

RÈGLEMENT MUTUALISTE DES CONTRATS FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS (ANCIENNE GAMME)

■ Article 1 - Objet

Le présent règlement mutualiste élaboré conformément à l'article 4 des statuts de la MBTPSE a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la MBTPSE, relatifs aux conditions d'adhésion, de démission ou d'exclusion. Il détermine également :

- la nature et les conditions d'attribution des prestations,
- les conditions d'ouverture des droits et les caractéristiques des cotisations.

Les garanties proposées s'adressent à des actifs qui ne peuvent bénéficier de couvertures collectives d'entreprise au sein du BTP ou à des anciens adhérents qui ne peuvent bénéficier d'un maintien de droits gratuits ou à des retraités.

Elles reposent sur plusieurs options avec différents niveaux de remboursements.

À compter du 1^{er} janvier 2004 pour les actifs et du 1^{er} janvier 2006 pour les retraités, le présent régime est fermé à toute nouvelle adhésion. Pour tous les bénéficiaires, tout changement de composition familiale met fin au contrat. Par ailleurs le passage à la retraite de l'adhérent actif met fin à son contrat. Les demandes d'adhésion ou de modification doivent être effectuées dans le cadre du règlement des frais médicaux de la nouvelle gamme "toutes catégories".

■ Article 2 - Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

Les 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 anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à un régime de frais médicaux de la MBTPSE 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).

Les retraités:

- les anciens salariés retraités du BTP

- la veuve ou la conjointe divorcée (ou veuf ou conjoint divorcé) d'un retraité du BTP

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants 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 :

- le contrat choisi (actif ou retraité/personne seule ou famille),
- 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.

Le passage de la catégorie "actifs" à la catégorie "retraités" est subordonné à la signature d'un nouveau contrat.

■ Article 4 - Bénéficiaires

Le contrat souscrit en "personne seule" ne garantit que l'adhérent.

Pour le contrat souscrit en "famille", 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^{er} jour du mois suivant la déclaration.

Toutefois, lorsque la modification de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants – décès, divorce, séparation de corps, mariage, naissance, conclusion ou rupture d'un PACS – 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.

4.2 - Notion d'enfant bénéficiaire

Les enfants célibataires sont garantis

- jusqu'à 21 ans s'ils figurent sur la carte de Sécurité sociale du participant, de son conjoint non divorcé ou de sa concubine,
- de 18 à 25 ans, s'ils sont scolaires, étudiants, apprentis ou en formation professionnelle dans le cadre d'un contrat de travail si ses ressources ne sont pas supérieures à 55% du SMIC;
- quel que soit leur âge, les enfants handicapés titulaires de la carte d'invalidité et fiscalement à charge.

■ 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 la demande et ne peut être rétroactive.

Par exception :

Les actifs:

- 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, 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.

Les retraités:

- A la date de la retraite si l'adhésion intervient dans les 3 mois qui suit.
- 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 ou suite à un divorce, la date d'effet de l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption,

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.

Les demandes de changement de contrat ou d'option prennent effet au plus tard au 1^{er} janvier suivant, sous réserve que la demande soit intervenue dans les 2 mois qui précèdent. Les contrats étant fermés, les nouvelles adhésions doivent se faire dans le cadre du contrat individuel nouvelle gamme.

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 est fonction :

- du contrat souscrit (actifs ou retraités/personne seule ou famille),
- de l'option souscrite.

Toute actualisation de l'ANNEXE TARIFAIRE relève de la compétence 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. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance, sur compte bancaire ou postal, ou par toute autre solution mise en œuvre par la MBTPSE.

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 MBTPSE (exclusion),
- automatiquement dans l'une ou l'autre des situations suivantes : au dernier jour du mois de décès de l'adhérent ou de l'ayant droit conduisant à une modification de contrat, ou au dernier jour du mois où l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine, ou au jour de la retraite de l'adhérent (pour le contrat "actifs").

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 MBTPSE au moins deux mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission si 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,
- 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 fausse déclaration intentionnelle), l'exclusion du participant peut être prononcée sans préavis. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la MBTPSE 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 MBTPSE 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.

8.2 - 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 MBTPSE 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 de la MBTPSE 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.

Lorsqu'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 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 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 précédant l'adhésion (y compris Couverture Maladie Universelle complémentaire),
- l'adhésion fait suite à un changement de situation familiale ou d'option.

À défaut, un délai de carence de trois mois est appliqué au cours duquel aucune prestation n'est due en contrepartie de cotisations.

■ Article 17 - Prescription - Déclaration tardive

17.1 - Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à la MBTPSE 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 MBTPSE 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 MBTPSE 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^{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'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'adhérents du présent règlement, celui-ci peut dénoncer sa participation dans un délai de 30 jours suivant son information.