



RÈGLEMENT MUTUALISTE GÉNÉRAL

Validé en Conseil d'Administration du 24 mai 2023.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 - OBJET DU REGLEMENT	4
Article 1 - Objet du règlement	4
Article 2 - Références légales du régime santé	4
Article 3 - Intervenants au régime santé	4
Article 4 - Droits mutualistes	4
Article 5 - Définitions	4
Article 6 - Modification du règlement	5
Article 7 - Subrogation	5
Article 8 - Pluralité d'assurances	5
Article 9 - Informatique et libertés	5
Article 10 - Prescription	6
Article 11 - Contrôle	7
Article 12 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption	7
Article 13 - Autorité chargée du contrôle	7
Article 14 - Réclamations	7
CHAPITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHERENT	7
Article 15 - Adhésion	7
Article 16 - Obligations de l'Adhérent	7
CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AU MEMBRE PARTICIPANT	8
Article 17 - Conditions d'affiliation	8
Article 18 - Entrée en vigueur de la garantie	8
Article 19 - Cessation de la garantie	9
Article 20 - Suspension de la garantie	9
Article 21 - Effet de la cessation ou de la suspension de la garantie	9
Article 22 - Obligations du Membre participant	10
Article 23 - Indus	10

CHAPITRE 4 - COTISATIONS	10
Article 24 - Détermination des cotisations	10
Article 25 - Paiement des cotisations	11
Article 26 - Révision des cotisations	11
Article 27 - Déclaration Sociale Nominative	12
CHAPITRE 5 - GARANTIE ET PRESTATIONS	12
Article 28 - Définition de la garantie	12
Article 29 - Obligation de prise en charge	13
Article 30 - Montant des remboursements des frais de soins de santé	14
Article 31 - Remboursement des frais d'obsèques - maternité	14
Article 32 - Limitation aux frais réels	14
Article 33 - Règlement des prestations	14
Article 34 - Délais et modalités de règlement des prestations	14
Article 35 - Révision des prestations	14
CHAPITRE 6 -EXCLUSIONS	15
Article 36 - Exclusions	15
CHAPITRE 7 - PRISE D'EFFET, DUREE, RESILIATION DE L'ADHESION	15
Article 37 - Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion	15
Article 38 - Renonciation (cas à distance)	15
Article 39 - Dénonciation de l'adhésion	16
Article 40 - Maintien des garanties au profit des bénéficiaires de la portabilité des droits au sens de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale	16
Article 41 - Maintien d'une couverture au profit des anciens salariés et de leurs bénéficiaires	16

CHAPITRE 1 - OBJET DU REGLEMENT

Article 1 - Objet du règlement

Le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre d'une part, la personne morale adhérente et, d'autre part, la Mutuelle du Bâtiment et des Travaux Publics du Sud-Est, ci-après désignée parfois « La Mutuelle ou « MBTP ». Il a pour objet de faire bénéficier la totalité du personnel salarié de la personne morale adhérente ou une catégorie de son personnel définie au bulletin d'adhésion d'un régime de remboursement de frais de santé complémentaire aux prestations de la Sécurité sociale française.

Ce règlement est adopté par le Conseil d'Administration de MBTP, sur délégation de l'Assemblée Générale de la Mutuelle, conformément à ses Statuts. Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité, et de manière générale par la loi française. MBTP s'engage également à utiliser uniquement la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Les cotisations des garanties standards ont été calculées sur des normes actuarielles standards. Dans les autres cas, la Mutuelle propose des garanties sur mesure.

Article 2 - Références légales du régime santé

Le régime santé a la qualité de contrat responsable au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, la garantie et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Article 3 - Intervenants au régime santé

- **L'Adhérent** : la personne morale ou l'employeur signataire du bulletin d'adhésion.
- **Les Membres participants** : les salariés de l'Adhérent appartenant à la catégorie de personnel mentionnée au bulletin d'adhésion et affiliés au régime ou les anciens salariés maintenus au titre de la portabilité et déclarés par l'Adhérent au bulletin d'adhésion.
- **Les Assurés** : les personnes exposées aux événements garantis par le régime.
- **L'Organisme assureur** : Mutuelle du Bâtiment et des Travaux Publics du Sud-Est, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°390 917 953.

Article 4 - Droits mutualistes

Les salariés affiliés au régime et les anciens salariés maintenus au titre de la portabilité acquièrent la qualité de Membre participant de MBTP conformément à l'article L.221-2.III du Code de la mutualité.

Ils sont représentés à l'Assemblée Générale de MBTP, conformément à l'article L.114-6 du Code de la mutualité et selon les dispositions statutaires de la Mutuelle.

