotisations personnelles sur un compte bancaire spécifique afin de pouvoir bénéficier des dispositions de la Loi Madelin,
- si le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS est affilié obligatoirement à un contrat groupe.

IV. Enfants nouveaux-nés ou adoptés

Les enfants nouveaux-nés ou adoptés en cours d'adhésion du membre participant sont, concernant la garantie surcomplémentaire, exonérés du versement de la part de cotisation afférente à leur mois de naissance ou d'adoption si la demande d'affiliation est effectuée dans les trois mois suivant la naissance ou l'adoption.

V. Mariage

Le conjoint et ses enfants sont exonérés du versement de la part de cotisation afférente au mois du mariage si la demande d'affiliation est effectuée dans les trois mois suivant la date du mariage.

VI. PACS

Le partenaire et ses enfants sont exonérés du versement de la part de cotisation afférente au mois de signature du PACS si la demande d'affiliation est effectuée dans les trois mois suivant la date de signature du PACS.

VII. Limite d'âge

Toutes les garanties santé de CAREL Mutuelle sont accessibles sans limite d'âge.

VIII. Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet rétroactivement au 1^{er} jour du mois de la demande si le dossier complet parvient à ADREA Mutuelle / CAREL Mutuelle - 12 avenue du 6 juin 14028 CAEN CEDEX 9 ou au siège de CAREL Mutuelle - 26, boulevard de Sébastopol 75004 Paris avant le 15 du mois considéré.

A défaut, elle prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant.

La date d'effet de l'adhésion ne se confond pas avec la date d'effet des garanties, sauf en cas de dispense de la période de stage visée au Titre IV du présent règlement mutualiste.

IV. Durée de l'adhésion

L'adhésion est annuelle et renouvelable par tacite reconduction d'année civile en année civile.

A l'issue de son mandat électif, le membre participant peut demeurer affilié en qualité d'ancien élu et ses ayants droit peuvent conserver leur qualité de bénéficiaires de la garantie santé CAREL Mutuelle souscrite.

L'adhésion peut prendre fin dans les conditions prévues aux Titres XIV, XV et XVI du présent règlement mutualiste (démission, radiation, exclusion).

TITRE IV - PÉRIODES DE STAGE

Tous les bénéficiaires d'une garantie santé de CAREL Mutuelle sont soumis à une période de stage de six mois pour les prestations optique et dentaire.

La période de stage est un délai durant lequel le droit à remboursement des prestations n'est pas actif. Elle se calcule à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Exemple:

Adhésion au 1^{er} janvier :

- *droit au remboursement des prestations médicales ouvert à compter du 1^{er} avril*
- *droit au remboursement des prestations optique, dentaire et hospitalisation à compter du 1^{er} juillet*

Sont exonérés de ces périodes de stage :

- le conjoint et ses ayants droit inscrits dans les trois mois suivant la date de mariage;
- le partenaire lié par un PACS et ses enfants inscrits dans les trois mois suivant la date de signature du PACS ;
- les enfants adoptés inscrits dans les trois mois suivant leur adoption, sous réserve que le membre participant ait lui-même terminé sa période de stage ;
- le membre participant ou l'ayant droit venant en mutation d'une mutuelle affiliée à la Fédération Nationale de la Mutualité Française ou de tout autre organisme de prévoyance ;

Dans ce cas, un certificat de mutation ou de radiation sera demandé et le stage sera supprimé uniquement pour ce qui concerne les services ou les risques antérieurement garantis et à la condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption de couverture de plus de trois mois.

TITRE V - CHANGEMENT DE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Tout changement de régime d'assurance maladie doit être signalé dans le mois qui suit l'évènement qui y donne lieu.

Dans le cas contraire, le membre participant qui ne remplirait plus les conditions d'affiliation à sa garantie sera transféré d'office dans la garantie de niveau similaire correspondant à sa nouvelle situation et ce, à effet du 1^{er} jour du mois en cours.

TITRE VI - CHANGEMENT DE GARANTIE

I. Pour convenance personnelle du membre participant

Le membre participant doit présenter la demande de changement de garantie par écrit à CAREL Mutuelle avant le 31 octobre.

