

RÈGLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS RETRAITÉS DE LA MUTUELLE BOISSIÈRE DU BTP

2024

MBBTP



PRO BTP
GROUPE

Article 1 - Objet

Le présent règlement est régi par le code de la Sécurité sociale. Il 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 et, le cas échéant, de leurs ayants droit par le régime obligatoire de Sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées s'adressent aux retraités.

Elles reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements.

Article 2 - Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les anciens salariés du BTP, à compter de la date d'ouverture de leur dossier d'instruction de retraite complémentaire AGIRC-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'au 31 décembre de l'année de leurs 75 ans ou, si la liquidation de leur retraite complémentaire AGIRC-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 BOISSIERE du BTP qui remplissent l'ensemble des conditions suivantes :
 - ils sont allocataires du régime de retraite complémentaire AGIRC-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 Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 de l'adhérent, divorce, rupture de Pacs, séparation de corps).
- les anciens salariés qui ont cessé leur activité dans une entreprise du BTP, s'ils sont bénéficiaires du dispositif de cessation anticipée d'activité liée à l'amiante.
- les anciens bénéficiaires de la couverture "Complémentaire Santé Solidaire" (CSS), quel que soit leur âge, s'ils remplissent les conditions suivantes :
 - leur couverture CSS a été résiliée depuis moins de douze mois,
 - et ils ont été couverts par la Mutuelle BOISSIERE du BTP au cours des cinq dernières années.

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise.

Par leur adhésion, ces personnes sont reconnues adhérents de la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

Article 3 - Modalités de l'adhésion

3.1 - NOUVELLE ADHÉSION INDIVIDUELLE AUPRÈS DE LA MUTUELLE BOISSIERE DU BTP

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

La signature du bulletin d'adhésion au règlement peut être réalisée de façon dématérialisée. A cet effet :

- l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides;

- après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée,
- la date et le lieu de naissance ainsi que 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.

Le bulletin d'adhésion comporte également :

- 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 Complémentaire santé solidaire), 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 Mutuelle BOISSIERE du BTP 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) ;
- lorsque le futur adhérent est salarié d'une entreprise, une attestation qu'il peut être exempté d'affiliation à la couverture collective en vigueur au sein de son entreprise.

La Mutuelle BOISSIERE du BTP notifie l'enregistrement de l'adhésion par l'envoi d'un certificat d'adhésion. Ce certificat est adressé par voie dématérialisée lorsque l'adhérent a opté pour une adhésion de façon dématérialisée.

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par la Mutuelle BOISSIERE du BTP :

- le droit à renonciation doit être signifié à la Mutuelle BOISSIERE du BTP par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la Sécurité sociale,
- et aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu - tant auprès de l'adhérent qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant - entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation.

Pour faciliter la prise en compte de son droit à renonciation, l'adhérent est invité à utiliser la rédaction suivante :

« Je renonce à mon adhésion au "règlement des frais médicaux individuels des retraités" intervenue le jj.mm.aa sous le numéro xxx (numéro d'adhésion indiqué dans le certificat d'adhésion) ».

La Mutuelle BOISSIERE du BTP est alors tenue de rembourser les cotisations perçues.

3.2 - TRANSFERT DU RÈGLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS ACTIFS VERS LE RÈGLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS RETRAITÉS

Peuvent être transférés vers le présent règlement les adhérents relevant précédemment du règlement des frais médicaux individuels des actifs :

- qui ont liquidé des droits à retraite complémentaire AGIRC-ARRCO (droits directs ou pension de réversion), lorsque la Mutuelle BOISSIERE du BTP en a été informée,
- et/ou qui ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la Sécurité sociale.

Pour ces adhérents :

- en cas de demande expresse de l'adhérent, l'adhésion est transférée au 1er jour du mois suivant la réception de sa demande ;
- à défaut, l'adhésion est automatiquement transférée au 1er janvier de l'année suivante.

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 ; aucun droit à renonciation (tel que défini à l'article 3.1) 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 :
 - le conjoint de l'adhérent (tel que défini à l'article 4.1),
 - ses enfants à charge (tels que définis à l'article 4.2).
 - et de manière générale, toute autre personne fiscalement à charge de l'adhérent ou de son conjoint ayant droit.

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 ne peut être ouvert au conjoint que 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 Complémentaire santé solidaire). A défaut, la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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).

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.

