

RÈGLEMENT MUTUALISTE DU RÉGIME DES OPTIONS INDIVIDUELLES D'EXTENSION FAMILIALE DE LA COUVERTURE SANTÉ

Article 1 - Objet

Le présent règlement a pour objet de définir les modalités de fonctionnement d'une couverture complémentaire santé proposée par la Mutuelle BOISSIERE du BTP, ci-après, dénommée, MBBTP, fondée sur les principes suivants :

- L'adhérent est un salarié couvert par son entreprise dans le cadre du régime de frais médicaux collectifs d'un contrat de la MBBTP;
- Les bénéficiaires sont des personnes liées au salarié (conjoint et/ou ayants droit) à l'exclusion du salarié lui-même.

La mise en œuvre de cette couverture complémentaire santé repose sur les conditions suivantes:

- du fait de la formulation d'adhésion retenue par l'entreprise, la personne liée au salarié (conjoint ou enfant à charge) ne peut pas être reconnue comme ayant droit au titre du régime de frais médicaux collectifs ;
- la cotisation est appelée exclusivement auprès de l'adhérent ;
- le niveau de couverture du conjoint et/ou des enfants à charge est strictement aligné sur le niveau de couverture de l'adhérent (au titre de sa couverture collective d'entreprise et, le cas échéant, au titre d'un complément individuel facultatif).

La cessation de couverture du salarié au titre du régime de frais médicaux collectifs 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** : les garanties globales de frais médicaux dont le salarié bénéficie, issues du cumul des couvertures suivantes :
 - Socle collectif obligatoire : le niveau de couverture du Régime de frais médicaux collectifs obligatoire 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 bénéficie, s'il a choisi de relever du Régime des Compléments individuels de frais médicaux de la MBBTP ;

- **Adhérent ou Salarié** : le salarié ou ancien salarié qui bénéficie des garanties du Socle collectif ;

- **Option individuelle d'extension Familiale de frais médicaux** ou **Extension Familiale** : la mise en place d'une couverture identique à celle dont bénéficie le salarié, au bénéfice de son conjoint et/ou de son(s) enfant(s) à charge, sur la base d'une contribution financière exclusivement individuelle à la charge du salarié. 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 Options individuelles d'extension familiale de frais médicaux

Tout salarié peut choisir d'adhérer au présent règlement pour couvrir ses ayants droits (conjoint et/ou enfants à charge) dès lors qu'il relève de la situation suivante :

- le salarié est couvert au titre du régime de frais médicaux collectifs;
- et son entreprise a choisi d'opter pour une formulation tarifaire « Salarié seul » ou « Famille sans conjoint ».

Lors de son affiliation par l'entreprise au Socle collectif dans le cadre d'une formulation tarifaire « Famille sans conjoint » ou « salarié seul », chaque salarié est informé par la MBBTP de sa faculté d'accéder à une option individuelle d'extension Familiale de frais médicaux.

Article 3 - Modalités de mise en œuvre

La décision du salarié de faire bénéficier ses ayants droit (son conjoint et/ou ses enfants à charge) d'une Extension familiale 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,

- le nom et la date de naissance des personnes couvertes par l'extension de garantie,
- la date d'effet de l'extension familiale.

Le bulletin d'adhésion précise que le Niveau de garantie de l'Extension Familiale correspond strictement aux Garanties du salarié, sans possibilité d'autre choix.

Le bulletin d'adhésion comporte également l'engagement de l'adhérent que les bénéficiaires au titre de la présente extension familiale ne soient pas couverts, 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. À 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).

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 la MBBTP par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La MBBTP est alors tenue de rembourser les cotisations perçues, sauf si un fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement est intervenu – tant auprès de l'adhérent qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant - pendant le délai compris entre l'adhésion initiale et la date de réception de la demande de renonciation.

