

## RÈGLEMENT MUTUALISTES DES CONTRATS FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS ACTIFS ET RETRAITES TOUS COLLEGES (BTP SANTE)

### ■ 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 de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge d'actifs ou de retraités par le régime de Sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Concernant le contrat "actifs", les garanties proposées s'adressent à des actifs qui ne peuvent bénéficier de couvertures collectives d'entreprise au sein du BTP.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, le contrat FMA est fermé à toute nouvelle adhésion, les nouvelles demandes devant être traitées dans le cadre de BTP Santé, offre commune avec BTP PREVOYANCE.

Les garanties de ce contrat reposent sur plusieurs options avec différents niveaux de remboursements, ainsi que sur un ou plusieurs modules de garanties additionnelles.

### ■ Article 2 - Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel au contrat "actifs" :

- les salariés d'une entreprise du Bâtiment et des Travaux Publics (BTP) au sein de laquelle aucune couverture collective n'est mise en œuvre en matière de santé,
- les anciens salariés du BTP (y compris les intérimaires œuvrant dans une entreprise du BTP),
- les jeunes en formation au sein de centres du BTP, ou apprentis de la profession ou étudiants dans une école de la profession,
- les adhérents ne pouvant plus bénéficier du contrat "Spécial Jeunes"
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à un régime de frais médicaux de la Mutuelle :
  - lorsqu'ils sont âgés de 55 ans au plus,
  - qui ont été reconnus bénéficiaires des garanties de BTP-PRÉVOYANCE avec leur propre numéro de Sécurité sociale,
  - et qui ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès du participant, divorce, rupture de PACS, séparation de corps, terme de l'acceptation en qualité d'enfant bénéficiaire au sens de l'article 4.2).

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel au contrat "retraités" :

- les anciens participants de la MBTPSE, et de manière générale tous les anciens salariés du

BTP, dès lors qu'ils ont liquidé leurs droits à la retraite et qu'ils sont allocataires du régime ARRCO. Pour ces ressortissants, l'adhésion est possible jusqu'à 70 ans ;

- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à une couverture de frais médicaux de la Mutuelle :
  - lorsqu'ils sont âgés de plus de 55 ans,
  - qui ont été reconnus bénéficiaires des garanties de la MBTPSE avec leur propre numéro de Sécurité sociale,
  - et qui ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès du participant, divorce, rupture de PACS, séparation de corps.

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants domiciliés dans les 16 départements des régions Rhône-Alpes, Auvergne et Bourgogne et affiliés à un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Par leur adhésion, ces personnes sont reconnues adhérents de la MBTPSE.

Les travailleurs non salariés ne peuvent adhérer au présent règlement.

### ■ Article 3 - Modalités de l'adhésion

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

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée,
- la date de naissance et le lieu de domiciliation du candidat à l'adhésion,
- la désignation des personnes couvertes par l'adhésion,
- la date d'effet de l'adhésion,
- le niveau de garantie retenu.

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être valablement exercé, ce droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de la Mutuelle par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La Mutuelle est alors tenue de rembourser les cotisations perçues, sauf si un fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement est intervenu pendant le délai compris entre l'adhésion initiale et la renonciation.

Lorsque le futur adhérent est salarié d'une entreprise du BTP, il doit attester, dans le bulletin d'adhésion, qu'il ne peut être affilié à une couverture collective au sein de son entreprise.

### ■ Article 4 - Bénéficiaires

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

- l'adhérent,
- ses ayants droit : son conjoint et ses enfants à charge, tels que définis ci-après.

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 1<sup>er</sup> jour suivant la déclaration.

Toutefois, lorsque la modification de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants – décès, divorce, séparation de corps, mariage, naissance, conclusion ou rupture d'un PACS – les cotisations et les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les trois mois qui s'ensuivent.

#### **4.1 - Notion de conjoint de l'adhérent**

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec l'adhérent,
- à défaut, la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que l'adhérent,
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
  - a) le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun,
  - b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre,
  - c) l'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, 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 l'adhérent.

#### **4.2 - Notion d'enfant bénéficiaire**

Contrat "actifs" : peuvent bénéficier des garanties du présent régime les enfants âgés de moins de 26 ans :

- nés de l'adhérent ou adoptés par l'adhérent,
- nés du conjoint ou adoptés par le conjoint (tel que défini à l'article 4.1), si celui-ci est lui-même bénéficiaire du présent régime.

Contrat "retraités" : 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 :

- 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 :

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

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

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au premier jour du mois civil qui suit l'adhésion et ne peut être rétroactive.