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 ;
- 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 (en France, dans un autre pays de l'Espace Économique Européen, en Suisse, au Canada, au Royaume Uni ou aux Etats Unis d'Amérique), 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, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - 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 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 règlement, et s'ils répondent aux conditions précédentes.

4.3 - MODIFICATIONS DANS LA LISTE DE BÉNÉFICIAIRES

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être justifiée aux services gestionnaires de la Mutuelle BOISSIERE du BTP par courrier recommandé ou envoi électronique recommandé. La modification est prise en compte au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

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 ou de la Complémentaire santé solidaire ;
- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise ou de la Complémentaire santé solidaire ;

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 et si les cotisations correspondantes ont été préalablement régularisées.

Article 5 - Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure

5.1 - DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION INITIALE

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée, au plus tôt, 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, à divorce, à rupture de Pacs ou 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 initiale est conclue pour une période de douze mois à compter de sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n+1) suivant l'exercice d'adhésion (n),
- puis annuellement jusqu'au 31 décembre de chaque exercice,

sauf terme anticipé de l'adhésion, tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

5.2 - DATE D'EFFET EN CAS DE CHANGEMENT 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 ou dans le délai de 60 jours suivant la date d'envoi de son avis d'échéance annuelle ;
- Dans chacun des cas énoncés ci-dessous, le changement d'option est accepté au premier jour suivant réception de la demande (sous réserve d'apporter les pièces justificatives correspondantes), avec possibilité de rétroactivité à la date du fait qui y donne droit lorsque la demande intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent :
 - 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 ne peut intervenir qu'à la baisse),
 - l'adhérent (ou son conjoint) liquide ses droits à retraite complémentaire AGIRC-ARRCO.

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.

Tout changement de situation concernant l'affiliation de l'adhérent ou d'un ayant droit au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle doit être déclaré à la Mutuelle BOISSIERE du BTP. Ce changement sera pris en compte à sa date d'effet, à la condition que la demande ait été formulée dans le délai de 60 jours suivant la modification du régime de rattachement. Au-delà, le changement sera pris en compte au premier jour du mois suivant la réception de l'information.

Article 6 - Cotisations

6.1 - RÈGLES GÉNÉRALES DE FIXATION DES COTISATIONS

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

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis,
- du nombre d'adultes couverts,
- de l'âge de l'adhérent apprécié au 31 décembre de l'exercice (dans la limite de 69 ans),
- de son lieu de résidence (apprécié au premier janvier de l'exercice).

Pour toute adhésion avant l'exercice où l'adhérent a atteint ses 69 ans, la cotisation annuelle est définie en lecture directe des dispositions de l'ANNEXE TARIFAIRE. Au-delà, la cotisation annuelle est définie en appliquant une majoration aux dispositions de l'ANNEXE TARIFAIRE.

Le niveau de cette majoration dépend de l'âge atteint au cours de l'année d'adhésion :

- + 4 % pour les adhésions entre 69 et 70 ans (par exception, aucune majoration n'est applicable pour les adhésions à intervenir en 2024 si l'adhérent a atteint ses 69 ans au cours de l'exercice),
- + 16 % pour les adhésions à partir de 71 ans.

Cette majoration n'est toutefois pas appliquée si :

1/ l'adhésion intervient avant la fin du 12e mois qui suit :

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

2/ l'adhérent est un ancien bénéficiaire de la CSS, et remplit les conditions suivantes :

- sa couverture CSS a été résiliée depuis moins de douze derniers mois,
- et il a été couvert par la Mutuelle BOISSIERE du BTP au cours des cinq dernières années.

Toute actualisation de l'annexe TARIFAIRE relève de la compétence du Conseil d'Administration de la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

6.2 - GRATUITÉ DE COUVERTURE DES ENFANTS

Tous les enfants à charge au sens de l'article 4.2 sont couverts gratuitement par la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

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 relève d'une couverture santé individuelle simultanément :

- assurée (hors compléments individuels de Frais médicaux) par la Mutuelle BOISSIERE du BTP ou par une des entités relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP,

Pour les conjoints, cette disposition s'applique y compris lorsque l'inscription auprès de la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 :

a) le nouvel adhérent au règlement était précédemment couvert en frais médicaux collectifs par la Mutuelle BOISSIERE du BTP ou PROBTP :

- dans les 24 mois précédant la date d'effet de son adhésion au présent règlement,
- au titre du « règlement des régimes de frais médicaux collectifs » ou d'une convention particulière conclue avec une entreprise adhérente,

b) quelles qu'aient été ses couvertures antérieures, à condition que sa dernière couverture en frais médicaux collectifs soit celle mise en œuvre par la Mutuelle BOISSIERE du BTP ,

c) le nouvel adhérent est bénéficiaire d'une pension de retraite servie par le régime complémentaire AGIRC-ARRCO à la date d'adhésion.

