

MBTP SE

Règlement

Validé en Conseil d'Administration du 30 mars 2022.

MBTP SE, Mutuelle du Bâtiment et des Travaux Publics du Sud-Est - Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé 5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 07.

Opérations collectives à adhésion obligatoire

ARTICLE 1 - OBJET.....	2
1^{ère} partie –DISPOSITIONS GENERALES	2
ARTICLE 2 – INFORMATION PRÉALABLE À L'ADHÉSION	2
ARTICLE 3 - ADHÉSION	2
ARTICLE 4 – FONDEMENT – EFFET – DURÉE – RENOUVELLEMENT DU CONTRAT D'ADHÉSION	3
ARTICLE 5 – RÉSILIATION DU CONTRAT D'ADHÉSION	3
ARTICLE 6 – MEMBRES PARTICIPANTS	3
ARTICLE 7 – AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	4
ARTICLE 8 – SUSPENSION – CESSATION ET MAINTIEN DES GARANTIES	4
ARTICLE 9 – COTISATIONS	5
ARTICLE 10 – NON PAIEMENT DES COTISATIONS	6
ARTICLE 11 – DECLARATION SOCIALE NOMINATIVE - AJUSTEMENT ANNUEL DES COTISATIONS	6
ARTICLE 12 - PRESCRIPTION	6
ARTICLE 13 – MODIFICATION DU RÈGLEMENT	7
ARTICLE 14 – AGGRAVATION DU RISQUE ASSURÉ – MODALITES DE DECLARATION - EFFETS	7
ARTICLE 15 – ELECTION DE DOMICILE.....	8
ARTICLE 16 – MOBILITÉ DES MEMBRES PARTICIPANTS À L'ÉTRANGER.....	8
ARTICLE 17 – CONDITIONS D’AFFILIATION.....	8
ARTICLE 18 – RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	8
ARTICLE 19 – CONTRÔLE MÉDICAL	8
ARTICLE 20 – CONTROLE DE LA MUTUELLE	8
ARTICLE 21 – FAUSSE DÉCLARATION	9
ARTICLE 22 – INDUS	9
ARTICLE 23 – RÉCLAMATION – MEDIATION - RÈGLEMENT DES LITIGES.....	9
ARTICLE 24 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL.....	9
ARTICLE 25 – COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE	10
2^{ème} PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	11
ARTICLE 26 – OBJET DES GARANTIES	11
ARTICLE 27 – BÉNÉFICIAIRES	11
ARTICLE 28 – NATURE DES REMBOURSEMENTS	12
ARTICLE 29 – MONTANT DES REMBOURSEMENTS DES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ	12
ARTICLE 30 – REMBOURSEMENT DES FRAIS D’OBSÈQUES - MATERNITÉ	12
ARTICLE 31 – FAIT GÉNÉRATEUR	13
ARTICLE 32 – LIMITE DES REMBOURSEMENTS DES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ.....	13
ARTICLE 33 – CONTRAT RESPONSABLE	13
ARTICLE 34 - EXCLUSIONS	14
ARTICLE 35 - DEMANDES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ	14
ARTICLE 36 – MODALITÉS D’AFFILIATION	14
ARTICLE 37 – CESSATION DES GARANTIES ET CARTE DE TIERS PAYANT	15

ARTICLE 1 - OBJET

Le présent règlement énonce les règles applicables aux garanties assurées par la Mutuelle dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire par lesquelles, sur la base d'un bulletin d'adhésion au présent règlement signé par un employeur ci-après désigné parfois « adhérent », l'ensemble des salariés de son entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus d'être affiliés à la Mutuelle, en vue d'être couvert contre un ou plusieurs des risques qu'elle assure en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ou d'une décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Les dispositions d'application du Code de la mutualité non prises en compte dans le présent règlement en raison de leur date de parution s'appliqueront de plein droit dès lors qu'elles auront un caractère d'ordre public.

1^{ère} partie – DISPOSITIONS GENERALES

PRÉAMBULE

La MBTP SE, ci-après désignée « la Mutuelle », garantit, directement en tant qu'organisme assureur agréé en branche 1 et 2, relevant du livre II du Code de la mutualité, ses membres participants et le cas échéant leurs ayants droit pour les risques frais médicaux et décès.

ARTICLE 2 – INFORMATION PRÉALABLE À L'ADHÉSION

Préalablement à son adhésion, le futur adhérent du contrat d'adhésion reçoit de la Mutuelle :

- **Les statuts de la Mutuelle,**
- **Le présent règlement,**
- **Un bulletin d'adhésion qu'il devra remplir et signer s'il souhaite adhérer au présent règlement.**

Le bulletin d'adhésion comporte notamment :

- **La ou les garanties que l'employeur souhaite souscrire,**
- **La ou les catégories de personnel bénéficiaires,**
- **Le montant de la ou des cotisations,**
- **La date d'effet souhaitée de l'adhésion.**

La signature dudit bulletin emporte adhésion de l'employeur et de ses salariés concernés au présent règlement ainsi qu'aux statuts de la Mutuelle.

ARTICLE 3 - ADHÉSION

3-1 Engagement de l'adhérent

L'adhérent s'engage à fournir pour la souscription du contrat d'adhésion la liste de l'ensemble du personnel concerné par les garanties souscrites comprenant notamment :

- **le nom et le prénom,**
- **la date de naissance,**
- **le lieu de naissance,**
- **le numéro de Sécurité sociale,**
- **la situation de famille,**
- **le salaire annuel,**
- **l'adresse.**

Ainsi que la liste des bénéficiaires de la portabilité des droits à la date d'effet des garanties ainsi que la durée ou la date du terme de ces droits.

