

REGLEMENT MUTUALISTE Des FRAIS MEDICAUX ETAM

SECTION I - DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ENTREPRISES ET AUX PARTICIPANTS	2
Article 1 - Dispositions générales	2
Article 2 - Modalités d'adhésion	2
Article 3 - Admission du participant.....	2
Article 4 - Démission radiation.....	2
Article 5 - Cotisations.....	2
SECTION II - DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX GARANTIES	2
Article 6 - Conditions d'ouverture du droit	2
Article 7 - Maintien et cessation des garanties	2
Article 8 - Prescription	3
Article 9 - Recours contre tiers	3
Article 10 - Niveau de la garantie applicable.....	3
Article 11 - Bénéficiaires	3
Article 12 - Limite de garantie.....	3
Article 13 - Justifications.....	3
Article 14 - Montant de la prestation.....	3
Article 15 - Tiers payant.....	4
SECTION III - DISPOSITIONS PROPRES A CHAQUE GARANTIE.....	4
Article 16 - Nature des garanties	4
Article 17 - Mise en œuvre de la coassurance.....	4
Article 18 - Effet de la coassurance.....	4
Article 19 - Information de l'employeur.....	4

SECTION I - DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ENTREPRISES ET AUX PARTICIPANTS

Article 1 - Dispositions générales

Les entreprises peuvent adhérer au bénéfice de leur personnel ETAM ou d'une catégorie de celui-ci, à l'une des 9 options du régime de Frais médicaux proposées en partenariat avec BTP-PREVOYANCE.

Article 2 - Modalités d'adhésion

L'entreprise remplit un bulletin d'adhésion sur lequel figurent le niveau de garantie retenu ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation du personnel concerné.

La date d'effet de l'adhésion ou de toute modification aux conditions de celle-ci est fixée au premier jour du mois qui suit celui de réception par la MBTPSE de la demande d'adhésion. L'adhésion de l'entreprise est considérée :

- totale, si :
 - l'ensemble du collège "ETAM" est couvert lors de l'adhésion,
 - tout ETAM nouvellement embauché est couvert.
- partielle, dans les autres cas, ce qui peut entraîner une surprime de cotisation.

En cas d'adhésion partielle :

- chaque salarié couvert manifeste de façon formelle sa volonté de participer à ce régime,
- l'entreprise sera informée des règles fiscales qui s'y rattachent.

La MBTPSE notifie l'enregistrement de l'adhésion par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

Article 3 - Admission du participant

La date d'admission au régime est fixée à la date d'entrée dans l'entreprise, ou de promotion dans la catégorie, et en tout état de cause au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise.

L'entrée ou la promotion dans la catégorie doit être notifiée dans les 15 jours suivant l'événement. À défaut, la date d'admission du participant est reportée au lendemain du jour de réception de cette notification.

La cessation d'appartenance à l'entreprise ou à la catégorie doit également être notifiée dans les 15 jours. En cas de non-respect de cette obligation, l'entreprise peut être tenue responsable des paiements de prestations qui viendraient éventuellement à être effectués à tort.

Article 4 - Démission radiation

La radiation requiert l'accord de la majorité des participants affiliés au régime.

La démission doit être notifiée à la MBTPSE par lettre recommandée avec accusé de réception au moins trois mois avant la fin de l'exercice en cours, elle prend effet le 31 décembre de la même année.

La radiation de l'entreprise entraîne pour tous les bénéficiaires la suppression des prestations relatives aux soins engagés postérieurement à la date de radiation.

Article 5 - Cotisations

L'assiette des cotisations est le salaire dans la limite du plafond de la Sécurité sociale, le plafond de la Sécurité sociale, ou toute autre base contractuelle.

Les taux contractuels de cotisations sont présentés dans une annexe tarifaire. Il en est de même pour le taux de cotisation correspondant à la prise en charge des frais engagés en milieu non conventionné.

Quand l'adhésion est partielle avec un effectif de participants représentant moins de 60 % du personnel affiliable de l'entreprise, les taux de cotisation indiqués sont majorés de 20 %.

Le montant des cotisations fait l'objet d'une actualisation annuelle fonction de l'évolution constatée de la consommation médicale.

La répartition des cotisations entre l'employeur et les participants est déterminée librement dans chaque entreprise.

SECTION II - DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX GARANTIES

Article 6 - Conditions d'ouverture du droit

Les prestations prévues à la présente section sont dues à tout participant affilié au régime à la date où se produit le fait générateur du risque couvert.