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

- 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 12e mois suivant l'adhésion (hors période de suspension initiale) ont été régulièrement honorées, sans que la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 Mutuelle BOISSIERE du BTP prend connaissance de la demande de résiliation,
- ou à compter du 31e 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 d'une suspension de 6 mois de cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3,
- dont la dernière couverture en frais médicaux collectif était simultanément :
 - assurée par la Mutuelle BOISSIERE du BTP
- et à jour de leurs cotisations,

bénéficient de remises complémentaires de cotisations :

- trois mois au cours de leur seconde année d'adhésion au présent règlement,
- et trois mois au cours de leur troisième année d'adhésion au présent règlement.

6.5 - GRATUITÉ TEMPORAIRE À L'ADHÉSION DU CONJOINT, EN CAS DE DÉCÈS DE L'ANCIEN ADHÉRENT PRINCIPAL

En cas de décès d'un ancien salarié affilié à un Régime de frais médicaux collectifs tel que défini dans les règlements des régimes de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, 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 BOISSIERE du BTP dans les six mois suivant le décès.

6.6 - RÉDUCTIONS SOCIALES

6.6.a) - Dispositions générales relatives aux réductions sociales

Dans le cadre de la politique d'action sociale Santé mise en œuvre par la Mutuelle BOISSIERE du BTP, les adhérents peuvent bénéficier d'une réduction sociale sur leur cotisation.

Ces réductions sont décidées annuellement par le Conseil d'Administration.

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

- bénéficiaire de l'APA (« réduction dépendance »),
- à défaut, bénéficiaire d'une pension de retraite AGIRC-ARRCO exonérée de CSG-CRDS, (ou si tel a été le cas au cours des cinq exercices précédents)
- à défaut, ancienneté d'au moins 30 ans dans le BTP.

Pour les personnes qui ont adhéré au présent règlement après l'âge prévu au 3e 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 1er janvier de la troisième année suivant la date d'adhésion.

Les montants des réductions mises en oeuvre sont détaillés dans l'ANNEXE SOCIALE jointe au présent règlement.

6.6.b) - Dispositions spécifiques à la « réduction dépendance »

Une réduction de cotisation est octroyée aux adhérents et à leur conjoint qui bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2022. Cette réduction de cotisation est appelée « réduction dépendance ».

Le droit à « réduction dépendance » est ouvert :

- à compter de la date d'octroi de l'APA par le Conseil général, pour les personnes qui en sont devenues bénéficiaires en 2024,
- à compter du 1er janvier 2024, pour les personnes qui bénéficiaient déjà de l'APA au 31 décembre 2023 (à la condition qu'ait été transmise à la Mutuelle Boissière du BTP une pièce justificative prouvant leur droit à APA au cours d'au moins un des exercices 2022 ou 2023).

Le montant mensuel de la « réduction dépendance », tel que défini dans l'ANNEXE SOCIALE, est fonction :

- du lieu de résidence du bénéficiaire de l'APA (à domicile ou en EHPAD),
- 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.

Pour tout bénéficiaire de la "réduction dépendance", le droit à réduction est irrévocablement acquis jusqu'au 31 décembre 2024; par exception, le décès du bénéficiaire de l'APA interrompt automatiquement le droit à réduction.

En cas d'évolution de la situation de dépendance (évolution du niveau de GIR si le bénéficiaire de l'APA réside à domicile, ou installation dans un EHPAD), et sous réserve de transmission d'un justificatif correspondant, le montant de la "réduction dépendance" est actualisé à la date de cette évolution.

En cas de transmission tardive de justificatif de l'ouverture du droit à APA (ou de justificatif d'une évolution de la situation de dépendance), et sous réserve des dispositions de l'avant dernier alinéa de l'article 6.6.a), le droit à "réduction dépendance" est accordé :

- avec une rétroactivité maximale de 24 mois par référence à la date de réception de la pièce correspondante.
- dans la limite de la durée de couverture au titre du présent règlement.

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 est fractionné mensuellement (*).

