

RÈGLEMENT MUTUALISTE DES CONTRATS FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS ACTIFS

• Article 1 - Objet

Le présent règlement élaboré conformément à l'article 4 des statuts de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, ci-après dénommée MBBTP a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge d'actifs ou de leurs ayants droit par le régime de Sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées s'adressent à des actifs qui ne sont pas couverts dans le cadre de couverture collective d'entreprise au sein du BTP.

Les garanties de ce contrat reposent sur plusieurs options avec différents niveaux de remboursements, ainsi que sur un ou plusieurs modules de garanties additionnelles.

• Article 2 - Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les salariés du BTP ; des professions industrielles, commerciales ou agricoles ; les agents de l'Etat ; les commerçants ; artisans ; membres des professions libérales qui ne sont pas couverts en santé par leur entreprise, notamment lorsqu'ils ont exercé leur droit de dispense en application de l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale,
- les anciens salariés du BTP (y compris les intérimaires œuvrant dans une entreprise du BTP),
- les jeunes en formation au sein de centres du BTP, ou apprentis de la profession, ou étudiants dans une école de la profession,
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à un régime de frais médicaux de la Mutuelle :
 - qui ont été reconnus bénéficiaires des garanties de la MBBTP avec leur propre numéro de Sécurité sociale,
 - et qui ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès du participant, divorce, rupture de PACS, séparation de corps, terme de l'acceptation en qualité d'enfant bénéficiaire au sens de l'article 4.2).

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants :

- qui n'ont pas encore atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité sociale (au-delà, la demande d'adhésion est prise en compte au titre du régime de frais médicaux individuels retraités)
- et qui sont affiliés au régime général, au régime agricole ou au régime social des indépendants, en France métropolitaine.

Par leur adhésion, ces personnes sont reconnues adhérents de la MBBTP.

Les retraités (allocataires du régime de retraite complémentaire Arrco) ne peuvent adhérer au présent règlement.

• Article 3 - Modalités de l'adhésion

L'acte d'adhésion se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée,
- la date de naissance et le lieu de domiciliation du candidat à l'adhésion,
- la désignation des personnes couvertes par l'adhésion,
- la date d'effet de l'adhésion,
- le niveau de garantie retenu,
- l'engagement du futur adhérent de ne pas être couvert, à compter du jour d'effet de la demande, par une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une institution de Prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la Couverture Maladie Universelle complémentaire), sauf si cette autre couverture résulte d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée, sous contrat à durée déterminée, ou d'un contrat d'intérim. A défaut de cet engagement, l'adhésion ne peut être acceptée. Par ailleurs, en cas de non-respect ultérieur de cet engagement, la MBBTP est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant toute période de double couverture (que ces versements aient été effectués à l'intéressé ou auprès de tiers, dans le cadre de conventions de tiers payant),

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être valablement exercé, ce droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de la Mutuelle par

lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La Mutuelle est alors tenue de rembourser les cotisations perçues, sauf si un fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement est intervenu pendant le délai compris entre l'adhésion initiale et la renonciation.

• Article 4 - Bénéficiaires

Les personnes pouvant bénéficier de prestations au titre du présent règlement - ci-après désignées les bénéficiaires - sont :

- l'adhérent,
- ses ayants droit : son conjoint et ses enfants à charge, tels que définis ci-après, et de manière générale toute personne reconnue ayant droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Le bénéfice de la couverture peut être ouvert au conjoint si ce dernier ne relève pas simultanément d'une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une institution de Prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la Couverture Maladie Universelle complémentaire), sauf si cette autre couverture résulte d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée, sous contrat à durée déterminée, ou d'un contrat d'intérim. A défaut, la MBBTP est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant toute période de double couverture (que ces versements aient été effectués à l'intéressé ou auprès de tiers, dans le cadre de conventions de tiers payant).

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de la MBBTP. La modification est prise en compte au 1^{er} jour du mois suivant la déclaration.

Toutefois, lorsque la modification de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants

- décès, divorce, séparation de corps,
- mariage, naissance,
- conclusion ou rupture d'un PACS

- admission d'un ayant droit au bénéfice d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (Aide au paiement d'une assurance Complémentaire de Santé),

- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (Aide au paiement d'une assurance Complémentaire de Santé),

Les cotisations et les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les trois mois qui s'ensuivent.