Article 5 - Définitions

- **Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle subie par l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Ayants droit** : les personnes bénéficiant de la garantie à la demande du Membre participant. Le nom des Ayants droit est mentionné sur le bulletin individuel d'affiliation.

Peuvent avoir la qualité d'Ayant droit :

1. Le conjoint du Membre participant.

Est également assimilé au conjoint :

- La personne ayant conclu avec le Membre participant un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 462 du Code civil ;
- 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,

2. Les enfants célibataires, non-salariés du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire ou concubin, à charge fiscale. Sont également assimilés :

- Les enfants chômeurs de moins de 21 ans. 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
- Les enfants jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures ou s'ils sont sous contrat de formation (sous réserve de production d'un

certificat de scolarité ou de formation 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 au moins égal à 80 %),

3. Les ascendants du membre participant à charge fiscale. La qualité d'ayant droit majeur à charge fiscale se prouve au moyen d'un avis d'imposition (avec absence de revenu).

Plafond garanti : montant maximum de prestation pouvant être perçu par un Assuré par année civile et tel que défini au tableau des prestations. Les forfaits indiqués au sein de ce tableau sont fixés par année civile et sont attachés à la personne bénéficiaire des prestations de soins. En cas de souscriptions multiples au cours d'une même année civile, le calcul du forfait prend en compte les remboursements dont a bénéficié l'Assuré au titre du même poste de remboursement. Lorsque le maximum de remboursement est atteint, la Mutuelle continue de prendre en charge le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

Article 6 - Modification du règlement

Toute modification du présent règlement ou de la garantie prévue au bulletin d'adhésion est portée à la connaissance de l'Adhérent qui doit informer immédiatement les Membres participants. Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées à l'Adhérent.

Article 7 - Subrogation

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 ou 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.

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 à moins que les prestations versées n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas de sinistre, lorsque le fait générateur est un accident ou un fait volontaire imputable à un tiers, l'assuré est tenu d'en informer immédiatement la Mutuelle.

En effet, dans le cas de la présence d'un tiers responsable, la Mutuelle doit pouvoir se retourner vers l'assureur du tiers responsable (recours subrogatoire).

Si l'assuré prive la Mutuelle de la possibilité d'exercer son recours subrogatoire, le membre participant perd le droit au versement des prestations correspondantes.

Article 8 - Pluralité d'assurances

Les prestations de même nature contractées auprès de plusieurs organismes d'assurance produisent leurs effets dans la limite de chaque prestation garantie et des frais réellement engagés, quelle que soit sa date d'affiliation. Dans cette limite, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Article 9 - Informatique et libertés

Toutes les données relatives aux Assurés constituent des informations à caractère personnel et, à ce titre, leur collecte, traitement et sécurité sont réglementés par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 et le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016.

Les données à caractère personnel qui sont collectées auprès des Assurés sont destinées à MBTP en tant que responsable du traitement. Elles sont traitées au sein de l'Union Européenne.

La collecte de ces données est nécessaire à la gestion des garanties souscrites ainsi qu'à l'accomplissement par MBTP de son devoir de conseil. Elles pourront, le cas échéant, être communiquées au(x) délégué(s) de gestion, au réassureur, à l'assistant, à nos réseaux de soins partenaires et aux entités membres de la société de groupe assurantiel de protection sociale BTP (SGAPS BTP).

Elles pourront également être transmises aux autorités compétentes en matière fiscale, sociale, contrats en déshérence, fraude et lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, conformément à la réglementation en vigueur.

De plus, sous réserve du consentement exprès des Assurés, les données personnelles pourront être utilisées par la MBTP pour

leur proposer des offres d'assurance adaptées à leurs besoins.

Les données de santé des Assurés, ne sont utilisées uniquement à des fins de gestion de leurs prestations, à l'exclusion de tout autre traitement.

Conformément à la réglementation applicable précitée, les personnes concernées peuvent s'opposer à toute prospection et exploitation commerciales de leurs données à caractère personnel en sollicitant le délégué à la protection des données à l'adresse ci-dessous.

Par ailleurs, les personnes concernées disposent également de droits aux informations les concernant, détenues par MBTP ou ses partenaires commerciaux et institutionnels. Les droits sont les suivants :

- D'accès : permettant à l'Assuré d'obtenir confirmation que des données à caractère personnel le concernant sont ou ne sont pas traitées par la Mutuelle en tant que responsable de traitement ;
- A la rectification : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle la rectification des données à caractère personnel le concernant ;
- A l'oubli : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle l'effacement de données à caractère personnel le concernant ;
- A la limitation du traitement : permettant à l'Assuré, dans certaines circonstances, d'obtenir de la Mutuelle la limitation du traitement de ses données à caractère personnel ;
- A la portabilité de ses données à caractère personnel : permettant à l'Assuré de demander à la Mutuelle de récupérer ses données à caractère personnel avec la possibilité, si elle le souhaite, que celles-ci soient transmises directement à un autre responsable de traitement ;
- D'opposition : permettant à l'Assuré de s'opposer à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel.