() Pour certaines adhésions intervenues avant le 31 décembre 2018, les cotisations sont appelées par échéances trimestrielles.*

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,
- en cas de résiliation à l'initiative de la Mutuelle BOISSIERE du BTP,
- automatiquement : au jour du décès de l'adhérent, ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime Obligatoire d'assurance maladie français.

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

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la Sécurité sociale.

La résiliation par l'adhérent ne peut intervenir qu'après expiration d'un délai d'un an à compter de sa date d'adhésion : cette résiliation prend effet :

- par défaut, à l'expiration du délai d'un mois après que la Mutuelle BOISSIERE du BTP en a reçu notification,
- ou, sur demande expresse de l'adhérent, au dernier jour du mois suivant celui au cours duquel la Mutuelle BOISSIERE du BTP a reçu notification de la résiliation.

La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle BOISSIERE du BTP a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (« ONDAM ») ou d'une diminution des droits nés du présent règlement, 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 ;
 - l'adhérent a été admis au bénéfice de la Complémentaire santé solidaire ;
- au jour de son affiliation à une couverture obligatoire de frais médicaux d'entreprise, sous réserve que la demande ait été faite au plus tard dans les trois mois suivant cette date, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a été affilié en tant que salarié à la couverture obligatoire de Frais Médicaux de son entreprise,
 - l'adhérent a été affilié en tant qu'ayant droit à la couverture obligatoire de Frais Médicaux de l'entreprise dans laquelle son conjoint exerce une activité salariée.

Passé le délai de 3 mois après son affiliation, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle BOISSIERE du BTP a reçu notification de la demande.

- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la Sécurité sociale, si les dates limite d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisations,
- à la date du premier anniversaire de l'adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l'exercice), sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant.

8.1.b) - Résiliation à l'initiative de la Mutuelle BOISSIERE du BTP

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

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation de l'adhésion peut être prononcée sans préavis par la Mutuelle BOISSIERE du BTP. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle BOISSIERE du BTP qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

La Mutuelle BOISSIERE du BTP peut également suspendre les garanties ou mettre un terme à l'adhésion en cours d'exercice, dans le cadre suivant :

- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour la Mutuelle BOISSIERE du BTP de poursuivre l'exécution de l'engagement né de l'adhésion en justice), la Mutuelle BOISSIERE du BTP est fondée à émettre une mise en demeure passé un délai de 10 jours après l'échéance. Suite à l'émission de cette mise en demeure, et à défaut de régularisation de la cotisation, la Mutuelle BOISSIERE du BTP est en droit :
 - de suspendre les garanties, 30 jours après la mise en demeure,
 - de résilier l'adhésion 40 jours après la mise en demeure.
- la mise en demeure informe l'adhérent des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé.

Toutefois, les droits à prestations de l'adhérent et ceux de ses ayants droit sont intégralement ouverts 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/ou du règlement du régime de frais médicaux individuels des actifs,
- 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 droits à prestations 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 Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 journée d'hospitalisation donnant lieu au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale 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 - Réservé

Article 12 - Prestations, étendue des garanties

12.1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX PRESTATIONS

Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, le droit à prestations est fonction du niveau de couverture et des éventuels modules additionnels 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 relatives au contrat dit « responsable » (notamment les planchers, plafonds et 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 ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
 - le « ticket modérateur » : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
 - les équipements dits « 100% Santé » : équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies aux 3°, 4° et 5° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
 - le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d'accueil spécialisées - MAS - ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes - EHPAD - ne sont pas pris en compte),
 - le forfait urgences en établissements hospitaliers dans les conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'applications.

- 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, ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire, 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.

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 BOISSIERE du BTP que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime de base d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire sont remboursées par la Mutuelle BOISSIERE du BTP dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties « OPTAM » ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire ne font l'objet d'aucun remboursement.

Sous réserve des dispositions du présent article destinées à assurer le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, toute actualisation de l'ANNEXE DE GARANTIES relève d'une décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

12.2 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES OPTIQUES

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond défini pour chaque bénéficiaire. Ce plafond, qui s'entend y compris le montant du ticket modérateur, est également appelé forfait de remboursement.

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.

S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou en cas de renouvellement anticipé prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).

Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la dernière facturation d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les équipements optiques relevant du « 100% Santé », le forfait de remboursement de la Mutuelle BOISSIERE du BTP complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

Le plafond de remboursement de l'équipement, qui dépend du module d'adhésion, est défini dans l'ANNEXE DES GARANTIES.