4.1 - Notion de conjoint de l'adhérent

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec l'adhérent,
- à défaut, la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que l'adhérent,
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a. le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun, ou si l'adhérent et son concubin ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés ou à naître de leur union),
 - b. il n'existe aucun lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre,
 - c. le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que l'adhérent.

L'existence d'un domicile commun au sens du a) s'entend par l'une des justifications suivantes :

- l'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent,
- l'adhérent et son concubin sont domiciliés à la même adresse auprès de leur(s) organisme(s) de base d'Assurance Maladie,
- l'adhérent et son concubin font l'objet d'une facturation commune par la société qui fournit leur domicile principal en électricité et/ou en gaz,
- l'adhérent et son concubin disposent d'un compte bancaire conjoint.

4.2 - Notion d'enfant bénéficiaire

Peuvent bénéficier des garanties du présent régime les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25 ans :

- nés de l'adhérent ou adoptés par l'adhérent ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice,
- nés du conjoint ou adoptés par le conjoint (tel que défini à l'article 4.1), si celui-ci est lui-même bénéficiaire du présent régime.

• Article 5 - Date d'effet, modifications de l'adhésion

5.1 - Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au premier jour qui suit la demande d'adhésion et ne peut être rétroactive.

Par exception :

- si au cours des six derniers mois, l'adhérent était couvert à titre de bénéficiaire par une couverture - collective ou individuelle - interrompue suite au décès de l'adhérent principal, suite à divorce, à rupture de Pacs ou suite à séparation de corps, la date d'effet de l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption,
- si au cours des six derniers mois, l'adhérent bénéficiait de droits collectifs qui ont été interrompus au jour de fin de son dernier contrat de travail, l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de cette même date.

L'adhésion est conclue jusqu'à la fin de l'exercice civil et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf terme de l'adhésion tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

Toutefois, pour les adhérents apprentis bénéficiaires du dispositif prévu à l'article 6.5, le montant de la cotisation (nette de réduction sociale) reste garanti jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire durant laquelle l'adhésion a été réalisée ou renouvelée.

5.2 - Changements d'option

Pour toute demande de l'adhérent reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement d'option intervient avec effet au 1er janvier suivant (ou au 1er septembre suivant, pour les adhérents apprentis bénéficiaires du dispositif prévu à l'article 6.5 qui le souhaitent).

Par exception :

- le changement d'option peut être pris en compte rétroactivement au 1er janvier, lorsque l'adhérent a formulé sa demande en janvier et dans le délai de 30 jours suivant la date d'envoi de son avis d'échéance annuelle ;
- le changement d'option peut être pris en compte en cours d'exercice dans l'un des cas suivants :
 - l'adhérent inscrit un nouveau bénéficiaire suite à mariage, conclusion d'un Pacs, naissance ou adoption,
 - le périmètre des bénéficiaires couverts est modifié suite à divorce, rupture du Pacs de l'adhérent, séparation de corps ou suite au décès d'un ayant droit,
 - le contrat de travail de l'adhérent ou de son conjoint est rompu en donnant droit à indemnisation par Pôle emploi (dans ce cas, le changement d'option en cours d'exercice ne peut intervenir qu'à la baisse),
 - l'adhérent (ou son conjoint) liquide ses droits à retraite complémentaire Arcco.

Tout changement d'option en cours d'exercice est pris en compte au premier jour suivant la demande, avec possibilité de rétroactivité à la date du fait qui y donne droit lorsque la demande intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent.

5.3 - Autres modifications de l'adhésion

Tout changement de domicile doit également être déclaré par l'adhérent. À défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu de l'adhérent produisent tous leurs effets.

• Article 6 - Cotisations

6.1 – Règles générales de fixation des cotisations

La cotisation annuelle de l'adhérent est définie dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement.

Ce montant est fonction :

- de l'option souscrite,
- de la composition familiale déclarée à la Mutuelle (sauf cas de gratuité définis ci-dessous),
- de son lieu de résidence (apprécié au premier janvier de chaque exercice)

Toute actualisation de l'ANNEXE TARIFAIRE relève du conseil d'administration de la MBBTP par délégation des pouvoirs de l'assemblée générale.