Pour réaliser l'un ou plusieurs de ces droits, il convient d'adresser un courriel à l'adresse dpo@mutuelle-mbtp.com ou en écrivant à l'adresse suivante : A l'attention du Délégué à la protection des données - MBTP – Service Conformité 5 Rue Jean Marie Chavant – 69369 LYON Cedex 07, qui se chargera de transmettre le cas échéant.

Ces droits s'éteignent au décès de leur titulaire, sauf exceptions prévues à l'article 40-1 et suivants de la loi du 6 janvier 1978.

Les données collectées sont conservées sous une forme permettant l'identification des personnes physiques pendant

une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles ces données sont collectées et traitées, sauf disposition contraires du droit de l'Union européenne ou du droit français.

Conformément à la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation le Membre participant a la possibilité de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel ». L'inscription doit être faite par le Membre participant lui-même, en se rendant sur le site www.bloctel.gouv.fr. Le cas échéant, il ne pourra plus faire l'objet de prospection commerciale par démarchage téléphonique.

Article 10 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions de l'article L221-11 du Code de la mutualité.

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 MBTP en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré, 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 peut être interrompue par :

- Une demande en justice ;
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ;
- Un acte d'exécution forcée ;
- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- L'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

Article 11 - Contrôle

MBTP peut procéder à tout contrôle sur pièces permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les Assurés. Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec demande d'accusé de réception.

MBTP peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin ou un spécialiste de son choix, à tout moment et pour tout Assuré ayant reçu des prestations.

Les conclusions de l'expertise médicale sont notifiées à l'Assuré par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire la Mutuelle à cesser, à refuser, ou à réduire le versement des prestations.

Ces conclusions s'imposent à l'Assuré sans qu'il puisse se prévaloir du règlement desdites prestations par la Sécurité sociale.

Si l'Assuré conteste la décision du médecin ou spécialiste expert désigné par MBTP, il est tenu de la contester dans le délai de 1 mois suivant l'envoi de la notification qui lui en est faite. Dans ce cas, il a la possibilité de faire appel au médecin ou spécialiste de son choix. En cas de divergence entre le médecin ou spécialiste désigné par la Mutuelle et celui choisi par l'Assuré, ces deux médecins ou spécialistes en désigneront un troisième.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ou spécialiste. Les honoraires du troisième médecin ou spécialiste sont partagés par parts égales.

Si un désaccord subsiste, le tribunal compétent saisi par la partie la plus diligente, pourra désigner un nouvel expert.

Article 12 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès de l'Assuré la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée.

En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie. L'adhésion est conditionnée aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

Article 13 - Autorité chargée du contrôle

MBTP est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Article 14 - Réclamations

Les Membres participants du contrats collectifs ont la possibilité de formuler une réclamation en écrivant à : MBTP - service Relation Client - 5 rue Jean-Marie Chavant - 69369 Lyon Cedex 07, par courriel à contact@mutuelle-mbtp.com, en téléphonant au 04 27 84 22 44 ou à adresser directement depuis l'espace adhérent accessible depuis le site www.mutuelle-mbtp.com.

Dans l'hypothèse où à l'issue de cette procédure une difficulté ou un désaccord persiste, le membre participant a la possibilité, sans préjudice du droit d'agir en justice, de saisir le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF, qui exerce sa mission en toute indépendance, par courrier au 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15, ou directement sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

CHAPITRE 2 DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHERENT

Article 15 - Adhésion

Préalablement à son adhésion, le futur Adhérent 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.

C'est sur ce bulletin d'adhésion que l'Adhérent choisit la garantie et définit la catégorie de personnel à assurer.

Le bulletin d'adhésion précise également : les montants des cotisations afférents à la garantie choisie par l'Adhérent et la date d'effet souhaitée de l'adhésion.

L'Adhérent s'engage à retourner la fiche conseil complétée et signée avant la remise du bulletin d'adhésion.

Un descriptif de la garantie choisie est remis ou transmis (le cas échéant par courrier électronique) à l'Adhérent au moment de son adhésion, ce descriptif indique également les prestations garanties ainsi que les montants des cotisations afférentes à la garantie choisie.

