

# RÈGLEMENT MUTUALISTE DES CONTRATS FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS RETRAITES

## • 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 de retraités 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 prioritairement aux retraités anciens salariés du BTP.

Les garanties de ce contrat reposent sur plusieurs options avec différents niveaux de remboursements.

## • Article 2 - Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les anciens participants de la MBBTP, et de manière générale tous les anciens salariés du BTP ; des professions industrielles, commerciales ou agricoles ; les agents de l'Etat ; les commerçants ; artisans ; membres des professions libérales, à compter de la date d'ouverture de leur dossier d'instruction de retraite complémentaire Arrco ou s'ils ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité sociale. Pour ces ressortissants, l'adhésion est possible jusqu'à 75 ans ou, si la liquidation de leur retraite complémentaire Arrco intervient au-delà, dans les 12 mois qui s'ensuivent ;
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à une couverture de frais médicaux de la Mutuelle qui remplissent l'ensemble des conditions suivantes :
  - ils sont allocataires du régime de retraite complémentaire Arrco (au titre de droits directs ou d'une pension de réversion) ou ils ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité sociale,
  - ils ont été reconnus bénéficiaires des garanties santé de la MBBTP avec leur propre numéro de Sécurité sociale,
  - et ils 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).

L'adhésion est possible pour les ressortissants 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.

## • Article 3 - Modalités de l'adhésion

### 3.1 - Nouvelle adhésion individuelle auprès de la MBBTP

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.

### **3.2 - Transfert du régime de frais médicaux individuels actifs vers le régime de frais médicaux individuels retraités**

Pour tout adhérent au régime de frais médicaux individuel actifs qui a liquidé des droits à retraite complémentaire Arrco (droits directs ou pension de réversion), ou qui a atteint, durant l'exercice civil, l'âge défini au 1<sup>o</sup> de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité sociale :

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

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 règlement des frais médicaux individuels actifs.

Lors du transfert, il n'est pas signé de nouveau bulletin d'adhésion ; de même, aucun droit à renonciation (tel que précisé à l'alinéa précédent) n'est ouvert suite à la mise en œuvre de ce transfert.

#### **• 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<sup>er</sup> 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 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 de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, 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,
- âges de moins de jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 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 de l'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 charge fiscale de l'adhérent.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- s'ils répondent aux critères ci-avant et qu'ils sont à la charge fiscale de l'adhérent :
  - les enfants du conjoint,
  - les petits-enfants de l'adhérent,
- les orphelins de père et de mère qui étaient précédemment à charge d'un adhérent dans le cadre du présent régime, et s'ils répondent aux conditions précédentes.

#### • 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.

##### 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.

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 Arrco.

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

Le montant de la cotisation du contrat est fonction :

- de l'option souscrite,
- du nombre d'adultes couverts,
- de l'âge de l'adhérent, (dans la limite de 67 ans)
- de son lieu de résidence au premier janvier de chaque exercice.

Pour toute adhésion avant l'année d'atteinte des 68 ans, la cotisation annuelle est définie dans les dispositions de l'ANNEXE TARIFAIRE.

Pour toute adhésion à partir de l'année d'atteinte des 68 ans, la cotisation issue de l'ANNEXE TARIFAIRE fait l'objet d'une majoration. Le niveau de cette majoration dépend de l'âge atteint au cours de l'année d'adhésion :

- + 10 % pour les adhésions entre 68 et 70 ans,
- + 20 % pour les adhésions à partir de 71 ans.

Cette majoration n'est toutefois pas appliquée si l'adhésion intervient avant la fin du 12<sup>e</sup> mois qui suit :

- la date de liquidation de retraite Arrco de l'adhérent,
- ou, si elle est plus favorable, la date de fin de sa dernière activité salariée (notamment dans le cadre d'un cumul emploi-retraite).

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

## 6.2 - Reservé

### 6.3 - Remises de cotisations à l'adhésion

Pour tout nouveau bénéficiaire (qu'il s'agisse de l'adhérent ou de son conjoint), 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. Pour les conjoints, cette disposition s'applique y compris lorsque l'inscription auprès de la MBBTP est postérieure à celle de l'adhérent.

La durée de la suspension est portée à six mois pour l'ensemble des bénéficiaires, lorsque l'adhésion remplit les conditions suivantes :

- le nouvel adhérent au régime était précédemment couvert en frais médicaux collectifs par la MBBTP :
  - dans les six mois précédant la date d'ouverture de son dossier d'instruction de retraite Arrco (ou dans les six mois précédant la date d'effet de retraite Arrco, si cette dernière est plus favorable),
  - quelles qu'aient été ses couvertures antérieures ;
- la date d'effet de l'adhésion, toujours postérieure à la date d'ouverture du dossier d'instruction de retraite Arrco, intervient avant la fin du 12<sup>ème</sup> mois qui suit :
  - la date de liquidation de retraite Arrco de l'adhérent,
  - ou, si elle est plus favorable, la fin de sa dernière activité salariée (notamment dans le cadre d'un cumul emploi-retraite), sous réserve que l'intéressé n'ait pas déjà bénéficié d'une remise de six mois de cotisations au titre d'une adhésion antérieure au présent règlement.

