

## REGLEMENT MUTUALISTE DES FRAIS MEDICAUX ACTIFS (FUA)

<b>SECTION I - DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX PARTICIPANTS .....</b>	<b>2</b>
Article 1 - Objet .....	2
Article 2 - Adhérents .....	2
Article 3 - Bénéficiaires .....	2
Article 4 - Modalités de l'adhésion .....	2
Article 5 - Date d'effet et modifications de l'adhésion.....	2
Article 6 - Détermination des cotisations.....	3
Article 7 - Versement des cotisations.....	3
Article 8 - Terme de l'adhésion.....	3
Article 9 - Démission.....	3
Article 10 - Transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités.....	3
Article 11 - Exclusion.....	3
Article 12 - Conséquences de la résiliation.....	4
Article 13 - Conditions d'ouverture des droits .....	4
<b>SECTION II - DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX GARANTIES .....</b>	<b>4</b>
Article 14 - Montant des remboursements .....	4
Article 15 - Support des remboursements .....	4
Article 16 - Tiers payant.....	4
Article 17 - Délai de stage et de carence.....	4
Article 18 - Prescription.....	5
Article 19 - Recours contre tiers responsable.....	5
<b>SECTION III - DISPOSITIONS PROPRES A CHAQUE GARANTIE.....</b>	<b>5</b>
Article 20 - Nature des garanties .....	5
Article 21 - Mise en œuvre de la coassurance.....	5
Article 22 - Effet de la coassurance.....	5
Article 23 - Information des adhérents.....	5
Article 24 - Modification des conditions de couverture.....	5

## **SECTION I - DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX PARTICIPANTS**

### **Article 1 - Objet**

Le présent règlement a pour objet de définir les droits et les modalités d'accès des adhérents aux garanties qui leurs sont proposées. Ces garanties conduisent à rembourser tout ou partie du solde de dépenses laissé à leur charge par le régime général de Sécurité sociale, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées s'adressent prioritairement à des actifs qui ne peuvent bénéficier de couvertures collectives d'entreprise au sein du BTP.

Elles reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements, ainsi que sur un ou plusieurs modules de garanties additionnelles.

### **Article 2 - Adhérents**

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- 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 qui remplissent simultanément les conditions suivantes :
  - dont la dernière période d'activité salariée a été effectuée dans une entreprise du BTP,
  - en situation de recherche d'emploi, d'incapacité ou d'invalidité (sans limitation de durée), ou sans activité professionnelle depuis plus de 6 mois,
  - ne disposant pas de possibilité de couverture auprès de l'ancien organisme complémentaire, dans le cadre de maintien de garanties sans contrepartie de cotisations ;
- les jeunes de moins de 26 ans, en formation au sein de centres du BTP, ou apprentis de la profession ou étudiants d'une école de la profession,
- les anciens ayants droit d'un salarié du BTP ;
- les intérimaires oeuvrant dans une entreprise du BTP, anciens salariés de la profession ;
- les anciens ayants droit d'un adhérent à un régime de frais médicaux de la MBTPSE :
  - lorsqu'ils sont âgés de 55 ans au plus,
  - et qu'ils ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayants droit suite à l'un des événements suivants : décès du participant, divorce, séparation de corps.

Dans chacun de ces cas, l'adhésion est possible dans les douze mois qui suivent l'événement.

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

Les retraités et travailleurs non-salariés ne peuvent adhérer au présent règlement.

### **Article 3 - Bénéficiaires**

Les personnes pouvant bénéficier de prestations dans le cadre de ce règlement sont :

- l'adhérent, signataire du bulletin d'adhésion,
- son conjoint. Est défini comme conjoint toute personne liée à l'adhérent dans le cadre d'un mariage, d'un pacte civil de solidarité, ou d'un concubinage avec justification de domicile commun (dans ce dernier cas il ne doit exister aucun lien matrimonial ou PACS de part et d'autre),
- leurs ayants droit à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale ou lorsqu'ils sont âgés de moins de 26 ans.

Toutes les personnes couvertes autres que l'adhérent ont le titre d'ayant droit au titre du présent régime.