La Mutuelle ne prendra en charge aucune prestation qui concernerait des salariés qui ne figureraient pas sur les listes susmentionnées.

3-2 Contrat d'adhésion

Le contrat d'adhésion comprend :

- **le présent règlement valant conditions générales relatives aux garanties proposées par la Mutuelle dans le cadre d'adhésions collectives obligatoires,**
- **et le bulletin d'adhésion fixant les conditions particulières propres à l'adhérent.**

Le contrat d'adhésion exprime l'intégralité de l'accord entre l'adhérent et la Mutuelle. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet stipulée dans le contrat d'adhésion, sous réserve de retour à la Mutuelle dans les 30 jours suivant leur date d'émission, de tous les exemplaires du contrat dûment signés par l'adhérent et du paiement de la première cotisation.

3-3 Notice d'information

La Mutuelle remet à l'adhérent une notice d'information qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'adhérent est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle à chaque membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'adhérent est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'adhérent.

ARTICLE 4 – FONDEMENT – EFFET – DURÉE – RENOUVELLEMENT DU CONTRAT D'ADHÉSION

A moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties prévues par un contrat collectif et obligatoire sont déterminées en vertu :

- **soit d'une convention ou d'un accord collectif,**

- **soit de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,**

- **soit d'une décision unilatérale du chef d'entreprise, constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.**

Le contrat prend effet à la date prévue au contrat d'adhésion et expire le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre partie notifiée au moins deux mois avant l'échéance du contrat.

Concernant son contrat Frais de Santé, l'adhérent a également la possibilité de le résilier à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

Cette résiliation prendra effet un mois après la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

La demande de résiliation à l'initiative de l'adhérent pourra être faite par tous moyens prévus à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité ou directement sur le site internet de MBTP.

Si l'adhérent entend bénéficier des exonérations de charges sociales et fiscales attachées aux régimes collectifs et obligatoires, il fait son affaire :

- **de la formalisation de la mise en place desdits régimes conformément à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale,**
- **et du respect entre autres des dispositions des articles L.242-1, R 242-1 à R242-6, et D.242-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que de l'article 83 1° quater du Code général des impôts.**

ARTICLE 5 – RÉSILIATION DU CONTRAT D'ADHÉSION

5-1 Résiliation annuelle

L'adhérent peut résilier le contrat d'adhésion tous les ans, à la fin de chaque exercice civil, **en envoyant une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.**

La Mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat d'adhésion.

5-2 Résiliation pour non paiement des cotisations

En cas de non paiement de tout ou partie des cotisations au titre du contrat d'adhésion, la Mutuelle peut résilier

ledit contrat selon les modalités prévues à l'article 10 du présent règlement.

ARTICLE 6 – MEMBRES PARTICIPANTS

6-1 Membres participants à titre collectif obligatoire

A la date d'effet de l'adhésion, sont garantis en qualité de membres participants tous les salariés qui appartiennent aux catégories de personnel définies aux conditions particulières du contrat d'adhésion.

L'adhérent s'engage, en vertu du contrat collectif et obligatoire qu'il souscrit, à affilier aussi tous les salariés futurs répondant aux conditions précédentes, dans les 10 jours suivant leur embauche pour le régime de santé.

De même, il s'oblige, dans le même délai, à informer la Mutuelle du départ de tout salarié.

Les dérogations éventuelles à l'obligation d'affilier l'ensemble des salariés relevant des catégories de personnel concernées sont précisées dans les conditions particulières.

Dans tous les cas, l'adhérent est tenu de fournir à la Mutuelle, pour chaque salarié concerné, les éléments constitutifs de son dossier individuel selon les modalités qu'elle fixe et de remettre à ce dernier les statuts de la Mutuelle ainsi qu'une notice d'information conformément à l'article 3-3 ci-avant.

6-2 Membres participants à titre collectif facultatif

En complément des garanties collectives et obligatoires souscrites par l'adhérent, les membres participants peuvent avoir la faculté d'adopter des garanties supplémentaires régies par le règlement de la Mutuelle pour les opérations collectives à adhésions facultatives.

6-3 Membres participants à titre individuel

En complément ou non des garanties collectives souscrites par l'adhérent, les membres participants ont la faculté d'adopter des garanties individuelles régies par le règlement de la Mutuelle pour les opérations individuelles.

6-4 Membres participants anciens salariés

Les anciens salariés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité, les retraités ou préretraités, les chômeurs indemnisés et les ayants droit d'un salarié décédé peuvent demander le maintien, sans délai d'attente ni formalités médicales, d'une couverture frais médicaux, dans les conditions définies à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

Pour les chômeurs indemnisés, ils peuvent demander l'application du système de prolongation de garanties dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de maintien des garanties prévu par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (*cf. article 8-5 sur la portabilité des droits*).

De plus, sont garantis, sous réserve des conditions définies à l'article 8-5 du présent règlement, les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 7 – AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du bulletin d'affiliation et à la fourniture des pièces justificatives.

Dans tous les cas, l'affiliation n'est effective qu'après que l'adhérent ait fourni à la Mutuelle, les éléments constitutifs du dossier individuel de chaque salarié concerné et notamment la demande individuelle d'affiliation dûment remplie et signée par l'adhérent et le salarié.

Les salariés garantis par le contrat d'adhésion deviennent membres participants de la Mutuelle à compter de la date d'effet du bulletin d'affiliation.