Le changement de garantie ne peut intervenir au plus tôt qu'au 1^{er} janvier de l'année qui suit l'adhésion ou le précédent changement de garantie.

Exemple :

Adhésion en mars 2013 – demande de changement de garantie en juillet 2013 – prise d'effet du changement au 1^{er} janvier 2014.

En tout état de cause, le changement de garantie ne peut intervenir qu'au 1^{er} janvier de l'année civile qui suit la demande.

Exemple :

Adhésion en mars 2011 – demande de changement en janvier 2013 – prise d'effet du changement au 1^{er} janvier 2014.

II. Sur l'initiative de CAREL Mutuelle

Le changement de garantie pourra intervenir en fonction des évolutions législatives et réglementaires ou sur toute décision de l'assemblée générale de CAREL Mutuelle si l'intérêt de l'ensemble des membres participants le nécessite.

TITRE VII - PRESTATIONS : CONTENU DES GARANTIES

I. Garantie Complète CARELIA, CARELIA I et CARELIA II

Les prestations accordées dans le cadre des garanties CARELIA, CARELIA I et CARELIA II garantissent un remboursement de CAREL Mutuelle en pourcentage du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, dans la limite des dépenses engagées par le bénéficiaire.

Pour les membres participants commerçants ou exerçant une profession libérale, affiliés au régime obligatoire des travailleurs non salariés (TNS), les garanties CARELIS, CARELIS I et CARELIS II assurent un total de remboursement identique à celui de CARELIA, CARELIA I ou CARELIA II en prenant en compte les spécificités du régime obligatoire.

Le tableau détaillé des prestations des garanties CARELIA, CARELIA I et CARELIA II est annexé au présent règlement mutualiste.

II. Garantie Surcomplémentaire CARELIA Plus

La garantie surcomplémentaire CARELIA Plus est une garantie dont les prestations viennent s'ajouter, dans la limite des dépenses engagées, aux garanties complètes CARELIA, CARELIA I et CARELIA II ou à toute autre garantie de base mutualiste ou d'assurance, détenue par le membre participant et, le cas échéant, par ses ayants droit.

Le tableau détaillé des prestations de la garantie CARELIA Plus est annexé au présent règlement mutualiste.

III. Cumul de garanties

Les membres participants et leurs ayants droit peuvent cumuler la garantie surcomplémentaire CARELIA Plus à l'une des garanties complètes CARELIA, CARELIA I et CARELIA II.

IV. Anciennes garanties complètes et surcomplémentaires

Les prestations accordées dans le cadre des anciennes garanties complètes et garanties surcomplémentaires de CAREL Mutuelle sont maintenues.

TITRE VIII - PRESTATIONS : CONDITIONS GÉNÉRALES

I. Principe général

Le remboursement des dépenses de maladie par CAREL Mutuelle, qu'il s'agisse de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail, ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant ou de l'ayant droit, après remboursement du régime obligatoire.

Le ticket modérateur correspond à la différence entre le tarif conventionnel de la Sécurité sociale et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale.

En cas de non conventionnement ou de déconventionnement, le remboursement de CAREL Mutuelle se calcule sur la base du dernier tarif conventionnel connu et non sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

En cas de modification des taux de remboursement de la Sécurité sociale, CAREL Mutuelle se réserve la possibilité d'adapter ses propres prestations à ces nouveaux taux de remboursement.

Il n'y a pas de participation de CAREL Mutuelle sur les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou le régime obligatoire, sauf prestations spécifiques définies et expressément visées au présent règlement mutualiste.

II. Conditions préalables

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants et leurs ayants droit doivent être à jour de leurs cotisations et avoir accompli les stages prévus au Titre IV du présent règlement mutualiste.

Ils doivent en outre avoir leurs droits ouverts auprès du régime d'assurance maladie dont ils relèvent ou avoir obtenu la prise en charge préalable par ce régime des dépenses pour lesquelles les prestations complémentaires sont demandées.

III. Pièces à fournir

Pour les adhérents des garanties CARELIA, CARELIA I et CARELIA II et des anciennes garanties complètes, les prestations sont versées au vu du relevé des remboursements du régime obligatoire, de la facture de l'établissement ou du professionnel de santé et suivant la date des soins indiquée par le régime obligatoire.

