



MBTP

Notice d'information

Vita Singula TNS

(au sens de l'article L. 221-6 du code de la mutualité)

L'Association de Prévoyance Sociale Mutuelle Mieux-Etre (APSME), association régie par la loi du 1er juillet 1901, sise 171 avenue Ledru-Rollin 75544 Paris cedex 11. Ci-après dénommée « le souscripteur ».

Auprès de :

MBTP SE, Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé 5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon cedex 07 et ci-après dénommée « la Mutuelle » ou « MBTP ».

Cette notice d'information comprend deux parties : la notice proprement dite et le barème de vos garanties. En cas de dispositions contradictoires entre ce qui est prévu dans la notice et ce que prévoit le barème de garanties, c'est ce qui est marqué au barème de garanties qui s'impose.

Sommaire

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES - ADHESION	3
ARTICLE 1 - OBJET	3
ARTICLE 2 - QUI INTERVIENT AU CONTRAT ?	3
ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADMISSION / QUI PEUT ADHERER ?	4
ARTICLE 4 - FORMALITES D'ADHESION AU REGIME	4
ARTICLE 5 - EFFET, DUREE ET RENOUELEMENT DE L'ADHESION	5
ARTICLE 6 - DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION A DISTANCE	5
ARTICLE 7 - CAS DE DENONCIATION DE L'ADHESION	5
ARTICLE 8 - MODALITES, EFFETS ET CONSEQUENCES DE LA DENONCIATION	6
ARTICLE 9 - MODIFICATION DU CONTRAT	6
CHAPITRE 2 : COTISATIONS	7
ARTICLE 10 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 11 - MODIFICATION DES COTISATIONS.....	8
ARTICLE 12 - REVISION DES COTISATIONS EN CAS DE MODIFICATION DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES	8
CHAPITRE 3 : PRESTATIONS	8
ARTICLE 13 - DEFINITION DE LA GARANTIE	9
ARTICLE 14 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS.....	9
ARTICLE 15 - PRECISIONS RELATIVES AUX GARANTIES	10
ARTICLE 16 - REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE	18
ARTICLE 17 - DELAIS ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	18
ARTICLE 18 - INDUS	19
ARTICLE 19 - REVISION DES PRESTATIONS	19
ARTICLE 20 - EXCLUSIONS	19
CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES	20
ARTICLE 21 - DEFINITIONS.....	20
ARTICLE 22 - PRESCRIPTION.....	20
ARTICLE 23 - SUBROGATION	21
ARTICLE 24 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE DE L'ASSURE	21
ARTICLE 25 - CONTROLES	21

ARTICLE 26 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PREVENTION DE LA CORRUPTION.....	22
ARTICLE 27 - INFORMATIQUE ET LIBERTES.....	22
ARTICLE 28 – RECLAMATIONS	23
ARTICLE 29 - AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE.....	23
ANNEXE – PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR	25

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES - ADHESION

Article 1 - Objet

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, des bénéficiaires, de leur assurer ainsi qu'éventuellement à leur famille, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale française.

Il s'agit d'un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par l'APSME auprès de la MBTP.

Les Bénéficiaires des garanties sont dénommés « membres participants » dans la présente notice.

Les remboursements sont pris en charge dans la limite des garanties et des niveaux choisis, indiqués sur le bulletin d'adhésion.

Loi Madelin

La complémentaire santé TNS est éligible aux avantages fiscaux de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « loi Madelin ».

Ainsi, vous bénéficiez de la déductibilité fiscale Madelin :

- Sur la part de votre cotisation en tant que travailleur non salarié non agricole et,
- Sur celle de vos ayants droit figurant en tant que tels sur votre carte d'assuré social.

Pour en bénéficier, vous devrez être en mesure de justifier auprès de la MBTP, à la date de votre adhésion à la garantie et lors du renouvellement de votre adhésion, que vous êtes à jour du paiement de vos cotisations obligatoires d'assurance maladie et vieillesse.