La date d'effet de l'affiliation correspond :

- soit à la date d'effet du contrat,
- soit à la date de fin de suspension du contrat de travail sans salaire (ne sont pas concernés les cas particuliers tels que les arrêts de travail pour maladie, maternité, accident du travail ou de congé paternité),
- soit à la date d'embauche pour les nouveaux membres participants ou de promotion dans la catégorie concernée ou à l'issue de la période d'ancienneté prévue dans l'acte de mise en place du régime dans l'entreprise,
- soit au premier jour du mois qui suit la demande d'un salarié ayant initialement choisi de ne pas adhérer au régime et qui a souhaité revenir sur sa décision ou qui cesse de justifier de sa situation.

ARTICLE 8 – SUSPENSION – CESSATION ET MAINTIEN DES GARANTIES

8-1 Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues :

- à la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations,
- à la date de suspension du contrat de travail non indemnisé tels que le congé parental, congé de présence parentale, congé sabbatique, congé création d'entreprise, le CIF etc. ; cette disposition s'applique également au mandataire social qui relève du contrat (dont le gérant sans salaire),
- la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans un délai de 10 jours suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par la Mutuelle de la déclaration faite par l'entreprise.
- en cas de refus de se soumettre à un contrôle médical.

Ne sont pas concernés les cas particuliers d'arrêt de travail pour maladie, maternité, accident du travail, congé paternité, ou en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à revenu de remplacement de la part de votre employeur (c'est notamment le cas de l'activité partielle / activité partielle de longue durée, du congé de reclassement, congé de mobilité, ...).

Aucun arrêt de travail ayant commencé pendant une période de suspension des garanties ne pourra être indemnisé, même si l'arrêt se poursuit au-delà du congé à l'origine de la suspension. Il en va de même pour les frais de santé engagé au cours de la période de suspension des garanties.

8-2 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation du contrat d'adhésion, tant pour les salariés actifs que pour ceux en portabilité,
- à la date de rupture du contrat de travail ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat d'adhésion, ou à la fin de la portabilité des droits (notamment en cas d'arrivée au terme des droits ou en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage telle qu'en cas de reprise d'une activité professionnelle),
- à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale du membre participant ou de sa préretraite, sous réserve de la rupture du contrat de travail,
- à la date de la résiliation du contrat socle en frais de santé ; cette résiliation entraînant automatiquement la résiliation du contrat surcomplémentaire,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de décès du membre participant.

Les garanties des ayants droit cessent également lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires au sens de l'article 26 du présent règlement.

A compter de la date d'effet de la cessation des garanties, la carte de tiers payant ne doit plus être utilisée et doit être, soit restituée à la Mutuelle, soit détruite.

8-3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisé

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu à :

- Un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur ;
- ou à une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou pension d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- ou à un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle).

Les garanties sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables

aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation.

8-4 – Déchéance

En cas de demande de prestations au titre de l'une des garanties prévues au présent Règlement, dont la cause ouvre droit à recours subrogatoire de la part de MBTP (lorsque le fait générateur du sinistre est un accident ou un fait volontaire, imputable à un tiers) ; le participant est tenu d'en informer immédiatement la Mutuelle.

A défaut, la Mutuelle pourra cesser le versement des prestations dues au participant qui aura refusé ou omis de lui communiquer les éléments d'information propres à permettre à MBTP d'exercer un recours contre le tiers responsable et/ou son organisme assureur.

Ainsi, par son refus ou son omission, le participant qui aura privé la Mutuelle de la possibilité d'exercer son recours subrogatoire, perdra le droit au versement des prestations correspondantes.

8-5 Portabilité des droits

Les personnes qui continuent à avoir droit au régime frais de santé appliqué dans leur ancienne entreprise sont :

- les anciens salariés bénéficiaires d'allocations chômage, y compris l'allocation de solidarité spécifique (hors le cas de licenciement pour faute lourde), en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- les stagiaires accomplissant un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du BTP;

Pendant une durée égale :

- **à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur ;**
- **ou à la période d'indemnisation d'un arrêt maladie par la Sécurité sociale ;**
- **ou la période de suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé.**

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder la durée légale de 12 mois.

Ce dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts auprès du dernier employeur. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise adhérente. Aussi, le membre participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

La portabilité sera appliquée au membre participant à partir des éléments connus au sein de la DSN. L'entreprise a néanmoins l'obligation d'informer le membre participant de ses droits à portabilité.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise. Aussi, en cas de résiliation du contrat la portabilité cesse d'être maintenue par la Mutuelle.

En cas de changement d'organisme assureur, la Mutuelle s'engage de la manière suivante :

a- en tant qu'organisme assureur sortant :

la Mutuelle s'assure auprès de l'adhérent partant que celui-ci dispose des informations nécessaires à la bonne reprise des personnes en portabilité.

b- en tant que nouvel organisme assureur :

une fois le nouveau contrat souscrit, la Mutuelle, à partir des éléments fournis par l'adhérent entrant, pourra se manifester auprès des membres participants en portabilité pour les informer du changement d'organisme assureur, des éventuelles modifications de garanties et de l'actualisation de leurs droits (signature du bulletin d'adhésion, etc.).

ARTICLE 9 – COTISATIONS

9-1 Objet

Le paiement des cotisations ouvre droit aux garanties prévues au tableau des garanties annexé au bulletin d'adhésion.

9-2 Montant

La cotisation est exprimée :

- soit directement en euros,
- soit en pourcentage d'une assiette de calcul.

Cette assiette de calcul des cotisations est fixée par référence :

- au plafond entier de la Sécurité sociale,
- au salaire brut annuel déclaré par l'adhérent à l'URSSAF, ou à une ou plusieurs tranches de ce salaire déterminées dans les conditions particulières.

