

RÈGLEMENT MUTUALISTE DU RÉGIME DES COMPLÉMENTS INDIVIDUELS DE COUVERTURE SANTÉ

Article 1 - Objet -Définitions

Le présent règlement a pour objet de définir les conditions de couverture santé, sur la base d'une contribution financière exclusivement individuelle et à des conditions tarifaires préférentielles, de salariés déjà couverts à titre collectif par Mutuelle BOISSIERE du BTP, ci-après dénommée, MBBTP et souhaitant améliorer leur niveau de garanties de frais médicaux. L'accès à l'amélioration de cette couverture santé implique que les conditions suivantes soient réunies :

- Le salarié est couvert par son entreprise dans le cadre du régime de frais médicaux collectifs du contrat BOISSIERE PRIMO ou BOISSIERE 1 ou BOISSIERE 2 de la MBBTP ou du contrat S1P1 de BTP Prévoyance.
- La ou les personne(s) liée(s) au salarié (conjoint et/ou enfant à charge) est (sont) reconnue(s) comme ayant(s) droit au titre du règlement du régime de frais médicaux collectifs, du fait de la formulation d'adhésion retenue par l'entreprise ;
- Le salarié souhaite couvrir la même composition familiale à un niveau de garantie supérieur, sur la base d'une contribution financière exclusivement individuelle.

Les garanties prises en charge par le Complément individuel de couverture santé s'entendent après déduction :

- des dépenses prises en charge par le régime de Sécurité sociale dont relèvent l'adhérent et ses ayants droit,
- des dépenses de santé prises en charge au titre du Socle collectif.

Pendant toute la durée de couverture par le présent règlement, le niveau des garanties du Complément individuel de couverture santé à étages couvrent simultanément : le salarié, ainsi que l'ensemble de ses ayants droit déjà couverts au titre du Socle collectif.

La cessation de couverture du salarié à titre collectif emporte automatiquement cessation de la couverture de toute personne liée, selon les modalités détaillées à l'article 8.

Dans la suite du règlement, sont appelés :

- **Garanties du Salarié et de ses éventuels ayants droit** : les garanties globales de frais médicaux dont le salarié et sa composition

familiale bénéficient, issues du cumul des couvertures suivantes :

- **Socle collectif** : le niveau de couverture du Régime de frais médicaux collectifs de la MBBTP à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié ;
- **Complément individuel** : le niveau complémentaire de couverture dont le salarié et ses éventuels ayants droit bénéficient si le salarié a choisi de relever du Régime des Compléments individuels de frais médicaux de MBBTP.

- **Adhérent ou Salarié : le salarié ou ancien salarié qui bénéficie des garanties du Socle collectif ;**
- **Complément individuel de couverture santé ou Complément individuel de frais médicaux** : la mise en place d'un niveau de couverture supérieur à celui dont bénéficie le salarié, et ses éventuels ayants droit couverts à titre collectif par la MBBTP, sur la base d'une contribution financière exclusivement individuelle. Cette couverture est régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative.

Article 2 – Accès aux Compléments individuels de couverture santé

Peuvent adhérer au présent régime, la personne qui remplit l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- être salarié dans une entreprise du Bâtiment et des Travaux publics, et à ce titre être couvert au titre du régime de frais médicaux collectifs du contrat BOISSIERE 1 ou BOISSIERE 2 de la MBBTP, ou du contrat S1P1 de BTP Prévoyance.

Par exception, le contrat BOISSIERE 3 n'ouvre pas de possibilités aux salariés de compléter leur Socle collectif par un Complément individuel.

Lors de son affiliation par l'entreprise au Socle collectif », chaque salarié est informé par MBBTP de sa faculté d'accéder à un Complément individuel de couverture santé.

Article 3 - Modalités de mise en œuvre

La décision du salarié de bénéficier d'un Complément individuel de couverture santé, pour lui et tous ses éventuels ayants droit, 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 :

- le nom, la date de naissance et le lieu de domiciliation de l'adhérent,
- l'entreprise dont il relève,
- la date d'effet du Complément individuel de couverture santé,
- le niveau de garanties résultantes dans le cadre du dispositif couverture santé. Ce niveau ne peut être inférieur au niveau du Socle collectif dont bénéficie déjà le salarié.

La signature du bulletin d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours qui s'ensuivent. Pour être valablement exercé, ce droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. L'institution 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 la participation initiale et la renonciation.

Article 4 - Bénéficiaires du Complément individuel

Le Complément individuel de couverture santé couvre les bénéficiaires suivants :

- Le salarié ;
- L'ensemble de ses ayants droit déjà couverts au titre du Socle collectif ;
- De manière générale, toute personne reconnue comme ayant droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas :

- la couverture ne peut être mise en œuvre pour une partie seulement des bénéficiaires du Socle collectif ;
- la couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Toute modification apportée à la liste des bénéficiaires du Socle collectif entraîne actualisation des bénéficiaires couverts par le Complément individuel de couverture santé, et ce, à la même date d'effet.