Article 2 - Qui intervient au contrat ?

L'Organisme assureur : MBTP SE, Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du

livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé 5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon cedex 07

Le Souscripteur : l'Association de Prévoyance Sociale Mutuelle Mieux-Etre (APSME), association régie par la loi du 1er juillet 1901, sise 171 avenue Ledru-Rollin 75544 Paris cedex 11.

Le membre participant (Adhérent) : personne physique, membre de l'APSME, domiciliée en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), qui adhère au contrat, en accepte toutes les clauses et paye les cotisations d'assurance.

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

Les ayants droit peuvent être :

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 (PACS) 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 trois (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 et est celle retenue.

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).

Le membre participant est tenu d'informer la Mutuelle, dans le mois qui suit l'événement, lorsqu'un changement intervient dans sa situation de famille (mariage, naissance, décès, divorce, appartenance du conjoint à un contrat obligatoire...) ainsi qu'en cas de changement de domicile. Ces événements sont susceptibles d'avoir un impact sur le montant de la cotisation.

Il en va de même si le membre participant ou l'un de ses ayants droit quitte définitivement la France métropolitaine ou un département d'outre-mer.

Tant que l'adhésion n'est pas acceptée par la Mutuelle, il est qualifié de personne proposée à l'adhésion.

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties et ayant un impact tarifaire doit être notifiée à la Mutuelle en utilisant le Bulletin individuel d'affiliation/radiation.

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires. De même, la

cessation ou la suspension de la garantie frais de santé pour le membre participant s'applique également aux ayants droit de celui-ci.

Article 3 - Conditions d'admission / Qui peut adhérer ?

L'adhésion est ouverte aux conditions suivantes :

- Être âgé au minimum de 16 ans et au maximum de 78 ans (inclus).
- Résidant en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), ,
- Relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire de Sécurité sociale français,
- **Exerçant une activité non salariée non agricole** dont les résultats sont imposables à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou dans celle des bénéfices non commerciaux ou ayant la qualité de dirigeant non-salarié de société soumise à l'impôt sur les sociétés.

Condition propre aux travailleurs non-salariés

Lorsque le membre participant ou son conjoint relève du régime général des travailleurs non-salariés, il devra produire, lors de l'adhésion, puis à chaque date anniversaire du contrat, des attestations émanant de ses régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse confirmant qu'il est à jour de ses cotisations.

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du Bulletin d'adhésion signé et à la fourniture des pièces justificatives demandées.

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

Article 4 - 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 postale.

Article 5 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

Préalablement à son adhésion, le futur Adhérent reçoit de la Mutuelle : les statuts de la Mutuelle, 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 / résiliation valablement exercé.

Article 6 - 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 calendaires révolus 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 - Service Relation Client - 5 rue Jean Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 07.

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

« Je soussigné(e) M. /Mme
(nom, prénom, n° d'adhérent) demeurant
au..... (adresse) déclare,
conformément l'article L. 221-18 du Code de la
mutualité, renoncer à mon adhésion.

Fait à.....
le
(Date et signature) ».

La MBTP rembourse les sommes versées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la notification.

En cas d'exercice de votre faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la notification.

Article 7 - Cas de dénonciation de l'adhésion

L'adhésion prend fin :

- en cas de dénonciation par l'Adhérent, au 31 décembre de chaque année, en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance,
- dès que l'Adhérent cesse d'appartenir aux personnes assurables,
- Le jour où l'Adhérent n'est plus en mesure de fournir à la MBTP toute pièce justificative permettant d'attester de la régularité de sa situation vis-à-vis du régime obligatoire de Sécurité sociale,
- en cas de non-paiement de la cotisation conformément à l'article L.221-8 du Code de la mutualité,
- en cas de résiliation du contrat collectif par le Souscripteur,
- en cas de perte de la qualité de membre de l'APSME,
- en cas de décès de l'Adhérent,
- à la date d'effet de l'adhésion à un contrat de Complémentaire Santé Solidaire (CSS),
- en cas de dénonciation par l'Adhérent en cours d'année, après un délai préalable

d'un an minimum d'affiliation au contrat. La dénonciation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation par la Mutuelle.