Par exception :

- si au cours des six derniers mois, l'adhérent était couvert à titre de bénéficiaire par une couverture - collective ou individuelle - interrompue suite au décès de l'adhérent principal, suite à un divorce ou suite à une séparation de corps, la date d'effet de l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption,
- lorsqu'au cours des six derniers mois, l'adhérent bénéficiait de droits collectifs qui ont été interrompus au jour de fin de son dernier contrat de travail, l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de cette même date.

L'adhésion est conclue jusqu'à la fin de l'exercice civil et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf terme de l'adhésion tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

Toutefois, pour les adhérents apprentis ou en formation en alternance, âgés de moins de 26 ans, la date annuelle d'échéance de l'adhésion peut être fixée à leur demande au 31 août.

Les demandes de changement d'option prennent effet au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier suivant (ou au 1<sup>er</sup>

septembre pour les adhérents de moins de 26 ans qui le souhaitent), sous réserve que la demande soit intervenue dans les 2 mois qui précèdent.

Tout changement de domicile doit également être déclaré par l'adhérent. À défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu de l'adhérent produisent tous leurs effets.

#### ■ Article 6 - Détermination des cotisations

La cotisation annuelle de l'adhérent est définie dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement.

Le montant de la cotisation du contrat est fonction :

- de l'option souscrite,
- de la composition familiale déclarée à la Mutuelle (pour le contrat "retraités" les enfants à charge sont couverts sans contrepartie de cotisations)
- de l'âge de l'adhérent, (dans la limite de 66 ans)
- de son lieu de résidence au premier janvier.

La cotisation fait l'objet d'une majoration si l'adhésion intervient après 66 ans. Le niveau de cette majoration est fixé dans l'ANNEXE TARIFAIRE.

Lorsque l'adhésion couvre des enfants bénéficiaires au sens de l'article 4.2, ne donnent pas lieu à cotisation les enfants à charge suivants :

- les deux premiers enfants bénéficiaires, tant qu'ils sont âgés de moins de trois ans,
- tout enfant bénéficiaire à compter du 3ème, tant qu'il est :
  - a) ayant droit à charge de l'adhérent ou de son conjoint, au sens de la législation de la Sécurité sociale,
  - b) ou âgé de moins de 18 ans,
  - c) ou âgé de 18 à 25 ans, célibataire, n'exerçant aucune activité régulière rémunérée, s'il est étudiant, apprenti, ou demandeur nationale pour l'emploi (ANPE) et non indemnisé par les ASSEDIC,
  - d) ou reconnu atteint, 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.

En cas de décès d'un ancien participant affilié à un Régime de frais médicaux collectifs tel que défini dans les règlements des régimes de la MBTPSE ses anciens ayants droit bénéficient d'une gratuité de cotisation durant les six premiers mois de leur adhésion au présent règlement, si leur demande d'adhésion a été signifiée à l'organisme dans les 6 mois suivant le décès.

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

#### ■ Article 7 - Versement des cotisations

L'adhérent, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que l'adhésion n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement

peut être fractionné par mois ou par trimestre. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance, sur compte bancaire ou postal, ou par toute autre solution mise en œuvre par l'organisme.

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

#### ■ Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

##### *8.1 - Terme de l'adhésion*

Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent (démission),
- en cas de résiliation à l'initiative de la Mutuelle (exclusion),
- automatiquement dans l'une ou l'autre des situations suivantes : au dernier jour du mois de décès de l'adhérent, ou au dernier jour du mois où l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine; par ailleurs, le terme de l'adhésion au contrat de frais médicaux "actifs" est fixé au jour de transfert vers le régime de frais médicaux individuels "retraités".

### **8.1.a) - Résiliation à l'initiative de l'adhérent (démission)**

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à la MBTPSE par lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation à l'initiative de l'adhérent (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à la Mutuelle au moins deux mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission de l'adhérent, s'il relève d'une des situations suivantes :
  - l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement, et a formulé sa demande dans les 30 jours qui s'ensuivent,
  - l'adhérent a changé de branche professionnelle ou de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
- au jour où l'adhérent est affilié à un régime complémentaire frais de santé par son entreprise, sous réserve que la demande soit faite dans les trois mois qui s'ensuivent.

### **8.1.b) - Résiliation à l'initiative de la MBTPSE (exclusion)**

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

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

En outre, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie pourra être résiliée 40 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès de l'adhérent. Cette mise en demeure ne peut être notifiée qu'après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la date à laquelle les cotisations doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion de l'adhésion au présent règlement, selon la procédure prévue à l'alinéa qui précède. Elle prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant la réception de sa notification. Elle emporte cessation d'octroi de toutes garanties.