L'assiette, les taux de cotisation, ainsi que les montants des cotisations forfaitaires sont précisés dans le bulletin d'adhésion.

Lorsque les cotisations sont exprimées en euros, celles-ci sont calculées sur une base mensuelle.

Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - PMSS, celles-ci sont calculées sur la base du PMSS du mois du paiement de la cotisation.

Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération, l'assiette de cotisations est la même que celle de la prévoyance, à savoir :

- La rémunération brute entrant dans l'assiette des cotisations du régime de retraite Agirc-Arrco,
- Moins la fraction des autres montants qualifiés de sommes isolées qui excèdent le plafond de la Sécurité sociale (dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale).
- Plus le montant total des indemnités de congés payés lorsque l'entreprise adhère à une caisse congés intempéries du BTP ou majoration forfaitaire de 14 % de l'assiette dans le cas contraire.

Particularité du salarié percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) :

Particularité du salarié en chômage partiel :

- Assiette de cotisation en % du salaire : le salaire servant de base au calcul des cotisations est constitué du revenu de remplacement réellement versé par l'adhérent au salarié.

Exemple, en cas d'activité partielle, les cotisations sont dues sur la part correspondant à l'indemnité légale d'activité partielle (complétée le cas échéant, par l'indemnité complémentaire versée par l'adhérent).

- Assiette de cotisation forfaitaire (% du PMSS) : les cotisations restent dues sur l'assiette en question telle que fixée dans les conditions particulières.

9-3 Périodicité

La périodicité du paiement des cotisations est celle prévue au bulletin d'adhésion.

9-4 Règlement

Les cotisations sont payables à terme échu. Elles doivent être payées dans les 10 jours de leur échéance. Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- l'effectif des membres participants,
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

Ces éléments peuvent être déclarés soit par bordereau papier, soit par la DSN.

L'adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des membres participants.

Les cotisations réglées en totalité ou en partie hors délai supportent des majorations de retard dues exclusivement par l'adhérent. Le taux appliqué pour le calcul de ces majorations est le taux fixé chaque année par le conseil d'administration de la Mutuelle.

9-5 Modifications

Les cotisations peuvent être révisées notamment :

- **en fonction de l'évolution des résultats techniques du contrat,**
- **en cas d'évolution sensible de la législation relative au régime de base.**

ARTICLE 10 – NON PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'adhérent.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'adhérent, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est

informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'adhérent est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat d'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à son employeur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle peut résilier le contrat d'adhésion 10 jours après le délai de 30 jours mentionné au premier alinéa du présent article.

Le contrat d'adhésion non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement, sauf décision différente de la Mutuelle.

ARTICLE 11 – DECLARATION SOCIALE NOMINATIVE - AJUSTEMENT ANNUEL DES COTISATIONS

11-1 Déclaration sociale nominative (DSN)

Chaque adhérent doit retourner à la Mutuelle la DSN avant le 15 de chaque mois.

11-2 Ajustement annuel des cotisations

A partir de la DSN ou de toute autre précision apportée par l'adhérent, la Mutuelle s'assure chaque année de l'adéquation des cotisations versées par l'adhérent avec les cotisations dues au regard des salaires versés ou des périodes assurées. L'éventuel solde des cotisations relatif à l'exercice précédent est alors adressé à l'adhérent.

Celui-ci dispose du délai de 15 jours suivant la réception de ce document pour régulariser son compte.

A défaut, une lettre recommandée est envoyée à l'adhérent qui a valeur :

- **de mise en demeure de régulariser son compte,**
- **de notification des majorations de retard,**
- **de notification de suspension des garanties 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée si le solde restant dû représente plus de 1/12ème des cotisations de l'exercice.**

Passé le délai de 30 jours précité, la Mutuelle pourra mettre en œuvre toutes mesures judiciaires pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par l'adhérent.

Elle pourra enfin décider de résilier le contrat d'adhésion dans les conditions prévues par l'article 10 ci-avant.

En l'absence totale ou partielle de déclaration ou de précisions nécessaires au calcul des cotisations de l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de procéder à l'ajustement du compte en fonction des seuls éléments mis à sa disposition. La Mutuelle est habilitée à vérifier l'exactitude et la sincérité des déclarations de l'adhérent par tous moyens à sa convenance.

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de 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, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**

- **En cas de réalisation du risque, que du jour où l'intéressé en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.**

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce dernier a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant pour les opérations sur la vie et d'assurance nuptialité ou natalité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique adressés par la Mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit :

- **de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer,**

- **de la demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,**

- **de la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution,**

- **de l'acte d'exécution forcée,**

- **de l'interpellation faite dans les conditions des articles 2245 et 2246 du Code civil.**

ARTICLE 13 – MODIFICATION DU RÈGLEMENT

Toute modification des statuts ou du présent règlement décidée par l'Assemblée générale de la Mutuelle sera portée par la Mutuelle à la connaissance du membre participant et des adhérents.

Toute modification des montants de cotisations ainsi que des garanties définies au bulletin d'adhésion sont applicables dès qu'elles sont notifiées à l'adhérent qui en informera les membres participants.

ARTICLE 14 – AGGRAVATION DU RISQUE ASSURÉ –

MODALITES DE DECLARATION - EFFETS

Il y a aggravation du risque en cas de survenance de circonstances nouvelles telles qu'énumérées ci-après, dès lors que si ces circonstances avaient été connues de la Mutuelle lors de la souscription du contrat, celle-ci n'aurait pas été acceptée par la Mutuelle ou n'aurait été acceptée que moyennant une majoration des cotisations.

