

RÈGLEMENT MUTUALISTE DES RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS (OUVRIERS-CADRES- ETAM)

SECTION I - DISPOSITIONS RELATIVES AUX ENTREPRISES ET AUX PARTICIPANTS

■ Article 1 - Objet

Le présent règlement élaboré conformément à l'article 4 des statuts de la MBTPSE a pour objet de rembourser, dans le cadre d'une couverture d'entreprise, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des participants (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 reposent sur plusieurs options avec différents niveaux de remboursements, ainsi que sur un ou plusieurs modules de garanties additionnelles.

■ Article 2 - Adhésion des entreprises

Les entreprises du Bâtiment de des Travaux Publics peuvent librement adhérer au présent règlement si leur siège se trouve dans l'un des 16 départements des régions Rhône-Alpes, Auvergne et Bourgogne.

■ Article 3 - Modalités de l'adhésion

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

L'adhésion fait suite à un choix de mise en place d'une couverture santé dans l'entreprise, conformément aux dispositions de l'article L 221-2 du code de la Mutualité:

- suite à un accord collectif,
- suite à la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (référendum),
- suite à une décision unilatérale de l'employeur.

L'adhésion de l'entreprise est dite obligatoire lorsque les dispositions suivantes sont respectées :

- en cas de mise en place par accord collectif ou par référendum, tout ouvrier/ETAM ou cadre ou apprenti présent dans l'entreprise est obligatoirement affilié au présent règlement (sauf cas d'exception prévus par la réglementation encadrant les exonérations de cotisations de sécurité sociale) ;
- en cas de décision unilatérale de l'employeur :
 - tout ouvrier/ETAM ou cadre ou apprenti présent dans l'entreprise au jour de l'adhésion se voit proposé d'être couvert, sans être contraint à cotiser contre son gré,

- tout ouvrier/ETAM ou cadre ou apprenti embauché ultérieurement est obligatoirement affilié au régime.

L'adhésion de l'entreprise est dite facultative dans les autres cas, ce qui entraîne une majoration automatique de cotisation.

En cas d'adhésion facultative, chaque salarié affilié doit formellement manifester auprès de l'employeur sa volonté de participer à ce régime.

Lors de sa demande d'adhésion, l'entreprise précise notamment à la MBTPSE:

- le niveau des garanties retenues,
- le mode de détermination des garanties collectives, au sens de l'article L. 221.2 du code de la Mutualité
- le choix de la tarification : "global famille" ou "conjoint distinct" pour les cadres et les ETAM.
- ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation des participants concernés.

La MBTPSE notifie l'enregistrement de l'adhésion par l'envoi à l'entreprise d'un certificat d'adhésion. En cas d'adhésion facultative, l'entreprise est informée des règles sociales et fiscales qui s'y rattachent.

Toute entreprise adhérente est tenue de signaler dans les huit jours à la MBTPSE toute embauche ou tout départ de son personnel ouvrier/ETAM ou cadre ou apprenti. En cas de non-respect de cette obligation, l'entreprise peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient éventuellement à être effectués.

■ Article 4 - Bénéficiaires

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

- le participant,
- ses ayants droit : son conjoint (si la tarification choisi le permet) et ses enfants à charge, tels que définis ci-après.

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

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

Toutefois, lorsque l'extension de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants - mariage, naissance, conclusion d'un PACS - les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les trois mois qui s'ensuivent.

4.1 - Notion de conjoint du participant

Est défini comme conjoint :

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

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 du participant ou adoptés par le participant :

- âgés de moins de 18 ans ;
- ou apprentis ou personnes en formation en alternance, célibataires ;
- ou âgés de 18 à 25 ans, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée, qui sont :
 - soit étudiants, affiliés au régime étudiant de la Sécurité sociale,
 - soit demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE et non indemnisés par le régime ASSEDIC ;
- ou reconnus atteints, avant l'âge de 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80% ou plus au sens de la législation sociale.

Sont également considérés comme enfants à charge, les enfants du conjoint, s'ils répondent aux critères ci-avant et qu'ils sont à la charge fiscale de l'adhérent.

■ **Article 5 - Date d'effet, modification de l'adhésion**

La date d'effet de l'adhésion ou de toute modification ultérieure des garanties est fixée, selon la cadence d'appel des cotisations à laquelle est soumise l'entreprise, au premier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande.

Lorsque l'employeur souhaite modifier son adhésion pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment souscrite, cette

modification implique le respect des termes et des conditions de l'article 8.1.

L'adhésion est conclue jusqu'au 31 décembre 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

■ **Article 6 - Cotisations**

Les cotisations peuvent être exprimées en € par jour de présence, ou en pourcentage de salaire.

6.1 - Assiette

Pour les cotisations exprimées en €, les cotisations dépendent du nombre de jours de présence de chaque personne affiliée, au cours du trimestre écoulé. Le nombre de jours pris en compte par la MBTPSE ne peut excéder 90 jours par personne et par trimestre civil.