La demande de dénonciation adressée par l'Adhérent peut se faire selon l'une des modalités prévues à l'article L. 221-10- 3 du code de la mutualité ou directement sur le site internet de MBTP dans l'onglet : mutuelle-mbtp.com/résiliation.

Les membres participants autres que l'Adhérent cessent de pouvoir bénéficier de l'affiliation dès qu'ils cessent de remplir les conditions pour être assurables.

L'Adhérent s'engage à ne plus utiliser l'attestation de droit tiers payant.

Article 8 - Modalités, effets et conséquences de la dénonciation

8-1. Modalités de dénonciation

L'affiliation peut prendre fin :

- Au 31 décembre de chaque année ultérieure à la prise d'effet de l'affiliation, 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 deux (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 d'un (1) an à compter de la première année de souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prendra effet un (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 d'un (1) an à compter de la première année de souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prendra effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'Adhérent.

8-2. Prononciation de la dénonciation

La dénonciation par MBTP est prononcée :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 10.
- en cas de nullité de l'assurance dans les conditions prévues à l'article 24.

8-3. 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 trois (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.

Article 9 - Modification du contrat

Le contrat peut faire l'objet de modifications par accord entre la Mutuelle et le Souscripteur. Dans ce cas, la Mutuelle informe les Adhérents de ces modifications. Si l'Adhérent n'accepte pas ces modifications, il peut dénoncer son contrat dans le mois suivant la notification des modifications. La dénonciation de votre adhésion prendra effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la lettre ou à compter de la date d'effet de ladite modification apportée si elle est postérieure.

Le paiement de la première cotisation exigible à compter de la date de mise en application des modifications vaut acceptation de celles-ci.

CHAPITRE 2 : COTISATIONS

Article 10 - Montant et paiement des cotisations

10-1. Périodicité

Les montants, les taux de cotisations et la périodicité 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). Le prélèvement automatique est obligatoire si l'Adhérent opte pour un paiement mensuel.

10-2. Montant des cotisations

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

L'âge est déterminé par la différence de millésimes entre l'année d'assurance concernée et l'année de naissance.

En cas de modification du foyer familial en cours de contrat (par exemple : naissance d'un enfant, décès du membre participant ou d'un ayant droit, etc...) le montant des cotisations s'en trouvera modifié à compter de l'événement qui y donne naissance, sur présentation des justificatifs.

La modification du nombre de bénéficiaire(s) peut donner lieu à l'émission d'un bordereau rectificatif de cotisations.

10-3. Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours calendaires 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 trente (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 trente (30) jours calendaires prévu ci-avant. **La Mutuelle adresse à l'Adhérent une mise en demeure l'informant qu'au terme d'une période de quarante (40) jours calendaires 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.

10-4. 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.

10-5. 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.

10-6. Date d'effet – renouvellement de l'adhésion

Les garanties s'appliquent au plus tôt le lendemain suivant la date de réception du bulletin individuel d'affiliation signé ou à partir de la date d'effet postérieure souhaitée apposée sur le bulletin individuel d'affiliation (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 11 - Modification des cotisations

11-1. 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 la 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.

11-2. 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.

Article 12 - 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 3 : PRESTATIONS

Article 13 - 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 au barème des 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.

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 des garanties. **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 14 - Choix du niveau des prestations

L'Adhérent choisit son niveau de garanties lors de son affiliation. Les prestations garanties de

ces différents niveaux sont définies dans le barème des garanties annexé au bulletin individuel d'affiliation.

Ce choix vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.

Le produit est composé de deux gammes, une dite « **Classique** » et une **Seniors**.

14.1. GAMME CLASSIQUE

Conditions d'âge : le membre participant, et son conjoint le cas échéant doivent être âgés au minimum de 16 ans et au maximum de 78 ans (inclus).