12.3 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES DENTAIRES

Pour les prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », le forfait de remboursement de la Mutuelle BOISSIERE du BTP complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour l'adhérent ou son ayant droit.

12.4 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES AUDIOPROTHÉTIQUES

Pour les prothèses auditives relevant du « 100% Santé », le forfait de remboursement de la Mutuelle BOISSIERE du BTP complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour l'adhérent ou son ayant droit.

12.5 - AUTRES DISPOSITIONS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES PROTHÈSES DENTAIRES, PROTHÈSES AUDITIVES ET MATÉRIEL MÉDICAL

Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursement de la Sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :

- prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale,
- prothèses auditives,
- matériel médical.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil. Le montant de ce plafond, variable en fonction de l'ancienneté d'adhésion, est fixé par bénéficiaire et par année civile :

- à 2 500 € à compter de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit,
- à 5 000 € du 1er janvier de la deuxième année jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suivent la date d'effet de l'adhésion,
- à 10 000 € à partir du 1er janvier de la cinquième année suivant la date d'effet de l'adhésion.

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur,
- ou au titre des dépassements - dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la Sécurité sociale - pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale.
- ou au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du « 100% Santé », telles que définies ci-dessus.

12.6 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Dans le cas des contrats qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, l'ANNEXE DES GARANTIES prévoit une prise en charge différenciée selon que le médecin ait ou non adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM CO, ou dispositif équivalent) mentionné à l'article L. 871-1 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 Mutuelle BOISSIERE du BTP, 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 et le rappel des prestations versées à tort.

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 €, valeur au 1er janvier 2024. 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

Les modalités de versement des prestations respectent les dispositions des articles L. 871-1 et L. 871.2 du code de la Sécurité sociale (et de tout décret pris pour leur application) relatives aux mécanismes de tiers payant. La Mutuelle BOISSIERE du BTP met ainsi à disposition des professionnels de santé, des établissements et centres de santé, des services numériques permettant la mise en oeuvre du tiers payant pour les remboursements suivants :

- les tarifs de responsabilité (ticket modérateur),
- les équipements dits "100% santé",
- le forfait journalier et le forfait urgences en établissements hospitaliers.

Pour toute prestation entrant dans le cadre d'une convention de tiers payant signée par la Mutuelle BOISSIERE du BTP ou conclue en son nom, le remboursement est destiné au professionnel de santé signataire et/ou bénéficiaire de la convention. Dans ce cas, le plancher de versement de la prestation visé à l'article 14 ne s'applique pas.

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 Mutuelle BOISSIERE du BTP;
- dans l'hypothèse où l'adhérent et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, la Mutuelle BOISSIERE du BTP est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur tous autres montants dus par la Mutuelle BOISSIERE du BTP (au titre de versements de prestations ou de remboursements de cotisations trop perçues).

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 retenue.

Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- matériel médical,
- prothèses auditives,
- appareillages orthopédiques et autres prothèses,

les remboursements sont plafonnés à la garantie Boissière 1 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. 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 Mutuelle BOISSIERE du BTP ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP.

En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion à un régime de frais médicaux individuels de la Mutuelle au titre des dispositions de l'article L. 932-12-1 du code de la Sécurité sociale, puis qu'il a adhéré au présent règlement dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés à garantie Boissière 1 au cours des douze premiers mois de cette nouvelle adhésion.

Article 17 - Délai de déclaration et Prescription

17.1 - DÉLAI DE DÉCLARATION DU DROIT À PRESTATION

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

Le niveau de la prestation versée est celui en vigueur à la date du fait générateur.

A défaut de demande ou déclaration dans ce délai, les droits à prestation sont prescrits.

17.2 - PRESCRIPTION DES ACTIONS EN JUSTICE

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions relatives aux droits et obligations nés du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y 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 BOISSIERE du BTP en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,
- en cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, un bénéficiaire ou un ayant droit, ou du jour où le tiers a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à cinq ans en ce qui concerne les actions en répétition de l'indu (s'agissant notamment des cotisations versées à tort par les adhérents et des prestations versées à tort par la Mutuelle BOISSIERE du BTP).

La prescription de l'action est interrompue :

- en cas d'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés :
 - soit à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
 - soit à la Mutuelle BOISSIERE du BTP en ce qui concerne le règlement d'une prestation ;
- en cas de désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- ou par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
 - une action en justice (art. 2241 du code civil) ;
 - la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
 - une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil).