Les circonstances nouvelles constituant un risque aggravé sont les suivantes :

- toutes procédures de licenciement visant plus de 5 salariés assurés et correspondant à 5 % de l'effectif assuré,

- toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles...) visant plus de 5 salariés assurés et correspondant à 5 % de l'effectif assuré,

- la mise en place d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi, toutes les procédures collectives, telles que sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires dès lors les licenciements visent plus de 5 salariés assurés et correspondent à plus 5 % de l'effectif assuré.

Modalités de déclaration :

En cours de contrat, l'adhérent est tenu d'informer de la survenance de l'un des événements listés ci-dessus.

Effets de la modification du risque sur le contrat :

Suite à la déclaration d'aggravation du risque par l'adhérent, la Mutuelle procède à l'analyse technique du contrat, et se réserve le droit de réviser les cotisations en cours d'année. La Mutuelle peut proposer en lieu et place de cette révision de cotisations le versement d'une cotisation exceptionnelle unique.

Le cas échéant, la Mutuelle peut également proposer la modification des garanties en cours d'année.

La révision des cotisations ou des garanties est notifiée à l'adhérente, avec application d'un préavis de 2 mois.

En cas d'opposition de l'adhérent par courrier recommandé avant l'expiration du délai de préavis de 2 mois précité, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, la Mutuelle pourra résilier le contrat à l'expiration de ce délai.

À défaut d'opposition notifiée par l'adhérente sur la révision avant l'expiration du délai de préavis de 2 mois, le contrat est reconduit sur la base des cotisations révisées, ou suite au versement de la cotisation exceptionnelle unique et/ou sur la base des garanties modifiées.

Les modifications apportées sont formalisées par avenant au contrat.

A défaut de déclaration par l'adhérent ou en cas de déclaration tardive de l'aggravation du risque, la Mutuelle pourra résilier le contrat à l'expiration du délai de préavis de 2 mois après avoir eu connaissance par tout moyen de l'aggravation du risque.

Est considérée comme tardive la déclaration survenue plus de 30 jours après la connaissance de la survenance de l'événement par l'adhérent.

ARTICLE 15 – ELECTION DE DOMICILE

L'adhérent doit faire élection de domicile en France. Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat d'adhésion seront notifiés au siège social de l'adhérent figurant sur le bulletin d'adhésion ou au domicile et dans l'espace personnel des membres participants figurant sur le bulletin d'affiliation.

En cas de changement de domicile, l'adhérent, les membres participants et les ayants droit devront informer la Mutuelle dans les plus brefs délais de leur nouvelle adresse par lettre recommandée, envoi recommandé électronique ou via son espace digital personnel. A défaut, les lettres adressées à leur dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

Il en va de même pour l'adresse email de contact communiquée par l'adhérent à la Mutuelle.

ARTICLE 16 – MOBILITÉ DES MEMBRES PARTICIPANTS À L'ÉTRANGER

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français et s'ils ont fait l'objet d'un décompte de Sécurité sociale (à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France).

Les remboursements sont alors effectués en euros.

Les hospitalisations effectuées à l'étranger sont remboursées sur la base de la garantie des frais de séjour non conventionnés.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne rentrant pas dans le cadre légal effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

Salariés :

Les garanties sont acquises aux membres participants exerçant leur activité sur le territoire de la France métropolitaine, les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Les garanties sont acquises aux membres participants actifs en situation de détachement au sens des articles L.761-1 et L.761-2 du code de la Sécurité sociale.

Anciens salariés et ayants droit :

Les membres participants et leurs ayants droit s'ils sont couverts, bénéficient des prestations dès lors qu'ils relèvent du régime de Sécurité sociale français.

ARTICLE 17 – CONDITIONS D'AFFILIATION

Lorsque le contrat souscrit entre la Mutuelle et l'adhérent prévoit un choix d'option de cotisation pour le membre participant de type Isolé/Couple/Famille ou Adulte/Enfant (ou plusieurs niveaux de garanties Base/Option), chaque membre participant peut modifier son choix initial selon les conditions et modalités suivantes :

- Le choix d'option de cotisation formulé par le membre participant lors de son affiliation ne peut être modifié qu'au 1er janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours,

- Ce changement d'option (augmentation ou diminution de cotisations) n'est possible qu'une seule fois au cours de la période d'affiliation du membre participant,

- Lorsqu'un changement intervient dans la situation de famille du membre participant (mariage, naissance, décès, divorce, appartenance du conjoint à un contrat obligatoire...), la modification d'option est alors possible en cours d'année. Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1er jour du mois qui suit la demande du membre participant, accompagnée des pièces justificatives.

Il est rappelé que la couverture « couple » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint ou de son enfant à charge au sens de l'article 27 du présent règlement.

Il est rappelé que la couverture « famille » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (*conjoint et enfants à charge au sens de l'article 26 du présent règlement*).

ARTICLE 18 – RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

En cas d'accident, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'elle a versées à un membre participant, à un ayant droit ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposé consécutivement à cet accident et à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 19 – CONTRÔLE MÉDICAL

Dans la mise en œuvre du service des prestations, la Mutuelle peut procéder à des contrôles de toutes natures, avant ou même après tout remboursement.

En cas de refus d'un bénéficiaire de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.

Si le bénéficiaire n'accepte pas la décision du médecin conseil de la Mutuelle, il est tenu de la contester dans le délai d'un mois suivant l'envoi de la notification qui lui en est faite. La contestation peut être soumise à un médecin expert désigné par accord entre le bénéficiaire et la Mutuelle, dont les honoraires incomberont à la partie perdante.