Pour les adhérents de la garantie surcomplémentaire CARELIA Plus et des anciennes garanties surcomplémentaires, les prestations sont versées au vu du décompte de remboursement de la mutuelle ou d'assurance de base du membre participant ou de l'ayant droit.

IV. Demandes de devis

Afin de connaître, avant la réalisation de leurs soins ou de leurs dépenses, le montant des prestations optiques ou dentaires auxquelles ils peuvent prétendre, les membres participants ou ayants droit peuvent demander un devis écrit auprès du service gestion d'ADREA Mutuelle : 12 avenue du 6 juin 14028 CAEN CEDEX 9.

VI Dispositions propres aux mineurs

Sur demande expresse de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans peuvent être identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre les droits.

Ils percevront dès lors à titre personnel les prestations des garanties santé de CAREL Mutuelle.

VI. Soins en dehors du territoire national

Des prestations peuvent être allouées par les garanties santé de CAREL Mutuelle dans le cas de soins reçus hors du territoire national s'il y a prise en charge des frais correspondants par le régime d'assurance maladie auquel appartient le membre participant ou l'ayant droit.

VII. Assurances multiples

Si, à l'occasion d'une maladie, d'un accident ou d'un décès, le membre participant ou l'un de ses ayants droit peut prétendre à des indemnités en vertu d'une garantie de même nature, résultant d'un régime particulier de prévoyance ou d'un contrat d'assurance, antérieur ou non à son adhésion à la garantie santé CAREL Mutuelle, les prestations dues au titre de cet événement viennent toujours en complément et après épuisement de celles qui pourront être garanties par tous les autres organismes.

Dans ce cas, CAREL Mutuelle n'intervient, dans le cadre de la garantie souscrite, que si le cumul des prestations allouées par les autres organismes est inférieur aux frais réellement engagés et si les conditions préalables de remboursement sont remplies.

VIII. Sommes indûment perçues

Quels que soient l'origine ou le motif de l'indu, les sommes correspondantes sont recouvrables auprès du membre participant ou de l'ayant droit sur la base des articles :

– 1235 du Code civil :

« Tout paiement suppose une dette : ce qui a été payé sans être dû est sujet à répétition. »

– 1376 du Code civil :

« Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu. »

IX. Forclusion

Les demandes de remboursement accompagnées des justificatifs nécessaires doivent parvenir à l'adresse indiquée par CAREL Mutuelle au plus tard 24 mois après la survenance de l'événement donnant lieu au paiement de la prestation.

Au-delà de cette période, CAREL Mutuelle ne verse plus la prestation correspondante.

TITRE IX - PRESTATIONS : CONDITIONS PARTICULIÈRES

Le caractère responsable ou non responsable des garanties est précisé sur le tableau des prestations. Les garanties responsables respectent l'ensemble des critères indiqués en annexe 1 du présent règlement mutualiste.

I. Allocation frais d'obsèques

CAREL mutuelle assure à ses membres participants et à leurs ayants droit couverts par la mutuelle, le bénéfice de la garantie complémentaire proposée en inclusion par CAREL Mutuelle, en application de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, au titre d'un contrat collectif, à effet du 01 janvier 2013, souscrit auprès d'ADREA Mutuelle, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, ayant son siège social au 25 place de la Madeleine 75008 PARIS, immatriculée SIREN n° 311 799 878.

CAREL mutuelle est tenue de remettre à ses membres participants lors de leur adhésion, la notice d'information établie par ADREA Mutuelle, correspondant au contrat collectif sus-énoncé, dont ils bénéficient. Cette notice définit les garanties offertes, leurs modalités d'application ainsi que les formalités à remplir en cas de sinistre.

II. Frais de transport sanitaires et non sanitaires

Les frais de transport sanitaires et non sanitaires (ambulances, véhicule sanitaire léger, taxi, etc.) ne sont pris en charge qu'en complément d'une prise en charge par le régime d'assurance maladie auquel appartient le membre participant ou l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion.

III. Hospitalisation

CAREL mutuelle peut, en cas d'hospitalisation, prendre en charge des frais restant à la charge du membre participant ou de l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion du fait de dispositions législatives ou réglementaires (forfait journalier) et de frais restant à la charge du bénéficiaire du fait de l'absence de prise en charge par leur régime d'assurance maladie en raison de leur caractère personnel.