Lorsque les cotisations sont exprimées en % de la rémunération, celles-ci sont calculées à partir des éléments de rémunération limités au plafond de la sécurité sociale (tranche A). Pour les ouvriers à l'exclusion des indemnités de congés versées par une Caisse congés intempéries BTP.

6.2 - Taux

Le taux de cotisation dépend du niveau des options modulaires et des éventuels modules additionnels choisis par l'entreprise.

La répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés est déterminée librement dans chaque entreprise. Cette répartition doit toutefois respecter les principes suivants pour que l'adhésion soit acceptée :

- la répartition doit prévoir une contribution effective de l'employeur,
- la participation de l'employeur doit être uniforme pour l'ensemble des salariés ouvriers et apprentis de l'entreprise.

Quand l'adhésion est facultative, les taux de cotisations applicables sont majorés de 20 %.

Toute actualisation du taux de cotisations ou du forfait journalier relève de la compétence du conseil d'administration de la MBTPSE par délégation des pouvoirs de l'assemblée générale.

■ **Article 7 - Réserve**

■ Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquence sur les prestations 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'entreprise (démission),
- en cas de liquidation ou de cessation d'activité de l'entreprise sans reprise de contrat de travail,
- en cas de résiliation à l'initiative de la Mutuelle (exclusion),
- à la suite d'une absorption, fusion, cessation d'activité avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail.

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

Toute entreprise qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit :

- signifier sa décision à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception,
- s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L.221.2 du code de la Mutualité et des procédures prévues – le cas échéant – par le Code du travail.

La résiliation à l'initiative de l'entreprise (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 plus tard le dernier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite (selon la cadence d'appel des cotisations à laquelle est soumise l'entreprise), si l'entreprise relève d'une des situations suivantes :

- l'entreprise a été informée d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement en faveur de ses salariés, et a formulé sa demande dans les 30 jours qui s'ensuivent,
- l'entreprise a changé de secteur d'activité et ne relève plus du champ du Bâtiment et des Travaux Publics,
- en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire a exercé le droit dont il dispose légalement de résilier l'adhésion pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement.

8.1.b) - Terme de l'adhésion suite à liquidation ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail

En cas de liquidation d'une entreprise adhérente, le terme de l'adhésion prend effet au jour du jugement de clôture.

En cas de cessation d'activité sans reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion prend effet à la date de cessation d'activité. La demande de résiliation doit être notifiée par l'employeur à la MBTPSE dans le délai d'un mois.

8.1.c) - Résiliation à l'initiative de la Mutuelle (exclusion)

En cas de défaut de déclaration ou de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires, la Mutuelle peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise.

Le terme de l'adhésion prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié par la Mutuelle à l'entreprise au moins deux mois auparavant.

Il appartient alors à l'entreprise de s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L.221.2 du code de la Mutualité et des procédures prévues - le cas échéant - par le code du travail.

8.1.d) - Terme de l'adhésion suite à absorption, fusion ou cessation d'activité, avec reprise de contrat de travail

En cas d'absorption par une autre entreprise ou de cessation d'activité, avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé (dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail), il appartient à l'entreprise (ou à son représentant) de notifier cette évolution à la Mutuelle. Le terme de l'adhésion intervient alors à la date de transfert des contrats de travail.

En cas d'absorption d'autres entreprises avec reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion peut intervenir à la date d'harmonisation des régimes de prévoyance, sous réserve que l'entreprise en fasse la demande à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard dans les 60 jours qui s'ensuivent. A défaut, le terme de l'adhésion prend effet au plus tard le dernier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite.

8.2 - Prestations en cours au terme de l'adhésion

Les garanties dont bénéficiaient les salariés et leurs ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion, à l'exception des maintiens de garanties sans contrepartie de cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 11.

■ Article 9 - Réserve

SECTION II – DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

■ Article 10 - Conditions 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 MBTPSE en qualité de participant affilié par l'entreprise ou en qualité d'ayant droit d'un participant (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4) ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations par l'entreprise, le membre participant peut justifier du précompte des cotisations au régime.

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.

■ Article 11 - Maintien et cessation des garanties

Les garanties visées par le présent règlement cessent :

- au jour où le participant ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié,
- au terme de l'adhésion de l'entreprise,
- ou, en cas d'adhésion facultative, au jour où le salarié renonce à être affilié au présent règlement.

Toutefois, les garanties du régime peuvent être maintenues, sans contrepartie de cotisation, aux conditions définies ci-après :

- lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente,
- en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage,
- en cas de suspension du contrat de travail,
- en cas de décès du participant, au profit de ses ayants droit.

Dans tous les cas, le maintien porte sur les garanties en vigueur au moment de la rupture du contrat de travail ou au terme de l'adhésion de l'entreprise.

Les participants et leurs ayants droit qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice des garanties peuvent adhérer aux règlements de frais médicaux individuels (actifs ou retraités) de la MBTPSE

11.1 - Maintien des garanties lorsque le salarié quitte son emploi

Lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente, le droit au maintien des

garanties est accordé sans contrepartie de cotisations :

- pour une période de 30 jours de date à date,
- ou, pour les prestations remboursées directement à des tiers, jusqu'à la date de terme des droits figurant sur la carte de tiers-payant, si cette date est plus favorable.

