



MBTP

Règlement Mutualiste Général

Opérations Individuelles

Validé en Conseil d'Administration du 24 mai 2023

Référence conformité : n°SP23/FCR0001 – 05/2023

Sommaire

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 - Subrogation	5
Article 7 - Pluralité d'assurances	5
Article 8 - Informatique et libertés	5
Article 9 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption.....	7
Article 10 - Autorité chargée du contrôle	7
Article 11 - Réclamations	7
CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHERENT	7
Article 12 - Adhésion.....	7
Article 13 - Formalités d'adhésion au régime	7
Article 14 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion	8
Article 15 - Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance	8
Article 16 - Dénonciation de l'adhésion	8
Article 17 - Effet de la dénonciation de l'adhésion.....	9
Article 18 - Fait générateur – Remboursement de frais.....	9
Article 19 - Obligations de l'Adhérent	9
Article 20 - Modification du règlement	10
Article 21 - Indus.....	10
CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	10
Article 22 - Définition de la garantie.....	10
Article 23 - Obligation de prise en charge.....	11
Article 24 - Montant des remboursements des frais de soins de santé	12
Article 25 - Remboursement des frais d'obsèques - maternité.....	12
Article 26 - Etendue de la garantie, option et changement d'option	13
Article 27 - Limitation aux frais réels.....	13
Article 28 - Exclusions	13
Article 29 - Règlement des prestations.....	14

Article 30 - Délais et modalités de règlement des prestations.....	14
Article 31 - Révision des prestations	14
Article 32 - Evolution de l'Assurance Maladie.....	15
CHAPITRE 4 – COTISATIONS.....	15
Article 33 - Paiement des cotisations.....	15
Article 34 - Modification des cotisations.....	16
Article 35 - Révision des cotisations en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires	16
CHAPITRE 5 - CONTROLE ET PRESCRIPTION.....	17
Article 36 - Contrôle	17
Article 37 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte de l'Adhérent.....	17
Article 38 - Prescription.....	17
CHAPITRE 6 – PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR.....	19

CHAPITRE 1 - OBJET DU REGLEMENT

Article 1 - Objet du règlement

Le présent règlement détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime individuel complémentaire santé et définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque Adhérent et MBTP SE, ci-après désignée parfois « La Mutuelle » ou « MBTP ». Il est complété le cas échéant d'un règlement particulier qui définit la garantie choisie par l'adhérent ainsi que les prestations garanties avec lequel il constitue un ensemble indivisible. Ce règlement est adopté par le Conseil d'Administration de la 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. La Mutuelle s'engage également à utiliser uniquement la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

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, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Toutefois, le régime peut comporter des options non responsables qui seront le cas échéant mentionnées au règlement particulier.

Article 3 - Intervenants au régime santé

L'Adhérent ou le Membre participant : la personne physique signataire de la demande d'adhésion individuelle (DAI) et acquittant les cotisations.

L'Assuré : la personne exposée aux événements garantis par le régime santé.

L'Organisme assureur : MBTP, 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 participants affiliés au régime santé acquièrent la qualité de Membre participant de MBTP conformément à l'article L.221-2. Il du Code de la mutualité.

Les membres participants 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 la demande d'adhésion individuelle.

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 à Pôle Emploi à la date des soins et d'une attestation de non-indemnisation de 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 - 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 exposées 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, l'adhérent perd le droit au versement des prestations correspondantes.

Article 7 - 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'adhésion. Dans cette limite, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Article 8 - 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, de contrats en déshérence, de 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 qu'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 dispositions 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 9 - 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 10 - Autorité chargée du contrôle

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

Article 11 - Réclamations

L'Adhérent a 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, l'Adhérent 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 12 - Adhésion

L'Adhérent s'engage à retourner la fiche conseil complétée et signée avant la remise de la demande d'adhésion individuelle.

L'adhésion est réservée aux personnes physiques affiliées à un régime de Sécurité sociale français et domiciliées en France. En fonction du niveau de garanties souscrit, l'adhésion est accessible aux personnes âgées de 16 à 85 ans.