Article 4 - Bénéficiaires

L'option individuelle d'extension Familiale de frais médicaux peut couvrir les bénéficiaires suivants :

- Le conjoint du Salarié, si les conditions suivantes sont réunies :
 - l'entreprise a choisi une formulation tarifaire « Famille sans conjoint » ou « Salarié seul »,
 - le conjoint relève des dispositions de l'article 4.1,
 - le conjoint 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. À défaut, la MBBTP est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant la période de double couverture (que ces montants aient été versés à l'intéressé, au conjoint, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant) ;
- ses enfants à charge si les conditions suivantes sont réunies :
 - l'entreprise a choisi une formulation tarifaire « Salarié seul »,
 - l'enfant à charge relève des dispositions de l'article 4.2 ;
- de manière générale, toute personne reconnue comme ayant droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, la couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée par écrit 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 :

- mariage, divorce, séparation de corps,
- conclusion ou rupture d'un Pacs,
- naissance, décès d'un ayant droit,
- 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 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, changement de domiciliation

La date d'effet de l'option individuelle d'extension Familiale de frais médicaux 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 à l'option individuelle d'extension Familiale de frais médicaux 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.

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 – 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 du Salarié, qui s'applique à l'identique aux bénéficiaires de l'Extension familiale,
- du nombre de bénéficiaires de l'Extension Familiale,
- de l'âge de chacun des bénéficiaires,
- du lieu de résidence de l'adhérent (apprécié au premier janvier de l'exercice).

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 l'option individuelle d'extension Familiale de frais médicaux 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.

6.3 - Remises de cotisations lors de la mise en place de la couverture

Pour tout bénéficiaire nouvellement admis au présent régime, les deux premiers mois de cotisations bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première couverture à titre individuel de l'intéressé (hors Compléments individuels de Frais médicaux) auprès de la MBBTP.

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

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de fin de couverture portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion,
- et si les cotisations dues jusqu'au 12^e mois suivant son admission au Régime (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 :

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

Article 7 - Versement des cotisations

L'entreprise adhérente au Socle collectif ne peut être tenue pour responsable du paiement de la cotisation qui correspond à l'option individuelle d'extension Familiale de frais médicaux.

Le Salarié, par la signature du bulletin de participation, 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 l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

8.1 - Terme de l'adhésion

Le terme de la couverture 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 cessation d'affiliation du salarié au Socle collectif,
- lorsque les bénéficiaires ne sont plus liées au Salarié dans les conditions prévues à l'article 4 (notamment lorsque les enfants à charge ont dépassé les limites d'âge correspondantes),
- en cas d'exclusion à l'initiative de l'institution (exclusion),
- automatiquement : au jour du décès du dernier bénéficiaire, ou à compter du jour où il ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

8.1.a) –Résiliation 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 l'institution 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 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 :
 - l'adhérent 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,

- l'adhérent 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 au salarié 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 à l'Extension Familiale peut 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 au titre de l'ensemble constitué par les cotisations du complément individuels et les cotisations de l'extension familiale.

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, l'adhérent 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 des bénéficiaires sont intégralement réouverts au titre de la période de suspension :

- si l'adhérent 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) – Conséquence de la cessation d'affiliation du salarié au Socle collectif

Lorsque le Salarié n'est plus couvert par le Socle Collectif, les garanties nées du présent règlement cessent automatiquement :

- au 31 décembre de l'année en cours si l'institution a eu connaissance de la cessation de l'affiliation du Salarié au Socle collectif de la MBBTP avant le 1er octobre,
- au 31 décembre de l'année suivante, si la MBBTP a eu connaissance de la cessation de l'affiliation du Salarié après le 1er octobre.

Préalablement à la cessation des garanties, la MBBTP informe les ayants droits majeurs qu'ils peuvent conserver le bénéfice de leurs garanties en adhérant à l'un des régimes de Frais médicaux individuels de la MBBTP (régimes des actifs ou régime des retraités).

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

Les droits à prestations dont bénéficiaient les ayants droit du Salarié 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 de la MBBTP.

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 au titre de l'Extension familiale en qualité d'ayant droit du Salarié,
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations au titre du présent règlement ou au titre du règlement du régime de compléments individuels.

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 des Garanties du Salarié, composées du Socle collectif et, s'il y a lieu du Complément individuel.

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.

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

Réservé

Article 18 - Recours contre tiers responsable

La MBBTP est subrogée de plein droit à l'adhérent et/ou à ses ayants droit victimes 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 au participant 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 la 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 des garanties de l'extension familiale,
- 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 de l'adhérent nés du présent contrat, celui-ci peut dénoncer son adhésion dans un délai de 30 jours suivant son information.