Article 16 - Obligations de l'Adhérent

L'Adhérent s'engage pendant toute la durée de son adhésion à :

- Affilier la totalité des membres présents et futurs

appartenant à la catégorie de personnel définie au bulletin d'adhésion et titulaires d'un contrat de travail non suspendu, ou suspendu mais indemnisé et ceci, pour l'ensemble de la garantie choisie, sous réserve des dispositions contenues dans l'acte juridique instituant le régime (cas de dispense).

- Informer dans les 48 heures MBTP de la rupture du contrat de travail de tout affilié en précisant la date de prise d'effet de la rupture ainsi que le motif de la rupture.
- Transmettre à MBTP :
 - La décision de l'Assuré de maintenir sa garantie au titre de la portabilité dans les 48 heures suivant la connaissance de cette décision ;
 - L'adresse électronique de correspondance, ainsi que tout changement de cette même adresse de messagerie, permettant ainsi la transmission de tout document remis dans le cadre de la relation contractuelle, notamment les documents d'information, les modifications du montant des cotisations, ainsi que les modifications de prestations.
- Fournir les pièces suivantes à MBTP lors de la prise d'effet de l'adhésion :
 - La liste nominative des membres appartenant à la catégorie de personnel à assurer définie au bulletin d'adhésion en indiquant le cas échéant ceux dont le contrat de travail est suspendu et s'ils sont indemnisés ou non par l'employeur ;
 - La liste nominative des anciens salariés maintenus au titre de la portabilité des droits ;
 - Les bulletins individuels d'affiliation des membres appartenant à la catégorie de personnel à assurer, qu'ils soient présents ou non au travail.

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

- Dans les 30 jours qui suivent leur prise de fonctions ou leur nomination (changement de catégorie) :
 - Les bulletins individuels d'affiliation des nouveaux Membres participants. Si ce délai n'est pas respecté, la prise d'effet de la garantie ne sera effective qu'au jour de la réception par MBTP du bulletin, même si des cotisations ont déjà été versées par l'Adhérent pour les intéressés.
- Informer dans les 48 heures MBTP des modifications relatives à l'identité de la société en précisant la date d'effet des modifications et transmettre à la Mutuelle une copie de l'extrait de K-bis.
- Remettre à chaque Membre participant contre récépissé la notice d'information établie par MBTP qui définit

la garantie, les prestations garanties et leur modalité d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ainsi que les statuts de la Mutuelle. L'Adhérent doit aussi remettre à chaque Membre participant le document d'information sur le produit d'assurance (IPID).

- Informer chaque Membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par MBTP de toute modification apportée à leurs droits et obligations.
- Si la Mutuelle le demande, lui remettre une copie du régime (accord, décision unilatérale ou référendum) et une copie de la déclaration annuelle des salaires faite à l'administration fiscale pour les catégories de personnel assuré par la Mutuelle. La Mutuelle se réserve ce droit aux fins de contrôle, des éléments déclarés, au début ou en cours de contrat, par l'Adhérent.

CHAPITRE 3 DISPOSITIONS RELATIVES AU MEMBRE PARTICIPANT

Article 17 - Conditions d'affiliation

Les membres de la catégorie de personnel à assurer définie au bulletin d'adhésion doivent, au moment de leur affiliation, remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation.

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du Membre participant de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour MBTP, alors même que le risque omis ou dénature par le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'affiliation. Le Membre participant est déchu de tout droit aux prestations.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à MBTP qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, MBTP en poursuit le recouvrement.

Article 18 - Entrée en vigueur de la garantie

Lorsque l'adhésion a pris effet, la garantie est effective pour chaque Membre participant, qui prend la qualité d'assuré, aux dates suivantes :

Personnel affilié lors de la prise d'effet de l'adhésion :

- A la date d'effet de l'adhésion.

Personnel affilié postérieurement à la date d'effet de l'adhésion :

- À sa date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer si son bulletin individuel d'affiliation est reçu par MBTP dans les 30 jours suivant cette dernière date ;
- Dans le cas contraire, à la date de réception de ce bulletin.