A défaut d'accord sur la désignation du médecin expert, il devra y être procédé par recours au Tribunal de Lyon, statuant en référé.

ARTICLE 20 – CONTROLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 21 – FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites tant par l'adhérent et le cas échéant par son conseil que par le membre participant servent de base à la garantie. A ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi la Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées :

- **En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, la Mutuelle pourra demander l'annulation du contrat.**

- **En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle quand cette réticence ou fausse déclaration, change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.**

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 22 – INDUS

Le membre participant reste redevable des sommes perçues à tort, notamment lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie ou en cas de fraude, qu'ils aient été perçus directement par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de sa radiation.

En cas de paiement indu effectué par la Mutuelle auprès d'un professionnel de santé, la Mutuelle pourra également agir contre celui-ci afin d'en obtenir le remboursement.

ARTICLE 23 – RÉCLAMATION – MEDIATION - RÈGLEMENT DES LITIGES

Toutes les réclamations relatives au contrat d'adhésion devront être envoyées à l'adresse suivante :

**MBTP SE
Service Relation Client
5 Rue Jean Marie Chavant
69369 Lyon Cedex 07**

Ou adressées directement depuis l'espace client digital de l'adhérent.

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle doit en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce délai.

La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'accusé de réception.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le Tribunal compétent.

Le recours au médiateur de la mutualité française est gratuit. Les saisines seront rédigées en langue française et adressées :

Adresse du médiateur de la Mutuelle :
Monsieur le Médiateur
de la Mutualité Française FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

Ou sur le site internet du médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle, le différend pourra être soumis au Tribunal compétent.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement ou du contrat d'adhésion serait considérée comme nulle et non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera réputée non écrite, mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions.

ARTICLE 24 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le **membre participant** est informé que dans le cadre de l'exécution du contrat, la Mutuelle peut stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'**adhésion** ; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles (ou « RGPD »).

La Mutuelle a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@mutuelle-mbtp.com

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, et a pour base juridique l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données peuvent être utilisées afin de permettre à la Mutuelle de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment d'argent. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale.

Les données personnelles collectées sont également susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, d'amélioration des services proposés et de lutte contre la fraude, sur la base des intérêts légitimes de la Mutuelle. Sur cette même base et sauf opposition de la part du membre participant, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par la Mutuelle, par voie électronique uniquement pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, ainsi que par voie téléphonique et postale.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de la Mutuelle et, le cas échéant, nos réassureurs, vos intermédiaires en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à prendre connaissance de ces données en raison de la gestion ou de la réalisation des finalités déclarées.

Le membre participant est informé que la Mutuelle n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, le membre participant est invité à consulter la politique de données personnelles, à l'adresse suivante <https://www.mutuelle-mbtp.com/protection-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détail sur les durées de conservation des dites données. En tout état de cause, elles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables.

Toute personne concernée dispose à l'égard de la Mutuelle et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants en contactant MBTP SE - Délégué à la protection des données (DPO) -5 Rue Jean Marie Chavant - Service Conformité -69369 LYON Cedex 07. :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- du droit de demander la rectification de celles-ci,
- du droit de demander leur effacement,
- du droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- du droit de s'opposer au traitement,
- du droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- du droit à la portabilité des données,
- du droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut adresser une réclamation en ligne auprès de la CNIL.

Le membre participant est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/>.

Le membre participant est également informé que la Mutuelle n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Le cas échéant, tout transfert de ce type sera effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

D'une manière générale, la Mutuelle s'engage à respecter les conditions de traitement et/ou la

destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par le membre participant ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du contrat. En particulier, la Mutuelle s'engage à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du contrat. Les engagements pris par la Mutuelle au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.

La politique de données personnelles de la Mutuelle étant susceptible d'évoluer, notamment s'agissant de l'identité du Délégué à la protection des Données Personnelles, des coordonnées du responsable de traitement, de modifications éventuelles, le membre participant est invité à se rendre sur la page suivante <https://www.mutuelle-mbtp.com/protection-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détails sur la politique des données personnelles de la Mutuelle en vigueur.

ARTICLE 25 – COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'entreprise et la Mutuelle sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits.

L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par l'adhérent des documents originaux éventuellement nécessaires à la Mutuelle pour le paiement des prestations.

2^{ème} PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

ARTICLE 26 – OBJET DES GARANTIES

Les garanties ont pour objet :

- en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant ainsi qu'à ses ayants droit bénéficiaires du contrat, le remboursement, acte par acte, des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. La Mutuelle peut également rembourser des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale,
- le cas échéant, le versement d'indemnités forfaitaires.

Les prestations garanties sont précisées au tableau des garanties annexé au bulletin d'adhésion.

ARTICLE 27 – BÉNÉFICIAIRES

Conformément aux dispositions prévues au contrat d'adhésion ou au sein de l'acte de mise en place du régime dans l'entreprise, et sous réserve de leur affiliation et du paiement des cotisations correspondantes, la garantie peut concerner :

- le membre participant,
 - le conjoint du membre participant non séparé judiciairement, à charge ou non à charge, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme,
 - à défaut de conjoint, le partenaire avec qui le membre participant a conclu un PACS, à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production de l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal. Le domicile doit être commun. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité sociale fait foi,
 - à défaut de conjoint ou de partenaire, le concubin du membre participant, à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de moins de 3 mois de domicile commun (facture d'électricité, de téléphone fixe, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité sociale fait foi,
 - les enfants célibataires du membre participant ou de son conjoint, partenaire ou concubin, à charge fiscale ou au sens économique, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non salariés,
- de moins de 21 ans (chômeurs : ils sont garantis sur production, lors de chaque demande de remboursement, d'un justificatif de leur inscription au Pôle Emploi à la date des soins et d'une attestation de non indemnisation du Pôle Emploi),
 - ou jusqu'à la veille de leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures.