6.2 - Gratuité de couverture de certains enfants

Certains enfants sont couverts gratuitement par la MBBTP. Cette couverture gratuite est mise en œuvre dans les situations suivantes :

- a) tout enfant lié au participant au sens de l'article 4.2 est couvert à titre gratuit jusqu'au dernier jour du 6^e mois civil suivant sa naissance ou son adoption par le participant,
- b) lorsque l'adhésion couvre au moins trois autres enfants liés à l'adhérent au sens de l'article 4.2, et que ces enfants sont âgés de moins de 26 ans au 31 décembre de l'année d'effet de la couverture, seuls deux enfants sont pris en compte pour la détermination de la cotisation. Tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

6.3 - Remises de cotisations à l'adhésion

Pour tout nouveau bénéficiaire (qu'il s'agisse de l'adhérent ou de tout ayant droit), les cotisations dues au titre des deux premiers mois de couverture bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première fois que l'intéressé est couvert en santé à titre individuel (hors compléments individuels de Frais Médicaux) auprès de la MBBTP. Pour les ayants-droits, cette disposition s'applique y compris lorsque l'inscription auprès de la MBBTP est postérieure à celle de l'adhérent.

Les anciens apprentis ayant bénéficié d'une minoration de cotisation dans le cadre des dispositions de l'article 6.5 bénéficient d'une suspension de 2 mois de cotisations au 1^{er} janvier qui suit la fin de leur apprentissage s'ils poursuivent leur adhésion au présent régime selon les modalités précisées ci-dessus.

Les cotisations dont le paiement a été suspendu sont définitivement remises par la MBBTP:

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de résiliation portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion,
- et si les cotisations dues jusqu'au 12^e mois suivant l'adhésion (hors période de suspension initiale) ont été régulièrement honorées, sans que la MBBTP ait eu à constater un retard de versement excédant 30 jours.

À défaut, les cotisations dont le paiement a été suspendu sont intégralement exigibles :

- ou à compter de la date où la MBBTP prend connaissance de la demande de résiliation,
- ou à compter du 31^e jour de retard de versement des cotisations mentionnées ci-dessus.

En cas de révision à la baisse des garanties portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion, l'adhérent sera immédiatement redevable de la fraction des cotisations correspondant à l'écart de garanties et dont le paiement a été suspendu.

6.4 - Gratuité temporaire à l'adhésion d'un ayant droit, en cas de décès de l'ancien adhérent principal

En cas de décès d'un participant affilié à un Régime de frais médicaux collectifs tel que défini dans les règlements des régimes de la MBBTP ses ayants droit bénéficient d'une gratuité de cotisation durant les six premiers mois de leur adhésion au présent règlement, si leur demande d'adhésion a été signifiée à l'organisme dans les 6 mois suivant le décès.

6.5 - Réductions sociales

Dans le cadre des politiques d'action sociale mises en œuvre par la profession, les apprentis bénéficient d'une minoration de cotisation. La réduction dont bénéficie les apprentis est consentie, en fonction de la durée d'adhésion au présent règlement, jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit la fin de l'apprentissage.

• Article 7 - Versement des cotisations

L'adhérent, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que l'adhésion n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement peut être fractionné par mois ou par trimestre. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance, sur compte bancaire ou postal, ou par toute autre solution mise en œuvre par la Mutuelle.

Les éventuels frais d'impayés peuvent être imputés à l'adhérent.

• Article 8 - Terme de l'adhésion Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

8.1 - Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent (démission),

- en cas de résiliation à l'initiative de la Mutuelle (exclusion),
- automatiquement : au jour de décès de l'adhérent, ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine ou au jour de transfert vers le régime de frais médicaux individuels "retraités".

8.1.a) - Résiliation à l'initiative de l'adhérent (démission)

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à la MBBTP par lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation à l'initiative de l'adhérent (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à la Mutuelle au moins deux mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission de l'adhérent, s'il relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information,
 - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
- au jour où l'adhérent ou son conjoint au sens de l'article 4.1 du présent règlement est affilié à un régime complémentaire frais de santé par son entreprise, sous réserve que la demande soit faite dans les trois mois qui s'ensuivent.
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, lorsque les dates limites d'exercice du droit à démission n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

Les apprentis bénéficiaires du dispositif de réductions sociales défini à l'article 6.5 peuvent faire application, à leur choix, de leur droit à démission (tel que défini au second alinéa du présent article) soit en fin d'exercice civil, soit au 31 août de chaque exercice.

8.1.b) - Résiliation à l'initiative de la MBBTP (exclusion)

L'adhérent, à condition d'avoir payé sa cotisation, ne peut être exclu du régime contre son gré, sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), l'exclusion du participant peut être prononcée sans préavis. 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. La MBBTP se réserve le droit d'engager toutes procédures pour obtenir le remboursement des prestations indûment perçues.