Article 19 - Cessation de la garantie

La garantie cesse pour chaque Membre participant à zéro heure :

- Le jour de la rupture du contrat de travail avec l'Adhérent ;
- Le jour où le Membre participant n'appartient plus à l'une des catégories de personnel mentionnée au bulletin d'adhésion ;
- Le jour où le maintien de la garantie du Membre participant au titre de la portabilité cesse ;
- Au 31 décembre qui suit la demande de dispense d'affiliation d'un Ayant droit ou d'un salarié affilié ou lors de l'introduction de la dispense au sein du régime (si celle-ci est prévue au sein de la décision unilatérale du referendum ou de l'accord) moyennant un préavis qui ne peut être inférieur à 2 mois avant son échéance annuelle fixée au 31 décembre. La mise en œuvre de la cessation des garanties est subordonnée à la communication de la justification par l'Adhérent de la demande de dispense du salarié ou de son Ayant droit et des justificatifs afférents à cette demande.
- à la date d'effet de la liquidation 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 de l'extension famille ainsi que de la surcomplémentaire,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de décès du membre participant.

Pour les Ayants droit, la garantie cesse à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions posées à l'article 5 et en tout état de cause à la même date que le Membre participant.

Lorsque le régime mis en place par l'Adhérent est à adhésion facultative pour les Ayants droit, ces derniers ont la faculté de dénoncer leur affiliation à la garantie par lettre recommandée ou par courrier recommandé électronique avec demande d'avis de réception, après expiration d'un délai de 1 an à compter de la première année de souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prendra effet 1 mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'Adhérent.

Article 20 - Suspension de la garantie

MBTP suspend la garantie dans les cas de congés pendant lesquels le contrat de travail du Membre participant est suspendu et non indemnisé par l'employeur, comme par exemple, le congé parental total d'éducation, le congé pour création d'entreprise ou le congé sabbatique.

L'application de ces garanties pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu mais qui ne bénéficient d'aucune rémunération, indemnisation ou revenu de remplacement versé par l'employeur peut être demandée par l'Adhérent.

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.

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 l'employeur (c'est notamment le cas de l'activité partielle / activité partielle de longue durée, du congé de reclassement, congé de mobilité, ...).

Article 21 - Effet de la cessation ou de la suspension de la garantie

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le bulletin d'affiliation du membre participant et la date de suspension ou de cessation des garanties telles que définies aux articles 19 et 20 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).

Pour les actes non remboursés par la Sécurité Sociale, la prise en charge se fera au prorata temporis entre la date des soins et la date de suspension ou de cessation des garanties.

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

Article 22 - Obligations du Membre participant

Le Membre participant s'engage à :

- Informer MBTP de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers ; la Mutuelle étant subrogée de plein droit à l'Assuré, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées ;
- Informer MBTP, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif,
- Restituer la carte de tiers payant qui lui a été remise par MBTP, lorsqu'il n'appartient plus à la catégorie de personnel assurée définie au bulletin d'adhésion ou en cas de rupture de son contrat de travail. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire ;
- Informer MBTP de la cessation de ses droits à l'assurance chômage, lorsqu'il bénéficie du maintien de sa garantie au titre de la portabilité.
- Informer la MBTP lorsqu'un changement intervient dans la situation de famille du membre participant (mariage, naissance, décès, divorce, appartenance du conjoint à un contrat obligatoire...).
- **Informez la Mutuelle de tout changement de l'adresse électronique de correspondance**, permettant ainsi la transmission de tout document remis dans le cadre de la relation contractuelle, notamment les documents d'information, les modifications du montant des cotisations, ainsi que les modifications de prestations.
- **Informez MBTP** en cas de changement de domicile dans les plus brefs délais de sa nouvelle adresse par lettre recommandée, envoi recommandé électronique ou via son espace digital personnel. À défaut, les lettres adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets. Il en va de même pour l'adresse mail de contact communiquée par le membre participant à la Mutuelle.

Article 23 - 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 membre participant 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.

CHAPITRE 4 COTISATIONS

Article 24 - Détermination des cotisations

24-1. Objet

Le paiement des cotisations ouvre droit aux garanties prévues dans le barème des garanties annexé au bulletin d'adhésion. Les montants ou les taux de cotisations sont fixés dans ledit bulletin.

24-2. 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 Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS),
- au salaire brut déclaré par l'adhérent à l'URSSAF,
- ou à une ou plusieurs tranches de ce salaire.

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 d'une assiette (PMSS ou salaire brut), celles-ci sont calculées sur une base mensuelle (salaire brut de la période concernée ou PMSS applicable pour chaque mois de couverture).

Concernant les entreprises relevant des Conventions Collectives Nationales du Bâtiment et des Travaux Publics, 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 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.

Article 25 - Paiement des cotisations

25-1. Périodicité

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

La cotisation est annuelle et payable trimestriellement ou mensuellement par chèque, virement et téléversement (DSN).

25-2. 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 Déclaration Sociale Nominative (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.

25-3. Défaut de paiement

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, MBTP, indépendamment de son droit d'en poursuivre le recouvrement, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure adressée à l'Adhérent, suspendre la garantie 30

jours après l'envoi de cette lettre.