Article 13 - Formalités d'adhésion au régime

L'adhésion doit être demandée à l'aide de la demande d'adhésion individuelle prévue à cet effet sur lequel l'Adhérent mentionne la garantie et l'option choisies. En cas d'acceptation de l'adhésion, l'Adhérent et ses Ayants droit désignés sur la demande d'adhésion individuelle acquièrent la qualité d'assurés.

L'Adhérent s'engage à fournir pour la souscription du bulletin individuel d'adhésion la liste des personnes concernées 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,
- l'adresse.

Article 14 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

Préalablement à son adhésion, le futur Adhérent reçoit de la Mutuelle : les statuts de la Mutuelle, le présent règlement, une demande d'adhésion individuelle qu'il devra remplir et signer s'il souhaite adhérer au présent règlement.

L'adhésion de l'Adhérent prend effet à la date indiquée sur la demande d'adhésion individuelle pour une durée minimale d'un an, sous réserve du paiement de la première cotisation.

L'acceptation de l'adhésion par MBTP est matérialisée par l'émission d'une carte de tiers-payant mentionnant notamment l'identité des personnes assurées et la date d'effet de l'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année ultérieure, sauf en cas de dénonciation.

Article 15 - Droit de renonciation en cas d'adhésion 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 de la demande d'adhésion individuelle. 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 adressée à MBTP - 5 rue Jean Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 07.

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 individuelles.

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

Le (date et signature) ».

En cas d'exercice par l'Adhérent de sa faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la notification.

Article 16 - Dénonciation de l'adhésion

16-1. Dénonciation

Au 31 décembre de chaque année ultérieure à la prise d'effet de l'adhésion mentionnée à l'article 14 ci-dessus, l'une ou l'autre des parties peut dénoncer ladite adhésion par l'envoi d'une lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 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 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.

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

Les Ayants droit ont la faculté de dénoncer leur affiliation à la garantie en cours d'année 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.

16-2. Prononciation de la dénonciation

La dénonciation par MBTP est prononcée :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 33 ;
- en cas de nullité de l'assurance dans les conditions prévues à l'article 37.

16-3. Fin de l'adhésion

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsque les conditions statutaires de MBTP liées au champ de recrutement ne sont plus remplies : en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ou de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

Tout changement de situation doit être déclaré dans les 3 mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La fin de l'adhésion prend effet le dernier jour du mois qui suit le mois de réception de sa notification.

Dans le cas où l'adhérent obtient le bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), il peut être mis fin à l'adhésion au 1er jour du mois qui suit la réception de l'information par la Mutuelle.

Article 17 - Effet de la dénonciation de l'adhésion

A la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, la garantie cesse. L'Adhérent ainsi que ses Ayants droit cessent d'être assurés au terme de la période d'assurance.

Les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, ne sont pas prises en charge par MBTP.

La Mutuelle reste engagée pour les dépenses de santé dont la date des actes, soins, prescriptions est antérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion et ce, jusqu'à leur liquidation complète sous réserve que les pièces justificatives de ces dépenses soient adressées dans les 24 mois suivant cette même date.

La dénonciation de l'adhésion emporte de plein droit la résiliation du règlement individuel renfort non responsable éventuellement souscrit par l'Adhérent pour renforcer son niveau de prestations.

La résiliation du contrat socle entraîne automatiquement la résiliation des adhésions à l'extension famille, aux renforts ainsi qu'à la surcomplémentaire.

Article 18 - Fait générateur – Remboursement de frais

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le bulletin individuel d'adhésion et la date de suspension ou de cessation des garanties telles que définies aux articles 16 et 17 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 19 - Obligations de l'Adhérent

Outre l'obligation d'information prévue à l'article 6 – Subrogation, l'Adhérent s'engage pendant toute la durée de son adhésion à :

- Informer MBTP lorsqu'il bénéficie, pour lui-même ou ses ayants droit, d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent régime et souscrite par ailleurs ;
- Régler à MBTP les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées au présent règlement ;
- Restituer la carte de tiers-payant qui lui a été remise par la Mutuelle, en cas de

dénonciation de son adhésion. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire ;

- Informer 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.

