

MUTUELLE DES ÉLUS LOCAUX CAREL MUTUELLE



RÈGLEMENT MUTUALISTE DU RÉGIME SANTÉ POUR LES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

À effet du 1^{er} juillet 2020.

Approuvé par l'Assemblée Générale n°55 du 1^{er} octobre 2020.

Assureur des garanties : Mutuelle des Élus Locaux dite CAREL Mutuelle. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 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 MUTEX Union, Union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 442 574 166 | Siège social : 140 avenue de la République CS 30007 - 92327 CHÂTILLON CEDEX

PRÉAMBULE

Le présent règlement mutualiste établit les droits et obligations de la Mutuelle des Élus Locaux, dite CAREL Mutuelle, et de ses membres participants et de leurs ayants droit qui ont souscrit à titre individuel une garantie frais de santé.

Il fixe leurs engagements réciproques dans le cadre du régime santé proposé par CAREL Mutuelle, substituée par MUTEX Union.

Le présent règlement a été adopté par l'assemblée générale du 01/10/2020, sur proposition du conseil d'administration, et définit à effet du 1^{er} juillet 2020, 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 :

- À 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.
- À 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 santé, proposées par CAREL Mutuelle.

Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient de garanties autres que des garanties santé, conformément aux dispositions du Titre IX du présent règlement.

TITRE III - CONDITIONS DE L'ADHÉSION

I. BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires des garanties sont les membres participants et leurs ayants droit tels que définis au présent titre.

II. MODALITÉ DE L'ADHÉSION

Peuvent adhérer à une garantie santé de CAREL Mutuelle relevant du présent règlement mutualiste, les personnes qui détiennent, à la date de leur demande d'adhésion, un mandat électif local, de parlementaire ou de membre d'un établissement public de coopération intercommunale, ainsi que les élus ou anciens élus ayant demandé le transfert en acceptation par CAREL Mutuelle d'un contrat épargne retraite, et qui bénéficient d'un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie.

Les membres participants doivent compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion et fournir une attestation Vitale.

La signature du bulletin d'adhésion par les membres participants emporte acceptation des statuts de CAREL Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement, par les descriptifs de la garantie choisie, par les notices d'information de la garantie d'assistance et de la garantie obsèques.

Les membres participants reçoivent préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

III. AYANTS DROIT

Peuvent avoir la qualité d'ayants droit :

- le conjoint légitime ou séparé
- le concubin
- le partenaire lié par un PACS
- les enfants du membre participant et/ou du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS de moins de 26 ans vivant sous le toit du membre participant et fiscalement à sa charge

Tous ces ayants droit 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 L.212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre,
- 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 nouveau-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 avant le 15 du mois considéré à Harmonie Mutuelle / CAREL Mutuelle - 9, rue Emile Zola, CS 11729, 37017 Tours Cedex 1. Adresse administrative : TSA 90130, 37049 Tours Cedex 1

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

IV. DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement mutualiste 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

Les bénéficiaires des garanties Santé de CAREL Mutuelle ne sont soumis à aucune période de stage.

TITRE V - CHANGEMENT DE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Tout changement de régime d'assurance maladie doit être signalé dans le mois qui suit l'événement 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 sa 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 2018 – demande de changement de garantie en juillet 2018 – prise d'effet du changement au 1^{er} janvier 2019.

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 2016 – demande de changement en janvier 2018 – prise d'effet du changement au 1^{er} janvier 2019.

II. SUR L'INITIATIVE DE CAREL MUTUELLE

Conformément aux statuts, le présent règlement et les garanties peuvent être modifiés par l'assemblée générale. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

TITRE VII - PRESTATIONS : CONTENU DES GARANTIES « 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 des garanties « 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. ANCIENNES GARANTIES COMPLÈTES ET SURCOMPLÉMENTAIRES

Les prestations accordées dans le cadre des anciennes garanties complètes de CAREL Mutuelle sont maintenues jusqu'à extinction du dernier contrat.

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 par le présent règlement mutualiste.

II. CONDITIONS PRÉALABLES

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants et leurs ayants droit doivent être à jour de leurs cotisations.

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 pas 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 garanties « CARELIS », « CARELIS I » et « CARELIS 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.

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'Harmonie Mutuelle / CAREL Mutuelle : 9, rue Emile Zola, CS 11729, 37017 Tours Cedex 1. Adresse administrative TSA 90130, 37049 Tours Cedex 1.

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 parti-

cipant 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

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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 :

- 1302 du Code civil :

« Tout paiement suppose une dette ; ce qui a été reçu sans être dû est sujet à restitution. »

- 1302-1 du Code civil :

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

TITRE IX - PRESTATIONS : CONDITIONS PARTICULIÈRES

I. CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. A ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

II. ALLOCATION FRAIS D'OBSÈQUES

Le membre participant et ses ayants droit bénéficient également de la garantie obsèques.