L'Adhérent choisit son niveau de garanties lors de son adhésion. Certains niveaux de garanties incluent des renforts pour les postes optiques et/ou dentaires.

Modification de formule de garanties en cours d'adhésion

Le changement de niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse) est possible au 1er janvier de l'année suivante sous réserve :

- d'en faire la demande avant le 31 octobre (hors modification de situation de famille du membre participant telle que décrite ci-dessous),
- que le membre participant paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties et que la Mutuelle accepte la modification,
- que les limites d'âge d'accès aux garanties soient respectées lors de la modification de la garantie.

Attention cependant : le membre participant perd le bénéfice de l'antériorité concernant les plafonds de prothèses dentaires et des garanties acquises à compter de la deuxième année d'adhésion et se voit appliquer le plafond de la première année du nouveau niveau dans les cas suivants :

- en cas d'augmentation de garantie de plus d'un niveau,
- en cas de modification de garantie consistant à aller d'un niveau de gamme **CLASSIQUE** vers une formule de la gamme **SENIORS**.

Les garanties ne peuvent être modifiées qu'une seule fois durant la vie du contrat.

En cas de réduction de garanties, il sera ensuite impossible de revenir ultérieurement à un niveau supérieur sauf exceptions listées ci-après (sur pièces justificatives) :

- Mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
- Changement de situation professionnelle du Conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'Adhérent à un contrat groupe obligatoire,
- Naissance /Adoption.

14.2. GAMME SENIORS

Conditions d'âge : le membre participant, et son conjoint le cas échéant doivent être âgés au minimum de 50 ans et au maximum de 78 ans (inclus).

L'Adhérent choisit son niveau de garanties lors de son adhésion.

Modification de formule de garanties en cours d'adhésion

Le changement de niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse) est possible au 1er janvier de l'année suivante sous réserve :

- d'en faire la demande avant le 31 octobre (hors modification de situation de famille du membre participant telle que décrite ci-dessous),
- que le membre participant paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties et que la Mutuelle accepte la modification.

Le changement de niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse) est également possible, à tout moment, sur demande du membre participant, après un an d'adhésion.

Dans ce cas, le changement de niveau sera effectif au 1er jour du mois suivant la demande.

Plafond de prothèses dentaires :

En cas d'augmentation ou de réduction de la garantie d'un niveau seulement ; en passant par exemple du niveau 3 à 4 ou inversement, le

membre participant conserve l'antériorité acquise sur le niveau initialement souscrit.

En cas de modification de garantie consistant à aller d'une formule de la gamme SENIORS vers un niveau de la gamme CLASSIQUE, concernant les plafonds de prothèses dentaires et des garanties acquises à compter de la deuxième année d'adhésion, le membre participant perd le bénéfice de l'antériorité et se voit appliquer le plafond de la première année du nouveau niveau.

Les garanties ne peuvent être modifiées qu'une seule fois durant la vie du contrat.

En cas de réduction de garanties, il sera ensuite impossible de revenir ultérieurement à un niveau supérieur sauf exceptions listées ci-après et sur pièces justificatives :

- mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
- changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'Adhérent à un contrat groupe obligatoire,
- Naissance /Adoption.

Article 15 - Précisions relatives aux garanties

Les prestations détaillées à partir du 15.2 s'appliquent en fonction des garanties mentionnées sur votre barème des garanties.

15-1. Contrat responsable

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 le barème des garanties, 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 le barème 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.

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

De plus, MBTP s'engage à permettre aux membres participants de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties de la médecine de ville et plus largement sur l'ensemble des prestations issues du panier

de soins 100% santé, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

15-2. Soins courants

A. HONORAIRES MEDICAUX

Pour un meilleur remboursement, nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins et à choisir un médecin spécialiste ayant signé le contrat sur le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

B. FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport remboursé par la Sécurité sociale (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé).