- Informer 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 l'adhérent à la Mutuelle.

Article 20 - Modification du règlement

Toute modification du présent règlement, décidée par l'Assemblée générale ou le Conseil d'Administration de la Mutuelle est portée à la connaissance de l'adhérent par la Mutuelle.

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.

Article 21 - Indus

L'adhérent 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 l'adhérent 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 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

Article 22 - 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'examens de laboratoire, de prothèses et d'appareillages restant à la charge de l'Adhérent 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 barème de garanties, celle-ci est une garantie temporaire d'une durée de 1 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 sont effectués en euros et selon les garanties prévues au barème. 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 est 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 23 - Obligation de prise en charge

23-1. 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'Adhérent 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'Adhérent 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.

23-2. 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 2 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 membre participant 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 4 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 24 - 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 individuel 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 individuel 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 individuel 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 25 - Remboursement des frais d'obsèques - maternité

25-1. Remboursement des frais d'obsèques

Si la prestation est prévue au tableau des garanties annexé au bulletin individuel 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.

25-2. Allocation maternité

Si la prestation est prévue au barème des garanties annexé au bulletin individuel 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 26 - Etendue de la garantie, option et changement d'option

26-1. Date d'effet

Les garanties s'appliquent à compter de la date d'effet figurant sur le bulletin individuel d'adhésion de l'adhérent, pour tous les membres participants mentionnés sur cette dernière.

26-2. Nature et montant

La nature et le montant des prestations garanties sont définis au barème des garanties. Certaines prestations peuvent comporter un plafond de garantie.

26-3. Changement d'option

Après 1 an de couverture, l'Adhérent a la possibilité de solliciter un changement d'option parmi les formules de prestations en vigueur au moment de sa demande et sous réserve d'en faire la demande par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception 2 mois avant la prise d'effet.

Le changement d'option est formalisé par la signature d'une nouvelle demande d'adhésion individuelle qui met fin à celle précédemment signée. Le Membre participant et ses Ayants droit affiliés bénéficient obligatoirement du même niveau de garanties.

Le changement de niveau sera alors effectif à partir du 1er janvier de l'année suivante. Il n'est possible de modifier qu'une seule fois en cours de contrat, de niveau de garantie, tant à la hausse qu'à la baisse.

26-4. Dérogations

A titre dérogatoire, l'Adhérent peut changer d'option avec une prise d'effet immédiate, pour cause de modification de sa situation personnelle, dans les cas suivants : mariage, pacte civil de solidarité (PACS), décès, divorce, dissolution du PACS, déménagement, naissance, adoption. Dans ces cas particuliers, le changement d'option prendra effet le premier jour du mois suivant la demande.

Cependant, afin de bénéficier de ces dérogations, l'Adhérent devra fournir les pièces justificatives suivantes selon les cas : copie du

livret de famille, copie du pacte civil de solidarité, certificat de décès ou copie d'extrait d'acte de naissance avec mention du décès, copie du livret de famille, justificatif de domicile, extrait d'acte de naissance, attestation vitale du Membre participant ou de son conjoint sur laquelle est rattaché l'enfant en tant qu'ayant droit.

Article 27 - Limitation aux frais réels

Les remboursements ou les indemnisations 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 28 - 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 individuel 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...).

Article 29 - Règlement des prestations

Le versement des prestations est adressé directement à l'Adhérent, 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 originales justificatives listées au Chapitre intitulé « Pièces justificatives à fournir » du présent règlement.

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 30 - 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 31 - 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.

Article 32 - Evolution de l'Assurance Maladie

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et des produits médicaux, MBTP peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

CHAPITRE 4 – COTISATIONS

Article 33 - Paiement des cotisations

33-1. Objet

Les montants ou les taux de cotisations sont fixés au bulletin individuel d'adhésion. La cotisation est annuelle et payable annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement par chèque, virement et prélèvement automatique (mandat SEPA).