17.3 - DISPOSITIONS DIVERSES

L'historisation par la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 Mutuelle BOISSIERE du BTP a exposées, et dans les conditions et limites légales.

Article 19 - Réserve

Article 20 - Règlementation LCB-FT

Dans le cadre de la réglementation LCB-FT (Lutte contre le Blanchiment des Capitaux et le Financement du Terrorisme), la Mutuelle BOISSIERE du BTP est tenue à diverses obligations de vigilance spécifique. A ce titre :

- l'adhérent s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par la Mutuelle BOISSIERE du BTP de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT;
- le cas échéant, pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par la Mutuelle BOISSIERE du BTP de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire.

La Mutuelle Boissière du BTP se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande.

Article 21 - Information des adhérents

S'il accepte la dématérialisation de la relation contractuelle, l'adhérent consent à recevoir les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sur support durable dans son espace client ouvert sur le site Internet www.probtp.com.

Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande.

En outre, si la Mutuelle BOISSIERE du BTP constate le caractère inadapté de ce mode de communication, l'institution pourra décider du retour à une relation par échanges sur support papier.

21.1 - INFORMATION LORS DE L'ADHÉSION

Sont réalisés conformément aux dispositions légales, et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement :

- le recueil des besoins des personnes non encore adhérentes,

- l'information des adhérents.

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, ainsi que les modalités de financement et les sanctions du non-paiement des cotisations.

Sont communiquées à l'adhérent les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'adhérent devra s'adresser à la Mutuelle BOISSIERE du BTP qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

la Mutuelle BOISSIERE du BTP - Réclamations
38 Rue Guy de Maupassant
76000 ROUEN

- soit par le biais de son internet (www.mutuelle-boissiere.fr).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois.

L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, il peut s'adresser par écrit au Médiateur de la Consommation pour le règlement de litige extrajudiciaire :

- soit à l'adresse suivante :

CM2C
Médiateur de la Consommation
49 rue de Ponthieu
75008 PARIS

- soit en déposant une demande sur le site Internet www.cm2c.net

- soit en déposant une demande sur le site Internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip

- que la saisine du Médiateur est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé Médiateur de la Consommation n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;

- que la Mutuelle BOISSIERE du BTP et le présent Règlement sont soumis au contrôle de l'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION, située au 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

21.2 - INFORMATION EN CAS DE MODIFICATION DES CONDITIONS DE COUVERTURE

Les adhérents sont informés par écrit, conformément aux modalités prévues au premier alinéa de l'article 21, de toute modification apportée aux articles 1 à 21 du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations et/ou les garanties.

Après information des adhérents et pour ceux qui n'ont pas exercé leur droit à résiliation dans les conditions définies à l'article 8.1-a) du présent règlement, les modifications 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 son adhésion dans un délai de 30 jours suivant son information.

21.3 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, sont traitées par la Mutuelle BOISSIERE du BTP, responsable de traitement, à des fins :

- (i) d'adhésion, gestion et exécution de la couverture Santé,
- (ii) de réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des contrats le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition de l'adhérent qu'il peut exercer à tout moment, évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de la Mutuelle BOISSIERE du BTP ,
- (iii) et avec l'accord de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits.

En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture Santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales.

D'une manière générale, les données sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, ainsi qu'à son sous-traitant l'Association de moyens PRO BTP, et, si nécessaire, à des intermédiaires, réassureurs, prestataires et partenaires. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires.

Certaines des données traitées peuvent être transférées à des prestataires situés en dehors de l'Union européenne, notamment aux fins d'assurer la maintenance et les opérations d'hébergement des données dans le respect de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, et sauf exception liée à l'exécution de la couverture Santé ou aux obligations légales de la Mutuelle BOISSIERE du BTP , l'adhérent et le cas échéant ses bénéficiaires disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après leur décès. Ces droits s'exercent en justifiant de son identité, par courrier postal à « la Mutuelle BOISSIERE du BTP - DPO - 38 Rue Guy de Maupassant 76000 ROUEN ». Ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

La Mutuelle BOISSIERE du BTP dispose d'un délégué à la protection des données (DPO) qui peut être contacté par courrier au 38, rue Guy de Maupassant, 76000 ROUEN.

Conformément à la loi n°2014-344, tout consommateur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique nommée Bloctel.