S'il s'ensuit une majoration du montant annuel de la cotisation du Complément individuel :

- la MBBTP adresse un courrier à l'adhérent pour l'informer des modifications en résultant dans l'échéancier de cotisation du dispositif ;
- à compter de la date d'envoi de ce courrier, le salarié dispose d'un délai de 30 jours pour diminuer son niveau de garantie, ou résilier son adhésion au Complément individuel de couverture santé, selon les dispositions de l'article 8.1.a).

4.1 - Notion de conjoint du salarié

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 le salarié 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 :

- le salarié 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,
- le salarié et son concubin sont domiciliés à la même adresse auprès de leur(s) organisme(s) de base d'Assurance Maladie,
- le salarié et son concubin font l'objet d'une facturation commune par la société qui fournit leur domicile principal en électricité et/ou en gaz,

- le salarié et son concubin disposent d'un compte bancaire conjoint.

4.2 - Notion d'enfant(s) à charge

Sont considérés comme à charge, les enfants ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale. Sont également considérés à charge, les enfants nés du salarié ou adoptés par le salarié, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis,
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace Economique Européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts :

- jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée,
 - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance,
 - demandeurs d'emploi inscrits au Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80% ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à la charge fiscale du participant.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du salarié,
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la Sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

Article 5 - Date d'effet, modification du Niveau de garanties résultantes

La date d'effet de Compléments individuels de couverture santé est fixée au premier jour du mois qui suit la demande de couverture, et ne peut être rétroactive. Par exception, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit l'affiliation au Socle collectif, cette date peut être fixée à la demande de l'adhérent rétroactivement au jour de son affiliation.

La date d'effet est spécifiée sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion au Complément individuel de couverture santé 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.

Pour toute demande du salarié reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement de niveau de garanties résultantes prendra effet au 1er janvier suivant.

Par exception, le changement de niveau de garanties résultantes peut être pris en compte rétroactivement au 1er janvier, lorsque le salarié a formulé sa demande en janvier et dans le délai de 30 jours suivant la date d'envoi de son avis d'échéance annuelle.

Tout changement de domicile doit également être déclaré par le Salarié. À défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu du Salarié produisent tous leurs effets.

Article 6 – Détermination des cotisations

6.1 - Règles générales de fixation des cotisations

Le montant de la cotisation annuelle est défini dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement.

Ce montant est fonction :

- du niveau des Garanties résultantes du Salarié, qui s'applique à l'identique aux bénéficiaires du Complément individuel de couverture santé,
- du niveau de garanties du Socle collectif,
- du nombre d'ayants droit couverts par le Socle collectif.

Si la date d'effet du Complément individuel de couverture santé figurant sur le bulletin d'adhésion, est antérieure au 1er janvier 2015, le montant de la cotisation de cette option est variable selon que le Socle collectif couvre ou non le conjoint.

Dans les autres cas, la cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes et correspond à la somme des éléments suivants :

- montant de cotisation par adulte multiplié par le nombre d'adultes couverts,
- montant de cotisation par enfant, multiplié par le nombre d'enfants couverts.

Pour l'application de cette formule, il est précisé que :

- sont qualifiés d'"Adultes" : le salarié ainsi que - le cas échéant - son conjoint lorsque ce dernier est couvert par le Socle collectif, et ce quels que soient leurs âges :
- sont qualifiés d'"Enfants" : les ayants droit couverts par le Socle collectif. Toutefois, lorsque le Socle collectif couvre trois enfants ou plus, seuls deux d'entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation du Complément individuel de couverture santé ; tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

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 Salarié au sens de l'article 4.2 est couvert à titre gratuit jusqu'au dernier jour du 6^{ème} mois suivant sa naissance ou son adoption par le Salarié,
- b) lorsque le Complément individuel de couverture santé couvre trois enfants à charge (au sens de l'article 4.2) ou plus, seuls deux d'entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation. Tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

Article 7 - Versement des cotisations

Le Salarié, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant qu'il n'a pas été mis de terme à la couverture découlant du présent règlement.

Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement est fractionné par mois. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance sur compte bancaire, ou par toute autre solution mise en œuvre par la MBBTP.

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

Article 8 – Terme de la couverture - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

8.1 - Terme de la couverture

Le terme de l'adhésion découlant du 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 l'institution (exclusion),
- automatiquement, au jour où l'adhérent n'est plus affilié au Socle collectif, ou par suite d'amélioration des garanties du Socle collectif au-delà du niveau du complément individuel.

8.1.a) –Terme de la couverture à l'initiative de l'adhérent (démission)

Tout salarié 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.

Le terme de l'adhésion (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à la MBBTP au moins deux mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission, dans les situations suivantes :
 - le Salarié a été informé d'une augmentation de la cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information,
 - le Salarié a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
 - le Salarié ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise adhérente au Socle collectif

mais continue à bénéficier du maintien des garanties collectives sans contrepartie de cotisations,

- 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.