En outre, et conformément à l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due, et indépendamment du droit pour la MBBTP de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie pourra être résiliée 40 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès de l'adhérent. Cette mise en demeure ne peut être notifiée qu'après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la date à laquelle les cotisations doivent être payées.

Lors de la mise en demeure,

- la garantie est suspendue à compter du 30^{ème} jour suivant la date d'envoi de la mise en demeure et ce jusqu'au paiement de l'arriéré de cotisations selon la procédure prévue à l'alinéa suivant ou jusqu'à la résiliation d'office prévue à l'alinéa précédent,
- l'adhérent est informé que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion de l'adhésion au présent règlement, selon la procédure prévue à l'alinéa qui précède. Elle prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant la réception de sa notification. Elle emporte cessation d'octroi de tout droit à prestations.

La garantie suspendue, mais non résiliée, reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la MBBTP la cotisation arriérée 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 que les éventuels frais de poursuite et de recouvrement.

Toutefois, les droits à prestations de l'adhérent et ceux de ses ayants droit sont intégralement réouverts au titre de la période de suspension :

- s'il justifie, durant la période qui a immédiatement précédé le défaut de paiement, d'au moins 12 mois de cotisations acquittées au titre du présent règlement
- et s'il régularise l'intégralité de ses cotisations arriérées ou venues à échéance durant la période de suspension.

8.1.c) Transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités

Sont automatiquement transférés vers le régime de frais médicaux individuels retraités :

- les adhérents qui ont liquidé des droits à retraite complémentaire Arrco (droits directs ou pension de réversion),
- les adhérents qui ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité sociale.

Pour ces adhérents,

- en cas de demande expresse de l'adhérent, l'adhésion est transférée du présent régime au régime de frais médicaux individuel retraités au 1er jour suivant la demande,
- à défaut, l'adhésion est automatiquement transférée au 1er janvier de l'année suivante du présent régime vers le régime de frais médicaux individuel retraités.

Le transfert s'effectue en maintenant à l'identique le niveau des prestations servies, sans que le montant des cotisations ne puisse être supérieur à celui qui aurait résulté de l'application du présent règlement.

Lors du transfert, il n'est pas souscrit de nouveau bulletin d'adhésion ; aucun droit à renonciation (tel que défini à l'article 3) n'est ouvert suite à la mise en œuvre de ce transfert.

8.2 - Prestations et cotisations en cours au terme de l'adhésion

Les garanties dont bénéficiaient l'adhérent et ses ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion.

Les éventuels excédents de cotisations versés au-delà de la date d'effet de la résiliation donnent lieu à remboursement.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée, les cotisations versées d'avance sont affectées en priorité à l'indemnisation du préjudice.

- **Article 9 - Réserve**
- **Article 10 - Condition d'ouverture des droits - Fait générateur**

10.1 - Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque les conditions suivantes sont réunies:

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de la MBBTP en qualité d'adhérent ou en qualité d'ayant droit d'un adhérent (dans les conditions prévues aux articles 2 et 4),
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations.

10.2 - Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux,
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux,
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation.
- ou, pour les soins et prestations en établissement de santé public, la date de l'avis de somme à payer émis par le Trésor Public, si elle est postérieure.

• **Article 11 - Réserve**

• **Article 12 – Prestations, étendue des garanties**

12.1 – Dispositions générales relatives aux prestations

Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de la MBBTP, le droit à prestations est fonction du niveau de couverture et de l'éventuel module additionnel choisis par l'adhérent.

Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES,
- par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations et les interdictions de prise en charge résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est précisé :

- que toutes les prestations de prévention comprises dans la liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement,
- qu'en cas de modification des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, le conseil d'administration a compétence, par délégation de l'assemblée générale, pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement.
Ces adaptations sont soumises à ratification ultérieure de la plus prochaine assemblée générale.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie dans la limite des sommes déclarées à cet organisme. Les prestations d'hospitalisation s'appliquent uniquement

pour les soins effectués dans des établissements conventionnés par la Sécurité sociale. En conséquence, les soins effectués dans des établissements non conventionnés sont donc pris en charge uniquement au titre du ticket modérateur.

Sous réserve des dispositions de l'article 3.1, le cumul des remboursements effectués en faveur de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, les remboursements sont toujours complémentaires et versés dans la limite des sommes déclarées à la sécurité sociale. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par la Mutuelle que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les garanties s'exercent pour chaque bénéficiaire dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime de base d'assurance maladie.