ANNEXES

GARANTIES 2024

		Part S.S. ⁽¹⁾	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3		
Soins courants	Honoraires médicaux	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	160% (200% si OPTAM)	200% (230% si OPTAM)	
		Consultations et visites (généralistes et spécialistes) NC	70%	100%			
		Actes techniques médicaux	70%	100%			
		Radiologie	70%	110%	160% (180% si OPTAM)		
		Soins externes	60% à 70%	100%			
	Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	110%	160%	200%	
		Transport avec Ticket modérateur	55%	110%	170%	200%	
		Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale	60%	100%	100%	100%	
	Analyses et examens de laboratoires		60%	100%	160%	200%	
	Médicaments	Pharmacie remboursée par la S.S.	65% 30% 15%	100%	100%	100%	
		Médicaments non remboursés sur prescription médicale ⁽²⁾	-	20 € par personne (limité à 50 € /an/famille)	40 € par personne (limité à 100 € /an/famille)	50 € par personne (limité à 130 € /an/famille)	
		Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽²⁾	-	15 € par vaccin	30 € par vaccin	50 € par vaccin	
		Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S. ⁽²⁾	-	30 €/an/bénéf.	40 €/an/bénéf.	80 €/an/bénéf.	
Matériel médical ⁽³⁾	Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹⁾	60%	100%	300%	400%		
	Prothèses mammaires remboursées par la Sécurité sociale	60%	400€	500€	600€		
	Prothèses capillaires remboursées par la Sécurité sociale	60%					
Hospitalisation	Honoraires	Honoraires, frais de séjour	80%	110% (130% si OPTAM)	160% (180% si OPTAM)	200% (260% si OPTAM)	
		Chambre particulière ⁽⁴⁾	-	20 €/jour	60 €/jour	100 €/jour	
		Lit accompagnant pour enfants de - 12 ans ou bénéficiaires de +70 ans	-	23 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	
		Actes médicaux supérieurs à 120€	-	100%	100%	100%	
	Forfait journalier ⁽⁵⁾ et forfait urgences ⁽⁵⁾⁽⁶⁾ en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui		
Ophtalmologie	Équipement 100% Santé ⁽⁷⁾		60% ⁽⁸⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Autre équipement optique (verres et monture)	Équipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁸⁾	60% ⁽⁸⁾	Verres : frais réels Monture : 100 €	Verres : frais réels Monture : 100 €	Verres : frais réels Monture : 100 €	
		Équipement libre ⁽⁸⁾⁽⁹⁾	Équipement à verres unifocaux ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾	60% ⁽⁸⁾	100% + 200€	100% + 400€	100% + 420€
			Équipement à verres progressifs ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾	60% ⁽⁸⁾	100% + 200€	100% + 400€	100% + 550€
	Lentilles	Lentilles remboursées par la S.S. ⁽⁹⁾	60%	100% + 100€	100% + 200€	100% + 220€	
		Lentilles non remboursées par la S.S. ⁽¹²⁾	-	80€	160€ ⁽²⁾	190€ ⁽²⁾	
Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾		-	-	300€/oeil	400€/oeil		
Dentaire	Soins et prothèses 100% Santé ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾		60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Soins dentaires	Inlay/onlay (par acte)	60%	100%	130%	150%	
		Autres soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾	60%	100%	100%	100%	
	Prothèses dentaires ⁽²⁾	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾	60%	350%	450%	550%	
		autres prothèses ⁽¹⁴⁾	60%	350%	450%	550%	
	Orthodontie	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	200%	300%	400%	
Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽²⁾		-	-	-	200€		
Implants (/an/bénéf.) ⁽¹²⁾		-	-	200€	300€		
Aides auditives	Équipements auditifs 100% Santé ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾		60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Prothèses auditives ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾	Pour les bénéficiaires > 20 ans		950€	1 000€	1 100€	
		Pour les bénéficiaires ≤ 20 ans		1 400€	1 450€	1 500€	
Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾ , ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étioopathes, diététiciens, séances de psychologue non remboursées par la S.S.		-	-	2x40€	2x50€	
	Cures thermales ⁽¹⁸⁾		65%	100% BR	100% + 150€	100% BR + 200€	
	Pédicure - Podologue		-	-	40 € par an/bénéf.	50 € par an/bénéf.	
	Densitométrie osseuse non remboursée (sur prescription médicales) ⁽²¹⁾		-	40 € par an/bénéf.	60 € par an/bénéf.	80 € par an/bénéf.	
Sport sur ordonnance : adhérents ALD depuis moins d'un an ⁽²²⁾		-	100 € par an/bénéf.	200 € par an/bénéf.	300 € par an/bénéf.		