La garantie des anciens salariés maintenus au titre de la portabilité sera suspendue en cas de suspension de la garantie souscrite par l'Adhérent pour non-paiement des cotisations.

Dans la lettre de mise en demeure adressée à l'Adhérent, MBTP l'informe des conséquences que ce défaut de paiement entraîne sur la poursuite de la garantie.

MBTP peut résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus.

En cas de paiement, avant résiliation de l'adhésion, des cotisations arriérées, de celles venues à échéance pendant la période de suspension et éventuellement des frais de recouvrement, l'adhésion reprend effet à midi le lendemain du jour du paiement.

Dès l'ouverture de la période de suspension, les Membres participants sont informés qu'à l'expiration du délai de suspension de 10 jours, le défaut de paiement de la cotisation par l'Adhérent est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion.

Les risques dont l'origine est survenue durant la période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent règlement.

Article 26 - Révision des cotisations

Les cotisations sont modifiées :

- À chaque échéance annuelle, compte tenu notamment des résultats techniques des garanties de même nature et des évolutions de l'assurance maladie. Il est établi annuellement un compte de résultat global pour l'ensemble des adhérents d'une même garantie. Sur la base de ce dernier, le taux de majoration complémentaire est fixé chaque année par le Conseil d'administration de MBTP. La modification du montant des cotisations prend effet à la date du renouvellement annuel de l'adhésion et ce tant pour les affiliations en cours que pour les nouvelles affiliations.

L'Adhérent a la possibilité de demander, dans les 30 jours suivant la notification de l'augmentation des cotisations par MBTP, la résiliation de son adhésion sans délai de préavis.

- À tout moment, lorsque des dispositions législatives et réglementaires notamment du Code de la Sécurité sociale viennent à modifier la portée des engagements de MBTP, celle-ci se réserve le droit de proposer, sur décision du Conseil d'administration, pour la date d'effet des modifications en cause, le changement en conséquence, soit des conditions d'ouverture du droit à prestations et du montant de celles-ci, soit du taux ou du

montant des cotisations.

- Lorsque des dispositions législatives ou réglementaires viennent mettre à la charge de MBTP des taxes, impôts ou charges supplémentaires dont l'assiette dépend du montant des cotisations perçues par la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de majorer, sur décision du Conseil d'administration, le montant desdites cotisations à due proportion, au cours des 6 mois suivants la publication au Journal Officiel desdites dispositions.
- En outre, par dérogation à ce qui précède, et afin de respecter ses obligations de stabilité financière notamment issues de la directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II), les montants ou les taux de cotisations pourront être modifiés à tout moment, par le Conseil d'administration. Cette modification pourra être refusée par l'Adhérent qui aura la possibilité de résilier sa garantie.

Ces modifications pourront être transmises par courrier électronique à la dernière adresse électronique renseignée par l'Adhérent.

Article 27 - Déclaration Sociale Nominative

27-1 Déclaration sociale nominative (DSN)

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

27-2 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 1/12^{ème} 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 39 du présent règlement.

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.

CHAPITRE 5 GARANTIE ET PRESTATIONS

Article 28 - Définition de la garantie

La garantie a pour objet :

- De rembourser, en tout ou partie, le cas échéant, les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers (**uniquement les hospitalisations médicales, chirurgicales et de maternité, à l'exclusion de toute autre hospitalisation dont la prise en charge ne serait pas prévue à la grille de garanties**), pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'exams de laboratoire, de prothèses et d'appareillages **restant à la charge de du membre participant après intervention du régime obligatoire de Sécurité sociale**. Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité sociale pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.
- D'attribuer, le cas échéant, des prestations complémentaires en cas de naissance ou d'adoption et de décès. Si une garantie décès est prévue au règlement particulier, celle-ci est une **garantie temporaire d'une durée d'un an**. L'Assemblée générale se prononce chaque année sur la reconduction de cette garantie et sur son montant.

Les dépenses médicales effectuées lors d'un séjour temporaire à l'étranger ne seront prises en charge qu'à la condition de donner lieu à un remboursement effectif du régime obligatoire de la Sécurité sociale française : les garanties du contrat pour lesquelles cette dernière n'intervient pas ne sont accordées par MBTP **que lorsque les dépenses sont effectuées sur le territoire de la France métropolitaine ou les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM)**. Les remboursements seront effectués en euros et selon les garanties prévues à la grille.

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

En tout état de cause la prise en charge sera plafonnée à 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale

française, Sécurité sociale incluse.