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

- 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<sup>e</sup> 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 :

- à compter de la date où la MBBTP prend connaissance de la demande de résiliation,
- ou à compter du 31<sup>e</sup> jour de retard de versement des cotisations.

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 - Autres remises de cotisations

Les adhérents qui ont bénéficié des dispositifs de remises de cotisations prévus à l'article 6.3 bénéficient d'une remise complémentaire de deux mois de cotisations au cours de leur seconde année d'adhésion au présent régime.

#### 6.5 - Gratuité temporaire à l'adhésion du conjoint 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 son conjoint bénéficie d'une gratuité de cotisation durant les six premiers mois de son adhésion au présent règlement, si la demande d'adhésion a été signifiée à la Mutuelle dans les 6 mois suivant le décès.

#### 6.6 - Réductions sociales

Dans le cadre des politiques d'action sociale mises en œuvre par la profession, les retraités peuvent bénéficier d'une minoration de leur cotisation financée par les fonds sociaux, en fonction de leur niveau de ressources et de leur ancienneté dans le BTP.

Ces réductions sont liées à la situation de l'adhérent et/ou de son conjoint :

- bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA (« réduction dépendance »),
- à défaut, bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire ou ACS (chèque santé) auprès de BTP-PREVOYANCE à la date du 31 décembre 2015,
- à défaut, bénéficiaire d'une pension de retraite Arrco exonérée de CSG-CRDS,
- à défaut, ancienneté d'au moins 30 ans dans le BTP (ancienneté définie à partir de la durée d'affiliation à BTP-PRÉVOYANCE en tant que salarié).

Pour les personnes qui ont adhéré au présent règlement après l'âge prévu au 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 6.1, et qui sont à ce titre sujettes à une majoration de cotisations, ces différents droits à réduction ne sont

ouverts qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier de la troisième année suivant la date d'adhésion.

#### 6.7 - Réductions Dépendance

Une réduction de cotisation est octroyée aux adhérents et à leur conjoint qui bénéficient de l'APA. Cette réduction de cotisation est appelée « réduction dépendance ».

Le montant de la « réduction dépendance » est fonction :

- du lieu de résidence du bénéficiaire de l'APA (à domicile ou en EPHAD),
- pour les personnes qui résident à domicile, du niveau de perte d'autonomie apprécié par le Conseil général en application de la grille nationale AGGIR.

La « réduction dépendance » est applicable :

- à compter de la date d'octroi de l'APA par le Conseil général.
- et à la condition que la demande de réduction ait été adressée à la MBBTP (accompagnée des pièces justificatives correspondantes) avant le 31 décembre de la troisième année suivant la date d'octroi de l'APA.

Sous réserve des dispositions de l'article 6.6, le droit à réduction est accordé avec une rétroactivité maximale de 24 mois par référence à la date de réception de la demande.

Pour les personnes reconnues bénéficiaires de l'APA :

- le droit à « réduction dépendance » est acquis : ces personnes bénéficient d'un droit à réduction sur leur cotisation santé aussi longtemps qu'elles seront bénéficiaires de l'APA. De même, toute aggravation future de leur situation de dépendance (évolution du niveau du GIR si le bénéficiaire de l'APA réside à domicile, ou installation dans un EHPAD) donnera lieu à une augmentation de la « réduction dépendance » en application du barème défini,
- à compter de la date d'attribution de l'APA par le Conseil général, la réduction est octroyée de droit jusqu'au 31 décembre de la troisième année suivant cette date d'attribution, sans que l'intéressé ait à justifier du maintien de sa situation de bénéficiaire de l'APA. Il en est de même lorsque l'intéressé communique un nouveau justificatif faisant état d'une évolution de son état de dépendance : le droit à réduction

court jusqu'au 31 décembre de la troisième année qui suit la date d'effet de ce nouveau justificatif,

- le décès de la personne bénéficiaire de l'APA interrompt automatiquement le droit à « réduction dépendance ».

#### • 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.

##### 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 qui reprend une activité salarié 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.

##### 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 faites au 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, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due, et indépendamment du droit pour la Mutuelle 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<sup>ème</sup> 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 toutes garanties.

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.

## **8.2 - 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 planchers 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 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 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](mailto: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.