RÈGLEMENT DE FRAIS MÉDICAUX - Gamme Nationale ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2024

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

(1) Sans limitation de durée. Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.

(1bis) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences. Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

(2) Limité à 90 jours par hospitalisation.

(3) Les forfaits monture et verres simples ne sont pas cumulables avec les forfaits. Monture et verres progressifs. Forfait par bénéficiaire.

(4) Limité à un équipement (une monture, deux verres) tous les 24 mois pour les personnes de 16 ans et plus, ou tous les 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. La période s'entend à partir du dernier remboursement d'un équipement.

(5) Équipement 100 % Santé « Classe A », pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation. Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale). Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018. La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.

(6) La monture est limitée à 100 €.

(7) Sous condition que la Sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.

(8) Équipement optique relevant du « 100 % Santé » tel que défini par l'arrêté du 03.12.2018, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.

(9) Montant en euros : forfait annuel par personne, pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale.

(10) Forfait par an et par bénéficiaire.

(11) Par œil, par personne et par an.

(12) Hors implants oculaires (considérés comme prothèses non remboursées par la Sécurité sociale).

(13) Le remboursement annuel est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'art. 12.3 du règlement. Au delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les « soins et prothèses 100% Santé ».

(14) Prothèses relevant du « 100 % Santé », tel que défini par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'art. L. 162-9 ou par le règlement arbitral prévu à l'art. L. 162-14-2.

(15) Prothèses hors « 100 % Santé » auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 01.01.2020. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'art. L. 162-9 ou par le règlement arbitral prévu à l'art. L. 162-14-2.

(16) Prothèses auditives relevant du « 100 % Santé » au 01.01.2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28.11.2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'art. L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

(17) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'art. L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

(18) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.

(19) Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, étiope, psychomotricien, psychologue (non remboursés par la Sécurité sociale). Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI.

(20) Contraception masculine et test de grossesse en plus.

(21) Cette garantie s'adresse aux adhérents atteints d'une des 30 affections de longue durée (ALD).

(22) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.

(23) Boissière 2 : plafond famille annuel de 320 €.

(24) Boissière 3 : plafond famille annuel de 380 €.

(25) Sous réserve que le médicament soit référencé sur la liste établie par le code de la santé publique consultable sur <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>.

(26) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.

(*) : la part de la Sécurité sociale indiquée et celle du régime général (ne concerne pas le régime de l'Alsace-Moselle).

**Règlement de frais médicaux individuels des Retraités
ANNEXE SOCIALE au 1er janvier 2024
Réductions mises en œuvre**

Régime Général et Régime Alsace-Moselle

Réductions en fonction de la situation de l'adhérent :

Situation de l'adhérent	Réduction mensuelle de cotisation pour l'exercice civil 2024	
	TTC(1)	HT(2)
Si l'adhérent est bénéficiaire de l'APA(a) : - si hébergement en EHPAD (ouvrant droit à l'APA)	60,00 €	60,00 €
- à défaut, si GIR 1 ou 2	40,00 €	40,00 €
- à défaut, si GIR 3	30,00 €	30,00 €
- à défaut, si GIR 4	20,00 €	20,00 €
À défaut, si la pension de retraite de l'adhérent est exonérée de CSG-CRDS (ou si tel a été le cas au cours d'un des cinq exercices précédents)(b) ' '	10,00 €	10,00 €
À défaut, si l'adhérent justifie d'au moins 30 ans d'ancienneté BTP(b)	6,00 €	6,00 €

a) Lorsque l'adhésion couvre un conjoint bénéficiaire de l'APA, ces mêmes montants de réduction sociale lui seront accordés, en fonction de son niveau de dépendance.

b) Si l'adhésion couvre également le conjoint, le montant de la réduction de cotisation est doublé.

1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2024 : TSA à 13,27%.

En cas de relèvement du taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a délégation de pouvoir pour maintenir les cotisations TTC inchangées, le montant HT étant automatiquement diminué à due proportion,
- à défaut, les cotisations TTC sont automatiquement actualisées à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2024.

L'écart des taux s'explique par la prise en compte de la TSA pour 13,27% des cotisations.

En cas de relèvement du taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a délégation de pouvoir pour maintenir les cotisations TTC inchangées, le montant HT étant automatiquement diminué à due proportion,
- à défaut, les cotisations TTC sont automatiquement actualisées à due proportion.