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.**

Article 29 - Obligation de prise en charge

29-1. En qualité de contrat responsable est pris en charge conformément à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale :

- L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R160-5 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) ;
- Lorsque cette garantie est prévue dans la grille, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO), ce, **dans le respect des limites réglementaires** ;
- L'intégralité des frais exposés par l'assuré pour les dispositifs médicaux d'optique et d'aides auditives appartenant à une classe à prise en charge renforcée : ces équipements sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, **sous réserve du respect des prix limites de vente** (étant précisé que les prix limites de vente des verres varient selon la correction, tandis que ceux des aides auditives diffèrent entre les assurés de moins de 21 ans et les assurés ayant au moins cet âge). Les équipements appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée sont remboursés dans la limite des plafonds réglementaires ;
- L'intégralité des frais exposés par l'assuré pour les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe à prise en charge renforcée : ces équipements sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, **sous réserve du respect des honoraires limites de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale.** Les équipements appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée sont remboursés conformément à ce qui est prévu dans la grille de garanties, **sans que ce remboursement ne puisse excéder les honoraires limites de facturation pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée** ;
- Le forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limite de durée.

Ces obligations de prise en charge ne s'appliquent pas en cas de garanties non responsables.

Les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables, **jusqu'à hauteur du tarif de responsabilité au sens de l'article**

L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, peuvent bénéficier du mécanisme du tiers payant, sous réserve de l'acceptation du professionnel de santé.

29-2. Précisions relatives aux garanties optique, aide auditive et dentaire :

Les montants de remboursement des garanties optique, aide auditive et dentaire sont limités de la façon suivante :

Garantie optique : conformément aux dispositions du contrat responsable, **la prise en charge est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans**, sauf pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, auxquels cas, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme **d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.** La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement optique est **la date de dernière facturation du dispositif concerné ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.** Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Garantie dentaire : un montant maximum de remboursement par année, hors prothèses 100% santé, et par bénéficiaire peut être prévu sur le poste dentaire. Dans ce cadre, lorsque le maximum de remboursement est atteint, MBTP continue de prendre en charge conformément aux exigences prévues par l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale (« panier de soins ») :

- Au moins 125% de la base de remboursement (Sécurité sociale incluse) sur les soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale remboursés par la Sécurité sociale ;
- Le ticket modérateur sur les autres garanties dentaires remboursées par la Sécurité sociale.

Garantie aide auditive : conformément aux dispositions du contrat responsable, **la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans.** La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement est **la date de dernière facturation du dispositif concerné ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Article 30 - Montant des remboursements des frais de soins de santé

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement

sont précisés au barème des garanties annexé au bulletin 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 barème 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.

Le barème de garanties du bulletin d'adhésion peut prévoir le versement d'une ou plusieurs indemnités forfaitaires.

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.

Article 31 - Remboursement des frais d'obsèques - maternité

31-1. 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.

Si la garantie est prévue au contrat, il s'agit d'une garantie temporaire d'une durée de 1 an.

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.

31-2. Allocation maternité

Si la prestation est prévue au barème des garanties annexé au bulletin d'adhésion, le versement de l'allocation maternité se fait sur la base d'un forfait, sur justificatifs (un acte de naissance ou un jugement d'adoption plénière).

Article 32 - Limitation aux frais réels

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de

l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 33 - Règlement des prestations

Le versement des prestations est adressé directement au membre participant après échange de données informatisées entre organismes sociaux ou sur présentation des décomptes originaux délivrés par le régime de Sécurité sociale et, le cas échéant, des pièces justificatives listées dans la NI.

Ces justificatifs seront adressés à MBTP dans leur version papier par voie postale ou dans leur version électronique issue du site Ameli). Les demandes doivent être adressées à la Mutuelle au plus tard 2 ans après la date des soins.

Article 34 - Délais et modalités de règlement des prestations

La Mutuelle règle les prestations frais de santé par virement sur le compte bancaire ou postal :

- dans un délai moyen de 48 heures, pour les décomptes faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses d'assurance maladie et ne nécessitant pas de contrôle préalable,
- dans un délai moyen de 8 jours après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement, pour les remboursements manuels, délais de poste et bancaire non compris.

Article 35 - Révision des prestations

Les taux et les montants des prestations garanties pourront être revus en cours d'année ou lors de chaque renouvellement annuel par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'administration de la Mutuelle sur délégation de celle-ci en fonction des résultats techniques des garanties de même nature.

Ces modifications pourront être transmises par courrier électronique à l'adresse électronique renseignée par l'Adhérent.