La garantie obsèques a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par CAREL Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale, dans le cadre des dispositions de l'article L221-3 du Code de la Mutualité auprès d'Harmonie Mutuelle (Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, dont le siège se situe 143 rue Blomet 75015 Paris - numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57) au profit de l'ensemble des membres participants et de leurs ayants droit qui bénéficient d'une garantie santé.

CAREL Mutuelle est tenue de remettre à ses membres participants lors de leur adhésion, la notice d'information établie par Harmonie 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.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur.

Ces modifications sont notifiées à chaque membre participant.

III. 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.

IV. 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.

V. 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.

VI. 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.

VII. 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.

VIII. GARANTIE ASSISTANCE RMA

Le membre participant et ses ayants droit bénéficient également de la garantie d'assistance RMA.

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par CAREL Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex - numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28) au profit de l'ensemble des membres participants et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise au membre participant.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque membre participant.

TITRE X - EXCLUSIONS DE GARANTIE I. LIMITATION DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE NON RESPECT

DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

II. NON PRISE EN CHARGE DE CERTAINES PRESTATIONS

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

Afin de permettre à CAREL Mutuelle d'exercer son action récursoire contre le ou les éventuels tiers responsables, 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 Harmonie Mutuelle / CAREL Mutuelle - 9, rue Emile Zola, CS 11729, 37017 Tours Cedex 1 Adresse administrative TSA 90130, 37049 Tours Cedex 1.

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 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 ou par l'intermédiaire d'un contrat collectif et des frais de gestion y afférents.

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 », « CARE-LIA II » et les garanties « CARELIS », « CARELIS I » et « CARELIS II » 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 selon les modalités prévues au bulletin d'adhésion.

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, Harmonie 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, Harmonie 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, Harmonie 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, Harmonie 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, après accord de MUTEX Union, par décision du conseil d'administration de CAREL Mutuelle, sur délégation de l'assemblée générale, 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 évo-

luer 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

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement est prescrite 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 Harmonie 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 dont l'exécution dépend de la vie humaine, 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 de la prescription ;
- 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 Harmonie 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 Harmonie 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 cotisa-

tions 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 – NULLITÉ, EXCLUSION ET FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées au membre participant par la Mutuelle sont nulles 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.

Peut être exclu dans les conditions définies à l'article « Exclusion » des statuts :

- le membre participant ou un de ses ayants droit qui aura, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou aura omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la Mutualité,
- ainsi que tout membre participant ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

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 par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Les propositions de modifications, 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 et le Code de la mutualité.

Toute modification des statuts et du présent règlement mutualiste sera portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

TITRE XX – DISPOSITIONS DIVERSES

I. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION

L'organisme de contrôle de CAREL Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

II. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droits, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- le recouvrement et le contentieux ;
- son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;
- le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
- toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données du membre participant et de ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter le membre participant et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenés à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles du membre participant et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

Le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, le membre participant et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

Le membre participant et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail à dpo@carelmutuelle.fr ou par courrier postal adressé à : DPO – 26 boulevard de Sébastopol 75004 PARIS.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la

Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL. 3 place de Fontenoy-TSA 80715 – 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr)).

III. RÉCLAMATIONS, LITIGES

Tout litige ou réclamation relevant des garanties santé de CAREL Mutuelle devra être formulé et adressé par écrit à Harmonie Mutuelle / CAREL Mutuelle - Service Qualité Relation Adhérent, CS 81021, 49010 ANGERS CEDEX 01.

Enfin, en application et dans les conditions de l'article « Médiation » des statuts, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à Harmonie Mutuelle/ CAREL Mutuelle, en écrivant à l'adresse suivante : 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 notamment instauré « le contrat responsable » qui fixe des obligations et des exclusions de prise en charge que les contrats complémentaires de remboursement des frais de santé doivent respecter pour bénéficier d'une fiscalité avantageuse.

Le cahier des charges du contrat responsable est défini par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale.

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.
- la prise en charge des équipements optiques, des frais de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciales et des aides auditives à prise en charge renforcée.

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 à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. 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 à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Remboursements Optique au-delà du Ticket modérateur pour les équipements hors prise en charge renforcée : le contrat responsable ne peut rembourser qu'un équipement (verres + monture) par période de 2 ans (ou un équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans 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 l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 €.

Remboursements des aides auditives hors prise en charge renforcée au-delà du Ticket modérateur : 1700€ par aide auditive par période de 4 ans.

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.