Dans tous les cas, les enfants en contrat de formation ou en service civique seront considérés comme ayants droit sous réserve de production d'un certificat de formation ou d'une carte de service civique et à condition que leur rémunération mensuelle brute soit strictement inférieure à 55 % du SMIC,

- les enfants infirmes majeurs du membre participant, de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge du membre participant au sens de la législation sociale et fiscale en vigueur (ils sont garantis sous réserve de production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %),
- les ascendants du membre participant à charge fiscale ou au sens économique.

La qualité d'ayant droit majeur au sens économique se prouve au moyen :

- d'un avis d'imposition (avec absence de revenu)
- ou à défaut une attestation d'inscription à Pôle Emploi indiquant l'absence d'indemnisation.

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties et ayant un impact tarifaire (par exemple la naissance ou le décès d'un ayant droit) doit être notifiée à la Mutuelle dans le mois qui suit l'événement. Il en va de même si le membre participant ou l'un de ses ayants droit quitte définitivement la France Métropolitaine ou un Département d'Outre-Mer. Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires.

ARTICLE 28 – NATURE DES REMBOURSEMENTS

Dans la limite des prestations figurant au tableau des garanties annexé au bulletin d'adhésion, la Mutuelle rembourse les dépenses correspondant à des frais engagés pour le membre participant ou l'un de ses ayants droit pendant la période de garantie.

Toujours dans la limite des prestations figurant sur ce tableau des garanties, la Mutuelle peut également rembourser des frais dits hors nomenclature et/ou n'ouvrant pas droit au remboursement de la Sécurité sociale.

Principales catégories de frais remboursables : (telles que définies dans le tableau de garanties) :

- **Soins courants : Analyse et examen de laboratoire, Honoraires médicaux, Honoraires, paramédicaux, Autres soins courants, Médicaments, Matériel médical,**
- **Hospitalisation : Honoraires chirurgicaux et médicaux, Forfait journalier hospitalier, Autres frais d'hospitalisation,**
- **Optique : Equipement 100% Santé, Autre équipement, Autres dispositifs de correction optique,**
- **Dentaire : Soins et prothèses 100% Santé, Soins, Prothèses, Autres dispositifs dentaires,**
- **Aides auditives : Equipement 100% Santé, Autres équipements, Autres dispositifs auditifs,**
- **Prestations élargies (prestations optionnelles) : Sevrage tabagique, Fécondation In Vitro, allocation maternité, Vaccins du voyageur....**

ARTICLE 29 – MONTANT DES REMBOURSEMENTS DES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés au tableau des garanties annexé au contrat d'adhésion.

La base de calcul des prestations accordées pour tout accident, maladie ou maternité ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale pendant la période de garantie, est le montant, dûment justifié, des dépenses de santé qui ont fait l'objet du remboursement.

Si le tableau des garanties annexé au bulletin d'adhésion prévoit des prestations pour certains actes non remboursés par la Sécurité sociale, leur base de calcul est également le montant, dûment justifié, des dépenses de santé faisant l'objet des prestations.

Par ailleurs, si le membre participant relève du régime de la Sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les remboursements de la Mutuelle complètent ceux de ce régime tant pour lui-même que pour ses ayants droit.

Les conditions particulières du contrat d'adhésion peuvent prévoir le versement d'une ou plusieurs indemnités forfaitaires.

ARTICLE 30 – REMBOURSEMENT DES FRAIS D'OBSÈQUES - MATERNITÉ

30 -1 Remboursement des frais d'obsèques

Si la prestation est prévue au tableau des garanties annexé au bulletin d'adhésion, en cas de décès du membre participant ou d'un ayant droit, l'allocation obsèques garantie est servie à toute personne justifiant avoir assumé la charge des frais d'obsèques du défunt et ce en tout état de cause dans la limite des frais engagés.

Pour le décès d'un enfant de moins de 12 ans, il ne peut être versé aucune allocation obsèques même limitée aux frais réellement engagés et ce conformément à l'article L.223-5 du Code de la mutualité.

Lorsque la facture a été intégralement acquittée dans le cadre d'une convention obsèques, la garantie n'est pas due.

30-2 Allocation maternité

Si la prestation est prévue au tableau des garanties annexé au bulletin d'adhésion, le versement de l'allocation maternité se fait sur justificatifs de dépenses médicales, dans la limite des frais engagés et non encore remboursés dans le cadre d'une autre garantie prévue au contrat d'adhésion, sauf s'il en est disposé autrement dans ledit contrat.

ARTICLE 31 – FAIT GÉNÉRATEUR

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le bulletin d'affiliation et la date de suspension ou de cessation des garanties telles que définies aux articles 8-1 et 8-2 du présent règlement ouvrent droit à prestations.

Ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est seule prise en considération (*et non la date de prescription par le professionnel de santé*). Il en ira de même pour les prothèses dentaires.

En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que le membre participant est encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au delà de la période de garantie (le membre participant n'étant plus affilié lors du départ de l'hôpital), la Mutuelle lui demandera alors le remboursement des sommes concernées.