CHAPITRE 6 - EXCLUSIONS

Article 36 - 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 les membres participants 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 les membres participants, 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 comprise d'une part entre la date d'effet du bulletin d'adhésion et d'autre part la date de cessation des garanties ; 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
- le forfait journalier résultant d'une admission dans un établissement médico-social (tel qu'une maison d'accueil spécialisée [MAS], un EHPAD, ESAT, un centre ou un institut pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...).

CHAPITRE 7 - PRISE D'EFFET, DUREE, RESILIATION DE L'ADHESION

Article 37 - Prise d'effet et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, sous réserve de la signature de celui-ci par l'Adhérent.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées à l'article 39.

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 du 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.

Article 38 - Renonciation (cas à distance)

Dans le cadre d'une adhésion réalisée à distance, l'Adhérent peut se rétracter dans un délai de 14 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion. La renonciation s'effectue par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, avec demande d'avis de réception.

Pour le contenu de la lettre, l'Adhérent peut utiliser le modèle ci-dessous :

« Madame / Monsieur,

Le [date], j'ai souscrit auprès de MBTP au règlement mutualiste Opérations collectives.

Je soussigné(e) M. /Mme..... (Nom, prénom, adresse, n° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste Opérations collectives et demande le remboursement des cotisations versées, conformément à l'article L221-18 du Code de la mutualité.

Le (Date et signature) »

Article 39 - Dénonciation de l'adhésion

39-1. Dénonciation

- La dénonciation de l'adhésion par l'une ou l'autre des parties s'effectue par l'envoi d'une lettre, ou tout autre

support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-33-8 du Code de la mutualité, moyennant le respect d'un délai de préavis qui ne peut être inférieur à 2 mois avant son échéance annuelle.

- L'Adhérent peut également dénoncer son adhésion, après expiration d'un délai de 1 an à compter de la première année de souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prendra effet 1 mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'Adhérent.

Cette notification peut être effectuée par courrier électronique à l'adresse suivante : contact-entreprise@mutuelle-mbtp.com

- L'adhésion peut être également dénoncée par MBTP en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues à l'article 39.

A la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, la garantie cesse tant pour les salariés que pour les anciens salariés maintenus au titre de la portabilité.

39-2. 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.

Article 40 - Maintien des garanties au profit des bénéficiaires de la portabilité des droits au sens de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale

MBTP maintient, au titre de la portabilité des droits, les garanties des anciens salariés de l'entreprise (et de leurs Ayants droit déjà affiliés à la date de la radiation) pour une durée maximale de 12 mois, dans la limite de la durée du ou des derniers contrats de travail consécutifs au sein de l'entreprise. Cette durée est appréciée en mois, dès le premier mois, et le cas échéant arrondie au nombre supérieur.

Pour bénéficier du maintien des garanties, les anciens salariés doivent avoir ouvert leurs droits à la couverture du présent règlement avant la cessation du contrat de travail et être pris

en charge par l'assurance chômage. Le service des prestations est conditionné à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à l'ouverture du maintien des droits et tous les mois au cours du maintien.

Le maintien des garanties pour les anciens salariés est mutualisé, dès lors aucune cotisation ne sera due par les anciens salariés au titre des garanties maintenues. Les garanties de l'ancien salarié maintenu au titre de la portabilité suivront celles de l'entreprise et cesseront automatiquement :

- À la fin des droits du salarié au maintien des garanties ;
- À la fin de l'indemnisation de l'assurance chômage, ou à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- À la date de dénonciation du présent règlement.

Dans le cadre d'une procédure collective, le maintien des garanties au titre de la portabilité au profit des anciens salariés n'est accordé qu'en cas :

- De demande de poursuite du contrat par l'Adhérent, l'Administrateur ou le Liquidateur Judiciaire et,
- Du paiement de l'intégralité des cotisations dues après le jugement d'ouverture de la procédure collective

Article 41 - Maintien d'une couverture au profit des anciens salariés et de leurs bénéficiaires

- MBTP maintient une garantie de prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux ;
- Au profit des anciens salariés qui ont cessé d'être garantis en raison de la rupture de leur contrat de travail et bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la proposition commerciale adressée par MBTP à l'occasion de la rupture du contrat de travail ;
- Au profit des ayants droit affiliés du salarié décédé, pour une 12 mois sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la proposition commerciale adressée par MBTP à l'occasion du décès.

Ce maintien s'effectue dans le cadre des garanties et des conditions tarifaires en vigueur au titre des assurances individuelles. La nouvelle garantie prend effet le lendemain de la demande.

Le point de départ du délai 6 mois susvisé est décalé à la fin de période de maintien des garanties santé de l'ancien salarié au titre de la portabilité.