1°/ Le forfait hospitalier

Institué par la Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983, le forfait journalier est une participation financière demandée au patient hospitalisé pour l'hébergement et l'entretien.

2°/ Frais de séjour non-remboursés

La partie des frais de séjour du membre participant ou de l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion, non-remboursée par son régime d'assurance maladie obligatoire, peut être prise en charge par CAREL Mutuelle dans les conditions prévues par la garantie souscrite et sans que le bénéficiaire ait à en faire l'avance.

Pour cela, l'établissement ayant passé convention avec CAREL Mutuelle adressera à cette dernière une demande de prise en charge.

3°/ Chambre particulière

Les frais de chambre particulière donnent lieu, du 1^{er} au 30^e jour d'hospitalisation continue, au versement d'une somme forfaitaire journalière définie au tableau de prestations, visé au Titre VII – III du présent règlement mutualiste.

Le transfert du patient dans un autre établissement ou service, ouvre droit à une nouvelle prise en charge pour 30 jours à compter de la date d'admission dans ce nouvel établissement ou service.

4°/ Les frais de confort

Les frais de confort sont des frais personnels liés à l'hospitalisation du membre participant ou de l'ayant droit et restant à sa charge (télévision, téléphone, journaux, magazines, livres, fleurs, etc...).

Ils peuvent être pris en charge par CAREL Mutuelle sur présentation de facture(s) dans la limite de la quote-part restant disponible du forfait hospitalisation, dans les conditions de la garantie souscrite.

IV. Frais d'optique

Les frais d'optique sont remboursés dans la limite des frais restant effectivement à la charge du membre participant ou de l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion et selon le taux de prise en charge prévu par la garantie souscrite.

Ce taux est calculé sur la base du tarif de la Sécurité sociale et tient compte du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire du membre participant ou de l'ayant droit.

Les forfaits indiqués dans le tableau de prestations visé au Titre VII – III du présent règlement mutualiste sont attribués par bénéficiaire.

V. Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires sont remboursées dans la limite des frais restant effectivement à la charge du membre participant ou de l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion et selon le taux de prise en charge prévu par la garantie souscrite.

Ce taux est calculé sur la base du tarif de la Sécurité sociale et tient compte du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire du membre participant ou de l'ayant droit.

La limite de remboursement indiquée dans le tableau de prestations visé au Titre VII – III du présent règlement mutualiste est calculée par bénéficiaire et par année civile.

VI. Prothèses dentaires inscrites non remboursées par le régime d'assurance maladie obligatoire

CAREL Mutuelle participe, dans la limite des frais engagés, à hauteur d'une base calculée en pourcentage des tarifs conventionnels des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, sur présentation de la notification de refus de prise en charge délivrée par l'organisme conventionné, dans les conditions de la garantie souscrite.

VII. MUTISSIMO

La garantie MUTISSIMO est une garantie d'assistance à domicile s'appliquant en cas d'accident, de maladie imprévisible, soudaine et aiguë (non chronique) nécessitant une hospitalisation urgente ou de décès d'un des bénéficiaires.

L'assistance à domicile est un ensemble de services ayant pour but d'aider le bénéficiaire à réorganiser sa vie familiale perturbée par un accident corporel, une maladie soudaine, imprévisible et aiguë ou un décès, et de mettre en place les aides adaptées à la nature de l'événement (assistance ménagère à domicile, prise en charge du déplacement d'un proche à domicile, du transfert des enfants ou ascendants à charge chez un proche, de la garde des enfants ou ascendants à charge pour une durée déterminée, etc.).

La mise en œuvre des services de MUTISSIMO s'apprécie au cas par cas selon les situations.

La garantie MUTISSIMO ne couvre pas les frais engagés de la propre initiative du membre participant ou de l'ayant droit, un accord préalable du prestataire étant requis.

Avant toute mise en œuvre de la garantie, MUTISSIMO se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement soudain qui conduit le membre participant ou l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion à solliciter son aide (justificatifs médicaux, certificat de décès, attestation de l'employeur...) et de s'assurer de la validité des droits du bénéficiaire auprès de CAREL Mutuelle.