33-2. Montant des cotisations

Les cotisations sont calculées en tenant compte du niveau ou formule de garanties souscrites, de la zone géographique de résidence et de l'âge du membre participant et de ses ayants droit.

La cotisation est exprimée :

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

Cette assiette de calcul est fixée par référence au plafond entier de la Sécurité sociale.

33-3. Périodicité

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

33-4. Règlement

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de l'échéance fixée au premier jour de chaque

mois, et indépendamment du droit de MBTP de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure du Membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-avant. La Mutuelle adresse à l'Adhérent une mise en demeure l'informant qu'au terme d'une période de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraîne la résiliation de plein droit de la garantie.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation entraînera son exclusion ainsi que celle de ses ayants droit des garanties définies au bulletin individuel d'adhésion.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par l'adhérent.

Dans ce cas, la Mutuelle informe l'adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième paragraphe du présent article et rembourse, le cas échéant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.

33-5. Garantie non résiliée

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à MBTP la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

33-6. Majoration de retard

Les cotisations réglées en totalité ou en partie hors délai supportent des majorations de retard. Le taux appliqué pour le calcul de ces

majorations est le taux fixé chaque année par le conseil d'administration de la Mutuelle.

33-7. Date d'effet – renouvellement de l'adhésion

Les garanties s'appliquent au plus tôt le lendemain suivant la date de réception de la demande d'adhésion individuelle ou à partir de la date d'effet postérieure souhaitée apposée sur la demande d'adhésion individuelle (dès lors qu'une date d'effet est notée expressément par le membre participant).

Cependant, les garanties ne sont acquises qu'après paiement de la première cotisation sous réserve de son encaissement.

Article 34 - Modification des cotisations

34-1. Modification

Les montants ou les taux de cotisations peuvent être modifiés à chaque échéance annuelle ou en cours d'année, sur décision de l'Assemblée générale de MBTP ou par le Conseil d'administration sur délégation de celle-ci, notamment en fonction des résultats techniques du régime, de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé, ou des modifications des niveaux de remboursement du régime de Sécurité sociale.

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

34-2. Evolution

Le montant des cotisations annuelles peut également évoluer :

- Soit en raison du changement d'âge de l'Adhérent ou du changement de sa zone géographique de résidence ;
- Soit par application, au 1er janvier de chaque année, d'un pourcentage d'augmentation à la cotisation payée par l'Adhérent, au titre du vieillissement du portefeuille.

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 dénoncer sa garantie dans les conditions prévues à l'article 16.

Article 35 - Révision des cotisations en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires

Lorsque des dispositions législatives et réglementaires notamment du code de la Sécurité sociale viennent à modifier la portée des engagements de MBTP, celle-ci peut être amenée en cours d'année à procéder à une réactualisation 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 de l'Assemblée générale ou par délégation, du Conseil d'administration, le montant desdites cotisations à due proportion, au cours des 6 mois suivants la publication au Journal officiel desdites dispositions.

Ces modifications pourront être notifiées par MBTP par courrier électronique adressé à l'adresse électronique de l'Adhérent.

L'Adhérent conserve néanmoins la possibilité de demander, dans les 30 jours suivant la notification par la MBTP, la résiliation de sa garantie sans délai de préavis. La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de l'Adhérent ou à compter de la date de modification apportée si elle est postérieure. Dans ce dernier cas, les niveaux de prestations et de cotisations sont maintenus jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

CHAPITRE 5 - CONTROLE ET PRESCRIPTION

Article 36 - 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.

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 avis de réception ; elles peuvent conduire MBTP 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'adhérent n'accepte pas la décision du médecin conseil de la Mutuelle, 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.

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

Article 37 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte de l'Adhérent

37-1. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour MBTP, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion. L'Adhérent 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.