### **8.1.c) Transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités**

Sont automatiquement transférés vers le régime de frais médicaux individuels retraités :

- les adhérents qui ont liquidé leur retraite,
- les adhérents qui ont atteint l'âge de 65 ans.

Pour ces adhérents, le transfert prend automatiquement effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante ; il conduit à maintenir 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 présent règlement.

Lors du transfert, il n'est pas souscrit de nouveau bulletin d'adhésion.

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

Les garanties dont bénéficiaient l'adhérent et ses ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion.

Les éventuels excédents de cotisations versés au-delà de la date d'effet de la résiliation donnent lieu à remboursement.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée, les cotisations versées d'avance sont affectées en priorité à l'indemnisation du préjudice.

#### ■ Article 9 - Réserve

#### ■ Article 10 - Condition d'ouverture des droits - Fait générateur

##### **10.1 - Conditions d'ouverture des droits**

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de la MBTPSE en qualité d'adhérent ou en qualité d'ayant droit d'un adhérent (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4),
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations.

##### **10.2 - Fait générateur**

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux,
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux,
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation.

#### ■ Article 11 - Réserve

#### ■ Article 12 - Montant des remboursements

Le calcul de la prestation s'effectue par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur de la prestation. Il dépend du niveau des

garanties souscrit, comme précisé dans l'ANNEXE DES GARANTIES jointe au présent règlement.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie dans la limite des sommes déclarées à cet organisme.

Le cumul des remboursements effectués auprès de l'adhérent (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 de la compétence 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, l'adhérent doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

Dans tous les cas où les barèmes résultant de l'ANNEXE DES GARANTIES le nécessitent, l'adhérent peut être conduit à fournir tous éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes.

#### ■ Article 14 - Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1er 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

Mise à jour 30/06/2010

Document15

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 - Délai de stage et de carence

Les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option souscrite, sous réserve de justification de l'une des situations suivantes :

- le membre participant apporte la preuve qu'il bénéficiait d'une autre couverture complémentaire santé dans les 6 mois précédents l'adhésion (y compris Couverture Maladie Universelle complémentaire),
- le membre participant a fourni un certificat d'apprentissage ou de contrat par alternance dans le bâtiment et les travaux publics,
- les soins sont directement liés à un accident postérieur à la date d'adhésion,
- l'adhésion fait suite à un changement de situation familiale ou d'option.

À défaut, un délai initial de six mois est appliqué au cours duquel la couverture en optique, en dentaire et en audioprothèse est ramenée aux garanties de la première option, telle que précisées dans l'ANNEXE DES GARANTIES.

S'agissant des modules de garanties additionnelles pouvant être souscrits par l'adhérent en complément de l'option, un délai de carence de six mois est appliqué si les adhésions au module et à l'option ne sont pas simultanées. Ce délai est porté à 300 jours pour l'allocation maternité.

#### ■ 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 ou l'adhérent engage une action en justice ; dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

#### **■ Article 18 - Recours contre tiers responsable**

La MBTPSE est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 conditions et limites légales.

#### **■ Article 19 - Mise en œuvre de coassurance**

Le régime prévu par le présent règlement peut être mis en œuvre par la MBTPSE dans le cadre d'une coassurance avec. BTP-PRÉVOYANCE

Pour la mise en œuvre d'une telle coassurance, 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 du Code de la Mutualité est simultanément compatible avec les dispositions du 9<sup>ème</sup> 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'adhérent, 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'adhérent en dehors du territoire de coassurance

dont il relève, les conditions de mise en œuvre du présent règlement sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1er janvier suivant. À défaut d'accord de l'intéressé sur ces modifications, la couverture peut être résiliée par l'organisme gestionnaire au 31 décembre.

#### **■ Article 21 - Information des adhérents**

L'information des adhérents est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une application satisfaisante du présent règlement. En particulier, préalablement à l'adhésion, sont remis à l'adhérent un bulletin d'adhésion et une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'assuré, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

Sont communiquées à l'adhérent les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision ou effectuer toute réclamation concernant la gestion de sa couverture.

#### **■ Article 22 - Modification des conditions de couverture**

Les adhérents sont informés par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- suite à modifications apportées au présent règlement,
- suite à évolutions tarifaires,
- 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. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits de l'adhérent nés du présent règlement, celui-ci peut dénoncer sa participation dans un délai de 30 jours suivant son information.