Pour les actes en série (*soins infirmiers, kinésithérapie...*) et l'orthodontie : en cas de cessation des garanties avant la fin des soins, ou si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

ARTICLE 32 – LIMITE DES REMBOURSEMENTS DES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année civile sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Les remboursements de la Mutuelle, ajoutés à ceux dont le membre participant ou ses ayants droit ont bénéficié de la part de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme complémentaire, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées, déclarées à la Sécurité sociale et figurant comme telles sur le décompte de prestations de cet organisme.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En aucun cas la Mutuelle ne peut prendre en charge des dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

ARTICLE 33 – CONTRAT RESPONSABLE

Les garanties de la Mutuelle sont fournies dans les conditions prévues par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».

Il prévoit des obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et de ses prescriptions.

Aussi, les obligations de prise en charge portent sur :

- **l'intégralité de la participation des membres participants ou de leurs ayants droit définie à l'article R.322-1 du code de la Sécurité sociale ;**
- **les dépassements tarifaires des médecins dans certaines conditions ;**
- **les dépenses pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale dans des fourchettes hautes et basses ;**
- **l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le « 100% santé » ;**
- **le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;**
- **la participation du participant aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.**

De plus, la Mutuelle s'engage à permettre aux membres participants de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties de la médecine de ville et plus largement sur l'ensemble des prestations issues du panier de soins 100% santé, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

ARTICLE 34 - EXCLUSIONS

Tous les risques sont couverts ; toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les dépassements d'honoraires non mentionnés sur le décompte de prestations de la Sécurité sociale,
- la contribution forfaitaire prévue à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le membre participant ou le bénéficiaire, 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 le membre participant ou le bénéficiaire, du parcours de soins, et au delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, sauf les cas expressément prévus au tableau des garanties et dépassant les plafonds fixés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que certaines prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties),
- les frais engagés en dehors de la période de garantie. Il est rappelé que la période de garantie est comprise, d'une part, entre la date d'effet du contrat et la date de cessation des garanties et d'autre part, la date d'entrée du membre participant dans le groupe assuré (embauche – promotion) et la date de sortie (démission, licenciement ou fin de portabilité des droits) ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération.

Dans le cadre de l'hospitalisation et de l'allocation maternité sont exclus les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier ainsi que toute dépense à caractère somptuaire comme la mise à disposition d'un espace de vie confortable et spacieux, sauf si la prestation est expressément prévue au tableau des garanties.

Sont aussi exclus, mais uniquement dans le cadre de l'hospitalisation :

- les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie,
- les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale,
- la maternité (sauf s'il s'agit d'un cas de césarienne ou en cas d'hospitalisation due à une grossesse pathologique).

ARTICLE 35 - DEMANDES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

Les demandes doivent être adressées à la Mutuelle au plus tard 2 ans après la date des soins.

Ces demandes de remboursement doivent s'effectuer conformément aux modalités définies par la Mutuelle dans la notice d'information, étant précisé que la Mutuelle pourra demander toute pièce utile au versement des prestations.

ARTICLE 36 – MODALITÉS D’AFFILIATION

36-1 Lorsque le contrat souscrit entre la Mutuelle et l'adhérent prévoit un choix d'option de cotisation pour le membre participant de type Isolé/Couple/Famille ou Adulte/Enfant (ou plusieurs niveaux de garanties Base/Option), chaque membre participant peut modifier son choix initial selon les conditions et modalités suivantes :

- Le choix d'option de cotisation formulé par le participant lors de son affiliation ne peut être modifié qu'au 1er janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours. Ce changement d'option (augmentation ou diminution de cotisations) n'est possible qu'une seule fois au cours de la période d'affiliation du membre participant.
- Lorsqu'un changement intervient dans la situation de famille du participant (mariage, naissance, décès, divorce, appartenance du conjoint à un contrat obligatoire...), la modification d'option est alors possible en cours d'année. Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est

fixée au 1er jour du mois qui suit la demande du membre participant, accompagnée des pièces justificatives.

Il est rappelé que : la couverture « couple » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint ou de son enfant à charge au sens de l'article 27 du présent titre.

Il est rappelé que la couverture « famille » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille : conjoint et enfants à charge au sens de l'article 27 du présent titre.

- La couverture « isolé » correspond à la couverture du participant seul ;
- La couverture « isolé + enfant » correspond à la couverture du participant seul et enfant(s) à charge au sens de l'article 27 ;
- La couverture « couple » (ou « duo ») correspond à la couverture du participant et de son conjoint ou de son enfant à charge ;
- La couverture « famille » correspond à la couverture du participant et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge) ;
- La couverture « conjoint » correspond à la couverture du seul conjoint ou assimilé (à savoir de son concubin ou de son partenaire) ;
- La couverture « enfants » correspond à la couverture des enfants du participant (ou de son conjoint) à charge au sens de l'article 27.

36-2 Lorsque le contrat souscrit entre la Mutuelle et l'adhérent prévoit un contrat de base, dit « contrat socle » et une surcomplémentaire, ces deux contrats sont juridiquement distincts.

Le contrat socle intervient en premier après la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire alors que la surcomplémentaire intervient explicitement après les autres contrats complémentaires.

Cette surcomplémentaire peut être souscrite directement par le membre participant.

Cependant, la résiliation du contrat socle entraîne automatiquement la résiliation des adhésions à la surcomplémentaire.

ARTICLE 37 – CESSATION DES GARANTIES ET CARTE DE TIERS PAYANT

A compter de la date d'effet de la cessation des garanties, l'attestation de droit de tiers payant ne doit plus être utilisée et détruite.