Sous réserve des dispositions du second alinéa du présent article (en vue d'assurer le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale), toute actualisation de l'ANNEXE DES GARANTIES relève de la compétence du conseil d'administration par délégation des pouvoirs de l'assemblée générale.

12.2 – Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques adultes sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un équipement (monture + verres) et d'un plafond par bénéficiaire et par période de prise en charge de deux ans. Ce plafond est également appelé forfait de remboursement.

L'application de ce plafond ne peut jamais conduire à une limitation de la prise en charge au titre du ticket modérateur.

Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la date de sa précédente acquisition, également appelée date de dernière consommation.

La période de prise en charge est réduite à un an :

- pour les mineurs
- ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Les remboursements optiques tiennent compte des plafonds et des plafonds prévus par le contrat

responsable en fonction du niveau de correction visuelle.

S'agissant des lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la sécurité sociale, le forfait de remboursement prévu au contrat s'applique par exercice civil.

12.3 – Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, la prise en charge est différenciée selon que le médecin ait ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale.

• Article 13 - Support des remboursements

Les remboursements s'effectuent sur la base de données informatisée transmises par les régimes de base ou par les professionnels de santé.

Lorsqu'aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par la MBBTP, l'adhérent doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

Dans tous les cas où les barèmes résultant de l'ANNEXE DES GARANTIES le nécessitent, l'adhérent peut être conduit à fournir tous éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes.

• Article 14 - Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (50 € si lettre-chèque), valeur au 1er janvier 2016, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire ou postal.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme d'une année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée à l'adhérent dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

• Article 15 - Tiers payant

Lorsque les frais médicaux entrent dans le cadre de conventions de tiers payant gérées pour le compte de la MBBTP, les remboursements effectués par le Régime sont destinés au signataire de la convention

ayant fait l'avance des fonds. Dans ce cas, aucun plancher de versement de la prestation n'est appliqué.

Au terme de leur adhésion, tel que défini à l'article 8 :

- Le participant et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de la MBBTP,
- Dans l'hypothèse où le participant et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, la MBBTP est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par la MBBTP.

• Article 16 - Délai de stage et de carence

De manière générale, les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option souscrite.

Par exception, les remboursements sont plafonnés au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement pour les postes de dépenses suivants :

- Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (Plafond de 350% BR)

Ce plafonnement de remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par la MBBTP.

• Article 17 - Prescription - Déclaration tardive

17.1 - Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de la date du fait générateur qui lui donne naissance.

17.2 - Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent régime sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,

- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour où la Mutuelle ou l'adhérent engage une action en justice ; dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

• 17.3 - Dispositions diverses

L'historisation par la MBBTP des données conditionnant l'accès aux mesures d'attractivité de l'article 6.3 est fixée à 5 ans à compter du terme de la dernière adhésion individuelle. Cette durée fixe le délai de prescription au-delà duquel le droit aux dispositions dudit article est définitif, quelles qu'aient été les couvertures antérieures.

• Article 18 - Recours contre tiers responsable

La MBBTP est subrogée de plein droit à l'adhérent et/ou à ses ayants droit victime(s) 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 MBBTP a exposées, et dans les conditions et limites légales.

• Article 19 - Information des adhérents

19.1 - Information lors de l'adhésion

L'information des adhérents est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une application satisfaisante du présent règlement. En particulier, préalablement à l'adhésion, sont remis à l'adhérent un bulletin d'adhésion et une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'assuré, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

Sont communiquées à l'adhérent les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision ou effectuer toute réclamation concernant la gestion de sa couverture. S'agissant de ses droits, en particulier en termes de tiers payant, une carte récapitulative lui est adressée, selon une périodicité fixée par le conseil d'administration.

L'adhérent est notamment informé qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à sa première demande, il peut s'adresser par écrit au Médiateur à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

ou par mail : mediation@mutualite.fr

L'adhérent est informé que le Médiateur n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

L'adhérent est enfin informé que la MBBTP et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

19.2 - Information en cas de modifications des conditions de couverture

Les adhérents sont informés par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- suite à modifications apportées au présent règlement,
- suite à évolutions tarifaires,

Après information, les modifications de conditions de couverture s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits de l'adhérent nés du présent règlement, celui-ci peut dénoncer sa participation dans un délai de 30 jours suivant son information.