Les coordonnées de l'assistant sont :

IMA-ASSURANCES - 118 Avenue de Paris-79000 NIORT RC N° 481.511.632

TITRE X - EXCLUSIONS DE GARANTIE

Sous réserve des obligations de prise en charge prévues par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale (contrat responsable) qui priment sur les dispositions suivantes, la mutuelle ne prend pas en charge :

- les traitements esthétiques, diététiques ou de cosmétologie
- les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour
- les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels.

TITRE XI - ACCIDENTS NÉCESSITANT DES SOINS

I. Déclaration

Le membre participant ou l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion est tenu de déclarer les causes et circonstances de l'accident dont il a été victime à ADREA Mutuelle / CAREL Mutuelle - 12 avenue du 6 juin 14028 CAEN CEDEX 9 ou au siège de CAREL Mutuelle - 26, boulevard de Sébastopol 75004 Paris afin de permettre à celle-ci d'exercer son action récursoire contre le ou les éventuels tiers responsables.

II. Subrogation

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

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que CAREL Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers et 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 aux préjudices esthétique et d'agrément.

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

Le règlement amiable pouvant intervenir entre la victime et le tiers responsable ne peut être opposé à CAREL Mutuelle que si celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif qu'à l'expiration d'un délai de quinze jours suivant l'envoi de cette lettre.

CAREL Mutuelle est également subrogée de plein droit à ses membres participants et ayants droit pour le règlement des prestations afférentes aux dossiers de ces derniers au regard des organismes de Sécurité sociale et de Mutualité sociale agricole ou de tout autre organisme similaire dont ils dépendraient de manière obligatoire.

TITRE XII - AIDE AUX ADHÉRENTS MUTUALISTES EN DIFFICULTÉ

Il est institué, au bénéfice des membres participants et ayants droit de CAREL Mutuelle, une garantie solidarité et un fonds de solidarité.

Cette garantie solidarité et ce fonds de solidarité bénéficient de budgets annuels spécifiques alloués par le conseil d'administration de CAREL Mutuelle et mutualisés sur l'ensemble des adhérents.

I. Garantie Solidarité

Une garantie spécifique peut être proposée aux membres participants et ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion en situation de précarité, sur la base de cotisations réduites, pour une période déterminée et sous réserve d'acceptation du dossier.

Les membres participants et ayants droit concernés doivent notamment justifier :

- d'une ancienneté de cotisation à CAREL Mutuelle d'au moins deux ans ;
- de leur situation de précarité

II. Fonds de Solidarité

Composée de membres du conseil d'administration, la commission fonds de solidarité peut décider de l'attribution de prestations supplémentaires aux membres participants ou ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion, qui justifient de difficultés financières et ne peuvent faire face en totalité à des frais de santé pas ou peu remboursés par leurs régimes obligatoire et complémentaire.

TITRE XIII – COTISATIONS

I. Principe général

Les membres participants s'engagent pour eux-mêmes et le cas échéant, pour leurs ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion, au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture des prestations, assurées directement par CAREL Mutuelle et des frais de gestion y afférents.

Cette cotisation inclut notamment la cotisation due aux organismes supérieurs auxquels CAREL Mutuelle adhère pour la défense des intérêts de ses adhérents (Fédération Nationale de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle, etc...) ainsi que, le cas échéant, la part de cotisation affectée à toute mutuelle ou union dédiée à la gestion de réalisations mutualistes.

II. Mode de calcul

Les cotisations sont établies en tenant compte du niveau de garantie qui a été choisi et du nombre d'ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion, bénéficiaires de la garantie.

III. Gratuité

Pour les garanties complètes CARELIA, CARELIA I, CARELIA II, et la garantie surcomplémentaire CARELIA Plus visées au Titre VII du présent règlement mutualiste, la gratuité est accordée à partir du 3^e enfant à charge du membre participant inscrit sur le bulletin d'adhésion et ce, jusqu'à ses 26 ans, vivant sous le toit de l'adhérent et fiscalement à sa charge.

IV. Périodicité d'appel et de règlement

Les cotisations sont dues et appelées pour l'année civile.