Article 7 - Maintien et cessation des garanties

Le droit au maintien des garanties est accordé, sans contrepartie de cotisations, à tout participant quittant un emploi dans une entreprise adhérente au régime et où il était couvert par l'adhésion qui se trouve :

- en incapacité totale de travail supérieure à 90 jours pour cause de maladie ou accident, indemnisée par la CBTP,
- ou en état d'invalidité 2^e et 3^e catégorie ou de rente accident du travail supérieure à 66 % indemnisées par la CBTP ne permettant aucune activité rémunérée.

Cette période est limitée à 6 mois tant que, immédiatement après sa sortie de l'entreprise, le participant est :

- ou en chômage indemnisé par l'ASSEDIC sauf ARPE et ACCRE,
- ou en stage de formation professionnelle.

Ce maintien est accordé si le participant n'exerce aucune activité rémunérée.

Par extension et conformément aux dispositions légales en vigueur, les ex-participants (actifs, retraités, ayants droit des participants décédés) peuvent adhérer directement et individuellement au même régime que celui qui leur était applicable en activité.

Article 8 - Prescription

Excepté les cas de force majeure, toutes les actions dérivant des opérations relatives aux garanties du présent régime sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Article 9 - Recours contre tiers

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 exposées par la Mutuelle, à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 10 - Niveau de la garantie applicable

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

Lorsque le fait générateur est postérieur à la date de sortie de l'entreprise, c'est le niveau de garantie en vigueur à cette date qui doit être retenu.

Article 11 - Bénéficiaires

Le bénéfice de la prestation est dû à tout participant affilié au régime à la date où se produit le fait générateur du risque couvert.

Les personnes couvertes sont :

- le participant,
- son conjoint défini comme suit:
 - la personne ayant un lien matrimonial en cours avec celui-ci,
 - la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (PACS),
 - le concubin si le concubinage, notoire et constant a duré au moins 2 ans sans lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre, et il est justifié d'un domicile commun,
 - les enfants:
- de moins de 18 ans, célibataire et apprenti (en France)
- de moins de 20 ans, célibataire et étudiant dans un pays de l'Union européenne,

- Reconnu invalide (au moins à 80 %) avant le 21^e anniversaire.

Article 12 - Limite de garantie

Les remboursements versés ne peuvent excéder le montant des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 13 - Justifications

Pour bénéficier des prestations, les personnes couvertes par le régime, doivent apporter la preuve - à l'appui de justificatifs originaux - qu'elles ont bénéficié de prestations en nature servies par un régime de base.

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 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 prestations le nécessitent, l'adhérent peut être conduit à fournir tous éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

Article 14 - Montant de la prestation

Le montant de la prestation est calculé selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES.

Les remboursements forfaitaires et les plafonds de remboursement pourront être ajustés chaque année sur décision du Conseil d'Administration.

La MBTPSE ne prend pas en charge :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale (1 euro au 1^{er} janvier 2006),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect par l'assuré du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part de majoration de participation prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non prise en charge de la majoration du ticket modérateur) résultant du non respect, par l'assuré, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part de majoration de participation résultant du fait que l'assuré n'ait pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel et/ou à le compléter, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable.

La MBTPSE prend en charge 100 % du reste à charge de l'adhérent pour les actes de prévention (art R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Article 15 - Tiers payant

Lorsque les frais médicaux entrent dans le cadre de conventions de tiers payant signées avec les professionnels de santé, les remboursements effectués par le régime sont destinés au signataire de la convention ayant fait l'avance des fonds.

SECTION III - DISPOSITIONS PROPRES A CHAQUE GARANTIE

Article 16 - Nature des garanties

Le régime collectif de "Frais médicaux" comporte 9 options dont les garanties sont explicitées dans l'ANNEXE DES GARANTIES.

La participation au titre du présent régime ne peut être acquise que si la Sécurité sociale ou un régime équivalent a accordé ses prestations sauf cas précisés.

Selon les options, la participation peut être limitée pour certains actes ou ensemble d'actes.

Article 17 - Mise en œuvre de la coassurance

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

Pour la mise en œuvre d'une telle coassurance territoriale, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de la MBTPSE et par celles de BTP-PREVOYANCE. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions de l'article L.114-1 5^e alinéa du Code de la Mutualité est simultanément compatible avec les dispositions du 9^e livre du Code de la Sécurité sociale.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance, fixées par le Conseil d'Administration de la MBTPSE, sont portées à la connaissance de la plus prochaine Assemblée Générale de la Mutuelle. Ces conditions 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 18 - 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 inchangées.

Article 19 - Information de l'employeur

Les employeurs 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 un effet sur les droits et obligations de l'employeur au titre du présent règlement et de ses annexes, celui-ci peut dénoncer sa participation dans un délai de 30 jours suivant son information.