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

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, et indépendamment du droit pour la MBBTP de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie correspondant au Complément individuel de couverture santé peut être résiliée 40 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès du Salarié. 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.

Indépendamment du droit pour la MBBTP de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice :

- la MBBTP est fondée à émettre une mise en demeure à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance ;
- la garantie est suspendue 30 jours après l'émission de la mise en demeure lorsque cette dernière est restée sans suite ;
- l'adhésion au présent règlement pourra être résiliée après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la suspension de la garantie et interviendra au dernier jour du 3^{ème} mois civil qui suit la date d'effet de la suspension.

Lors de la mise en demeure, le Salarié est informé :

- que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion de couverture au titre du présent règlement, selon le calendrier prévu à l'alinéa qui précède ;
- que la suspension des garanties et l'exclusion emportent cessation d'octroi de tout droit à prestations.

Toutefois, les droits à prestations de l'adhérent sont intégralement rouverts au titre de la période de suspension :

- si le Salarié 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.

En cas de fausse déclaration constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion ou de fraude intervenant à tout moment de la vie du contrat, l'exclusion peut être prononcée sans préavis. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la MBBTP qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

8.1.c) – Cessation d'affiliation du salarié au Socle collectif

Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient automatiquement à compter du jour où le salarié ne peut plus bénéficier des garanties du Socle collectif :

- au jour où le salarié, ayant quitté l'entreprise adhérente au Socle collectif, ne bénéficie plus du maintien des garanties prévu par les règlements des régimes de frais médicaux collectifs de l'institution,
- au jour d'effet de la radiation, de la démission ou de la dénonciation de l'adhésion de l'entreprise au Socle collectif dans les conditions prévues par les règlements des régimes de frais médicaux collectifs de la MBBTP.

8.1.d) - Amélioration du niveau du Socle collectif au-delà du niveau du Complément individuel de couverture santé

L'adhésion au présent règlement prend automatiquement fin au premier jour d'effet d'une amélioration du niveau des garanties du Socle collectif qui conduit à porter ces garanties, pour chaque poste de remboursement, à un niveau supérieur ou égal à celui jusqu'alors atteint dans le Complément individuel de couverture santé.

8.2 - Prestations et cotisations en cours au terme de la couverture

Les droits à prestations dont bénéficiaient l'adhérent et ses ayants droit au titre du présent

règlement prennent fin au jour du terme de la couverture.

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 MBBTP au titre du Socle collectif et au titre du Complément individuel de couverture santé,
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations au titre du Complément individuel ou au titre du règlement des options individuelles d'extension familiale de la couverture Santé.

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 MBBTP, le droit à prestations est fonction du niveau de garanties résultantes choisi par l'adhérent dans le cadre du Complément individuel de couverture santé.

Le calcul de la prestation s'effectue :

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

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,
- ne s'appliquent pas pour les soins effectués par des tiers, des professionnels ou des établissements non conventionnés par la Sécurité sociale (tous identifiés à ce titre sous l'intitulé de secteur non conventionné), quels que soient les titres ou qualifications dont ils disposent.

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 pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement.

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,

- ne s'appliquent pas pour les soins effectués par des tiers, des professionnels ou des établissements non conventionnés par la Sécurité sociale (tous identifiés à ce titre sous l'intitulé de secteur *non conventionné*), quels que soient les titres ou qualifications dont ils disposent.

Le cumul des remboursements effectués en faveur du participant (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 l'institution 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.

12.2 - Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques 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 planchers et 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 s'applique par exercice civil.

12.3 - Réserve

12.4 - Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires.

Les contrats prévoient une prise en charge différenciée selon que le médecin ait ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention 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 informatisées transmises par les régimes de base ou par les professionnels de santé.

Lorsqu'aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par MBBTP, le participant 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 les 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 1^{er} janvier 2016, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

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, 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 :

- l'adhérent et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de la MBBTP.
- dans l'hypothèse où l'adhérent 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

Les garanties accordées s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion du salarié au Complément individuel de couverture santé, quel que soit le niveau de garanties retenu.

Article 17 - Prescription - Déclaration tardive

17.1 - Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à la MBBTP 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 l'institution 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 l'institution 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.

Article 18 - Recours contre tiers responsable

La MBBTP est subrogée de plein droit au participant 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 correcte application 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 des bénéficiaires, 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 informé :

- qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, 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

- que le Médiateur n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que MBBTP et le présent Règlement sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle Prudenciel 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 une modification des garanties prises en charge par le Socle collectif entraînant une modification du Complément individuel de couverture santé,
- suite à modifications apportées au présent règlement,
- suite à évolutions tarifaires,

Après information, les modifications de conditions de couverture résultant du présent règlement et de ses différentes annexes s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits du souscripteur nés du présent contrat, celui-ci peut dénoncer son adhésion dans un délai de 30 jours suivant son information.