Elles sont payables d'avance et peuvent être réglées par prélèvement automatique ou par chèque sur une base mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

Les échéances correspondant à la périodicité de règlement choisie par le membre participant sont indiquées sur l'avis d'appel joint à sa carte mutualiste adressée annuellement.

V. Cotisations impayées ou rejetées

A défaut de paiement dans les dix jours qui suivent la date limite d'exigibilité des cotisations, CAREL Mutuelle enverra une lettre de mise en demeure (en recommandé avec accusé de réception) au membre participant défaillant.

En cas de non paiement dans les trente jours suivant l'envoi de cette mise en demeure, CAREL Mutuelle pourra suspendre le paiement des prestations relevant de la garantie souscrite pour l'ensemble des bénéficiaires inscrits.

Si dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours, le règlement des cotisations dues n'est pas intervenu, CAREL Mutuelle pourra résilier la garantie, pour le membre participant et tous les bénéficiaires inscrits sur le bulletin d'adhésion.

Cette résiliation ne libère pas le membre participant défaillant du paiement de la cotisation impayée, CAREL Mutuelle se réservant la possibilité d'en poursuivre le recouvrement par voie judiciaire.

Le contrat non résilié reprend effet le lendemain du jour où ont été payées les cotisations dues et, le cas échéant, celles venues à échéance pendant la période de suspension des garanties, ainsi que les éventuels frais de poursuite et de recouvrement.

En cas de rejet bancaire ou postal du prélèvement automatique de cotisation et quel qu'en soit le motif, les frais appliqués demeurent à la charge du membre participant.

VI. Révision du taux de cotisation

Les cotisations pourront être révisées chaque année par décision du conseil d'administration de CAREL Mutuelle dans les conditions fixées par le Code de la mutualité.

Elles seront communiquées aux membres participants avant le 1^{er} janvier de l'année N+1.

Cette révision tient compte de l'équilibre technique du contrat.

L'équilibre se définit par un ratio de prestations dues au titre d'une année civile (prestations versées dans l'année y compris les variations de provisions pour prestations à payer) sur cotisations perçues au titre de cette même année (nettes d'indemnités de gestion et de contributions et de taxes) inférieur ou égal à 1.

Le résultat technique du contrat doit rester équilibré.

Par ailleurs, si la réglementation (Sécurité sociale, fiscale,...) venait à évoluer en cours d'année entraînant une modification des engagements pris par CAREL Mutuelle, celle-ci pourrait procéder à l'ajustement des cotisations avant l'échéance annuelle.

TITRE XIV - PRESCRIPTION

I. Point de départ de la prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par le Titre II du Code de la mutualité sont prescrites deux ans après l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois le délai de prescription ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant ou de l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion, que du jour où CAREL Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1^o du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

A l'expiration du délai de prescription, aucune action n'est recevable.

II. Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption ;
- la désignation d'un expert à la suite de la réalisation d'un risque ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par CAREL Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou le recouvrement des indus de prestations ;

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par le membre participant ou l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion à la garantie santé CAREL Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

TITRE XV – DÉMISSION

Pour être recevable, la demande de démission doit être présentée par lettre recommandée avec accusé de réception :

- au moins deux mois avant la fin de la première période de douze mois d'adhésion pour les membres participants ou ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion n'ayant pas atteint un an d'ancienneté dans le régime ;
- au moins deux mois avant la fin de l'année civile, c'est-à-dire au plus tard au 31 octobre (cachet de la Poste faisant foi), pour les membres participants ou ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion ayant plus d'un an d'ancienneté dans le régime.

La démission régulièrement adressée à CAREL Mutuelle prend effet au 1^{er} janvier de l'année civile suivante.

TITRE XVI – RADIATION

Sous réserve des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, sont radiés les membres participants et ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion :

- qui ne remplissent plus les conditions d'adhésion telles que définies au Titre III du présent règlement mutualiste ;
- dont les garanties ont été suspendues pour non-paiement de cotisations dans les conditions prévues à l'article L221-7 du Code de la mutualité visées au Titre XIII – V du présent règlement mutualiste ou pour changement de situation en lien direct avec la garantie assurée, conformément aux dispositions de l'article L221-17 du Code de la mutualité.