37-2. Omission ou déclaration inexacte de l'Adhérent

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin individuel d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, MBTP a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à l'Adhérent, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Article 38 - 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 le Membre participant ou 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 avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

CHAPITRE 6 – PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Si au moment de l'adhésion au règlement, les garanties présentées ci-après figurent dans le barème de garanties, les pièces justificatives afférentes devront être transmises à la Mutuelle.

Informations complémentaires à la remise des pièces justificatives	<ul style="list-style-type: none"> - Les factures fournies doivent impérativement mentionner les actes, la dépense, la prise en charge sécurité sociale et le reste à charge. - Les décomptes sécurité sociale doivent nous être adressés uniquement si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission Noémie. - Veuillez préciser votre numéro client ou votre numéro de sécurité sociale sur chaque correspondance. - Veuillez nous fournir le décompte de votre première mutuelle si cette dernière est intervenue dans le remboursement des frais (dans la limite des frais engagés). 	
	Avec prise en charge de la Sécurité Sociale	Sans prise charge de la Sécurité Sociale*
HOSPITALISATION		
Hospitalisation en Clinique (Honoraires)	Facture détaillée et acquittée + factures d'honoraires acquittées	
Hospitalisation en Hôpital (Honoraires)	Avis des sommes à payer + reçu attestation de paiement originaux ou tampon "acquit"	
Frais de séjours conventionnés	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale	
Frais de séjours non conventionnés	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale	
Forfait journalier	Facture détaillée et acquittée	
Chambre particulière	Facture détaillée et acquittée	
Frais d'accompagnement	La facture d'hospitalisation + le bulletin d'hospitalisation du patient accompagné des reçus de paiement des repas et des nuits	
Frais de téléphone, de télévision et d'internet	Facture détaillée et acquittée	
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux (généraliste ou spécialiste)	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale	
Honoraires paramédicaux et psychologues (y compris le dispositif MonParcoursPsy)	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée

Analyses, auxiliaires médicaux, laboratoires, pharmacie, soins infirmiers	Facture détaillée (date de soins, dépense, base de remboursement et taux) et acquittée ou décompte de la Sécurité sociale	
Transports	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale	
Médicaments	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée
Matériel médical (petit ou grand)	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale	
OPTIQUE		
Monture et verres	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale + les deux dernières ordonnances en cas d'évolution de la vue	
Lentilles	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale	Ordonnance + Facture détaillée et acquittée
Chirurgie réfractive		Facture détaillée et acquittée mentionnant la technique (Kératotomie radiaire ou Laser Excimer, Laser Lasik...)
DENTAIRE		
Soins dentaires	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale	
Prothèses dentaires	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale	
Orthodontie	Facture détaillée et acquittée du semestre à terme échu (précisant la date de début et de fin du semestre) + décompte Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée du semestre à terme échu (précisant la date de début et de fin du semestre)
Autres actes	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée
PROTHESES AUDITIVES		
Prothèses auditives (dont accessoires et entretiens)	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale	

PREVENTION (prestations non remboursées par la Sécurité Sociale)		
Ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue		Facture acquittée précisant la date et le bénéficiaire des soins, le n° ADELI ou RPPS + le cachet du praticien
Sevrage tabagique		Facture détaillée et acquittée
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrites		Ordonnance + facture détaillée et acquittée
MATERNITE/CONTRACEPTION (prestations non remboursées par la Sécurité Sociale)		
Allocation maternité (dans la limite d'une seule prime par enfant, dans le cas où les deux parents sont inscrits au contrat)		L'acte de naissance ou le jugement d'adoption plénière
Fécondation in vitro		Facture détaillée et acquittée
Amniocentèse		Facture détaillée et acquittée
Contraception prescrite		Ordonnance + Facture détaillée et acquittée
PACK ALLOCATIONS		
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité sociale	
Allocation obsèques		Acte de décès + facture des frais d'obsèques + photocopie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité de la personne qui a réglé la facture ainsi que son RIB
Complément équipements post cancer		Prescription médicale + facture concernant l'achat de prothèses capillaire, mammaires et l'achat de lingerie post mastectomie.