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires. La modification des conditions d'adhésion intervient au plus tard au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la déclaration.

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

### **Article 4 - 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 au titre de laquelle l'adhérent est sollicité,
- 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 garanties retenu.

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

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

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est normalement fixée au premier jour du mois suivant 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.

Toutefois, pour les adhérents âgés de moins de 26 ans, la date annuelle d'échéance de l'adhésion peut être fixée 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), sous réserve que la demande soit intervenue dans les 2 mois qui précèdent.

### **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 :

- de l'option souscrite,
- de la composition familiale,
- de l'âge des bénéficiaires et de leur lieu de résidence.

Toutefois, lorsque le foyer comporte au moins trois enfants de 20 ans et moins, seuls deux de ces enfants sont pris en compte dans la détermination de la cotisation globale.

Les cotisations stipulées dans l'ANNEXE TARIFAIRE sont actualisées chaque année sur décision du Conseil d'Administration, en fonction des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisible des soins de santé et des modifications d'ordre législatif ou conventionnel. Les évolutions en résultant sont ratifiées par la plus proche 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 la MBTPSE.

Les éventuels frais d'impayés sur prélèvement pourront être imputés à l'adhérent.

### **Article 8 - Terme de l'adhésion**

Le terme de l'adhésion au présent règlement peut intervenir par suite d'une démission, d'une exclusion, du décès de l'adhérent ou du transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités.

### **Article 9 - Démission**

La démission est l'acte écrit par lequel l'adhérent renonce au bénéfice des dispositions du présent règlement. Toute

démission doit faire l'objet d'une demande formulée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La demande de démission doit, pour être acceptée, être portée à la connaissance de la MBTPSE au plus tard deux mois avant la date d'échéance de l'adhésion.

Par exception, la démission prend effet au dernier jour du mois de la demande écrite formulée par l'adhérent, s'il relève d'une des situations suivantes :

- l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation, ou plus généralement de toute modification des dispositions du présent règlement et de ses différentes annexes, et a formulé sa demande de démission dans les trente jours qui s'ensuivent,
- l'adhérent est affilié à un régime complémentaire frais de santé par son entreprise,
- l'adhérent a changé de profession, de domicile ou de régime matrimonial au cours des trois derniers mois.

### **Article 10 - 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.

### **Article 11 - Exclusion**

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la MBTPSE de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'émission d'une mise en demeure auprès de l'adhérent.

La suspension de la garantie, suite au non-paiement de la cotisation annuelle ou d'une fraction de cette cotisation, produit ses effets jusqu'à la régularisation de la cotisation due à la MBTPSE, ou jusqu'à la résiliation de l'adhésion.

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. L'exclusion peut être prononcée dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa précédent. 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.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations faites au bulletin d'adhésion (cas de déclaration inexacte), 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.

## **Article 12 - Conséquences de la résiliation**

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 subi, hors tout recours en justice que la MBTPSE se réserve le droit de mettre en œuvre.

## **Article 13 - Conditions d'ouverture des droits**

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.

## **SECTION II - DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX GARANTIES**

### **Article 14 - 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 obligatoire 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 une caisse de Sécurité sociale 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.

Les composantes de l'ANNEXE DES GARANTIES stipulées en euros sont actualisées chaque année sur décision du Conseil d'Administration, et ratifiées par la plus proche commission paritaire.

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<sup>er</sup> 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 - 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, 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.

### **Article 16 - 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.

### **Article 17 - 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 l'option "Base", 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 18 - Prescription**

Sont prescrits par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance :

- tous les droits à prestations issus du présent règlement,
- toutes actions relatives aux droits et obligations nés du présent règlement.

### **Article 19 - 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 exposées par la MBTPSE, 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.

## **SECTION III - DISPOSITIONS PROPRES A CHAQUE GARANTIE**

### **Article 20 - Nature des garanties**

Le régime individuel 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 21 - 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-PRÉVOYANCE. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions de l'article L.114-1 5<sup>e</sup> alinéa du Code de la Mutualité est simultanément compatible avec les dispositions du 9<sup>e</sup> 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 22 - 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 23 - 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.

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