TITRE XVII – EXCLUSION

Toute fausse déclaration de la part du membre participant ou de l'ayant droit désigné sur le bulletin d'adhésion peut entraîner son exclusion des effectifs de CAREL Mutuelle, dans les conditions prévues à l'article 12 – II des statuts.

TITRE XVIII – CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

Les cotisations afférentes aux périodes antérieures à la date d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion restent dues dans tous les cas.

Aucune prestation ne pourra en outre être servie après la date d'effet de la démission ou après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf pour le cas où les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

TITRE XIX – INFORMATION DES ADHÉRENTS

I. Article L221-4 du Code de la mutualité

Conformément aux dispositions de l'article L221-4 du Code de la mutualité, CAREL Mutuelle remet au membre participant ou au futur membre participant :

- un bulletin d'adhésion ;
- un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du présent règlement mutualiste ou une fiche d'information décrivant ses droits et obligations à l'égard de CAREL Mutuelle.

II. Modification des statuts ou du présent règlement mutualiste

Les statuts de CAREL Mutuelle et le présent règlement mutualiste peuvent être modifiés sur proposition du conseil d'administration.

Les propositions de modification, dûment inscrites à l'ordre du jour de l'assemblée générale de CAREL Mutuelle, doivent être validées par cette assemblée dans les conditions fixées par les statuts.

Toute modification des statuts et du présent règlement mutualiste sera portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires par tout moyen jugé opportun par CAREL Mutuelle.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au présent règlement mutualiste sera notifiée aux membres participants et aux membres honoraires sous peine d'inopposabilité.

La notification se fait par envoi d'un courrier simple auquel est joint une demande de réponse, étant entendu que l'absence de réponse du membre participant ou du membre honoraire vaut acceptation de sa part des modifications concernées.

TITRE XX – DISPOSITIONS DIVERSES

I. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

L'organisme de contrôle de CAREL Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 61, rue Taitbout 75009 PARIS.

II. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNIL : 8, rue Vivienne CS 30223 75083 PARIS CEDEX 02

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune information gérée directement par la mutuelle ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

III. Réclamations, litiges

Tout litige ou réclamation relevant des garanties santé de CAREL Mutuelle devra être formulé et adressé par écrit à ADREA Mutuelle / CAREL Mutuelle - 12 avenue du 6 juin 14028 CAEN CEDEX 9 ou au siège de CAREL Mutuelle - 26, bd de Sébastopol 75004 Paris.

Toutefois, après intervention de CAREL Mutuelle et d'ADREA Mutuelle, l'adhérent peut écrire à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS CEDEX 15.

ANNEXE 1 - Qu'est-ce qu'une garantie responsable ?

La loi d'août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18/11/2014.

Une garantie responsable doit prévoir :

I. Des prises en charge obligatoires dans le cadre du parcours de soins :

- la prise en charge de 100 % de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par la sécurité sociale (= 100 % du Ticket modérateur), sauf pour la pharmacie remboursée à 15 % et 30 %, l'homéopathie et les cures thermales ;

- la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans possibilité de limiter la durée de cette prise en charge.

II. L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

- Dépassement d'honoraires des médecins : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100%* de la base de remboursement sécurité sociale (BRSS) et doit être inférieure d'au moins 20 % de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré au CAS.
- Remboursements Optique au-delà du Ticket modérateur : le contrat responsable ne peut rembourser qu'un équipement (verres + monture) par période de 2 ans (ou un équipement par an pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue). En outre le contrat responsable doit respecter des montants minimum et maximum de remboursement par équipement en fonction du type de verres, tels que précisés par le décret susvisé du 18/11/2014. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 150 €.

III. Des exclusions de prise en charge :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la majoration du ticket modérateur pour les consultations et actes techniques dans et hors parcours de soins quand l'assuré n'autorise pas l'accès à son dossier médical personnel,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

() Par tolérance : 125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016*

**MUTUELLE DES ÉLUS LOCAUX
CAREL Mutuelle
26, boulevard de Sébastopol
75004 PARIS**

Tel. : 01.49.96.65.10 – Fax : 01.49.96.65.19
www.carelmutuelle.fr