11.2 - Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, le droit au maintien des garanties est accordé à tout participant, sans contrepartie de cotisation :

Pour les ouvriers sans limitation de durée:

- lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue :
 - par une indemnisation au titre de l'assurance chômage,
 - ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP, ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du BTP ;
- lorsque le participant :
 - a fait l'objet d'une mesure de licenciement alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la Sécurité sociale contrat de travail non rompu, et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée,
 - et bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par la MBTPSE.

Pour les cadres et les ETAM:

- **temporairement**, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue :
 - par une indemnisation au titre de l'assurance chômage,
 - ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP, ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du BTP.

Dans ce cas, le maintien des garanties est accordé pour une période :

- de six mois de date à date,
- ou d'un tiers de la durée du droit à indemnisation chômage du participant, si cette durée est plus favorable.

Pour les ruptures du contrat de travail intervenues en 2009, la période de maintien des garanties du régime de frais médicaux ne pourra être inférieure :

- à neuf mois de date à date, pour les salariés âgés de moins de 50 ans,
- à douze mois de date à date, pour les salariés âgés de 50 ans et plus.

Pour les cadres et les ETAM licenciés après le 31 décembre 2009, la durée est portée à 9 mois quelque soit l'âge de l'adhérent.

- Le **maintien** de droits est accordé **sans limitation de durée**, lorsque le participant :
 - a fait l'objet d'une mesure de licenciement alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la Sécurité sociale contrat de travail non rompu, et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée,
 - et bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP Prévoyance...

11.3 - Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du participant

En cas de décès du participant, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du participant (tels que définis à l'article 4).

■ **Article 12 - Montant des remboursements**

Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES,
- par référence au niveau de couverture en vigueur dans l'entreprise, à la date du fait générateur. Toutefois, lorsque le fait générateur est postérieur à la sortie de l'entreprise (dans le cadre des dispositions de l'article 11), c'est le niveau de couverture à la date de sortie de l'entreprise qui doit être retenu.

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.

Le cumul des remboursements effectués auprès du participant (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. 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.

Toute actualisation de l'ANNEXE DES GARANTIES relève d'une décision du conseil d'administration par délégation des pouvoirs de l'assemblée générale.

■ **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.

Lorsque aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par la MBTPSE, le participant doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

Dans tous les cas où les barèmes résultant de l'ANNEXE DES GARANTIES le nécessitent, le participant 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 (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2008, 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 au bénéficiaire 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 signées par la MBTPSE, 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.

■ **Article 16 - Réserve**

■ **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 y 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 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 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, l'entreprise ou le participant engage une action en justice ; dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

■ Article 18 - Recours contre tiers responsable

La MBTPSE est subrogée de plein droit au bénéficiaire victime 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 MBTPSE a exposées, et dans les limites et conditions légales.

■ Article 19 - Mise en œuvre de coassurance

Le régime prévu par le présent règlement est mis en œuvre par la MBTPSE dans le cadre de coassurances territoriales avec BTP-PRÉVOYANCE.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de la MBTPSE et par celles de BTP-PRÉVOYANCE. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions de l'article L114-1 5° alinéa du Code de la Mutualité est simultanément compatible avec les dispositions du 9^{ème} livre du Code de la Sécurité sociale.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance, sont exposées dans une ANNEXE de COASSURANCE jointe au présent règlement.

En cas de cessation de la coassurance au 31 décembre d'un exercice, chaque adhérent conserve le bénéfice des dispositions du présent règlement. Au-delà de cette date, les droits et obligations du participant sont poursuivis en totalité avec la MBTPSE (sauf autre disposition de répartition des engagements convenue conjointement entre les coassureurs).

■ Article 20 - Effet de la coassurance

Chaque coassureur n'est engagé, vis-à-vis de l'entreprise adhérente, qu'à hauteur de sa seule quote-part dans les opérations communes, dans la mesure où celle-ci a été portée à la connaissance de l'adhérent.

En cas de changement de domiciliation de l'entreprise adhérente en dehors du territoire de coassurance dont elle relève, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les

conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation.

SECTION III – INFORMATION DES ADHÉRENTS, MODIFICATION DES CONDITIONS DE COUVERTURE

■ Article 21 - Information des entreprises adhérentes et des participants

L'information des entreprises adhérentes est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une application satisfaisante du présent règlement. En particulier, lors de l'adhésion, est remise à l'entreprise 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'entreprise et des participants, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

Sont communiquées au participant 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.

■ Article 22 - Modification des conditions de couverture

Les entreprises adhérentes sont informées par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- suite à modifications apportées au présent règlement,
- suite à évolutions tarifaires,
- suite à mise en place d'une coassurance ou changement de coassureur.

Après information, les modifications de conditions de couverture s'appliquent de plein droit.