C. PHARMACIE - MEDICAMENTS

Pas de remboursement pour les médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité Sociale sauf si cela est prévu au barème des garanties.

D. MATERIEL MEDICAL

- Grand appareillage : Il s'agit par exemple de fauteuils roulants, de lits médicalisés, (etc...)

- Petit appareillage : Il s'agit par exemple de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires, (etc...)

Dans les deux cas, la prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

A cela se rajoute, pour le grand appareillage et sous réserve que la prestation soit prévue dans le barème des garanties, un forfait annuel en euros supplémentaire.

15-3. Hospitalisation

L'hospitalisation se conçoit aussi bien en milieu hospitalier qu'à domicile. Dans les deux cas, il est nécessaire de nous adresser une facture détaillée et acquittée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit, en outre, donner lieu à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Un devis peut être réalisé à l'initiative du bénéficiaire.

A. HONORAIRES

Quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire de nous adresser le reçu d'honoraires du praticien.

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

B. FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Cela concerne la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé ainsi que les maisons de convalescence.

C. FORFAIT PATIENT URGENCES

Il s'agit de la participation aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

D. FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

Les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés dans la limite du ticket modérateur, soit 100% de la BR moins le remboursement de la Sécurité sociale.

E. PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS

La participation forfaitaire (qui s'applique aux actes et frais dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60) est prise en charge à 100% des frais réels.

F. CHAMBRE PARTICULIERE

La prestation (hospitalisation ou ambulatoire) s'entend par jour et par bénéficiaire dans la double limite des frais engagés et du nombre de jours par hospitalisation selon la garantie prévue au contrat.

G. NUITEE D'ACCOMPAGNEMENT

Cette nuitée à l'hôpital ou en clinique comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir.

La prestation s'entend par jour et par bénéficiaire dans la double limite des frais engagés et du nombre de jours par hospitalisation selon la garantie prévue au contrat.

L'accompagné doit remplir les critères d'âge indiqués au barème de garantie.

H. TELEVISION ET TELEPHONE

Cette prestation intervient dès le quinzième jour d'hospitalisation. Elle s'exprime en euros par jour et par bénéficiaire dans la limite d'un forfait maximum en euros.

I. FRAIS DE SEJOURS EN MAISONS D'ACCUEIL HOSPITALIERES

La prestation s'entend par jour et par bénéficiaire dans la double limite des frais engagés et des 15 jours par séjour selon la garantie prévue au contrat.

Cela concerne les séjours réalisés dans :

- Les établissements adhérant à la Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières (FMAH) dont la liste est accessible sur www.fmah.fr ;
- La Maison de Répit de Lyon (www.maison-repit.fr).

Peuvent prétendre à en bénéficier :

- l'assuré ou l'ayant droit au sens du présent contrat séjournant en maison d'accueil recevant des soins ou examens médicaux hospitaliers ne nécessitant pas ou plus d'hospitalisation ;
- l'accompagnant de l'assuré, ou de l'ayant droit. L'accompagnant doit être assuré ou ayant droit au sens du présent contrat.

Lorsque plusieurs personnes accompagnantes d'un même malade sont hébergées simultanément dans un établissement d'accueil, la prise en charge est limitée à 3 accompagnants.

Le remboursement de tout ou partie des frais de séjour engagés par le bénéficiaire (comprenant uniquement l'accueil, l'hébergement et le petit déjeuner) est conditionné à la présentation de la facture acquittée de l'établissement d'accueil (précisant le montant de la participation de la Sécurité sociale).

15-4. Optique

A. MONTURE ET VERRES

Lors de chaque achat d'équipement, le membre participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au barème des garanties.

Un devis peut être réalisé à l'initiative du bénéficiaire.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Le membre participant qui se rend chez un opticien ne pratiquant pas le tiers payant pourra transmettre préalablement un devis papier à MBTP pour avoir une estimation de son remboursement selon les garanties prévues au contrat.

Sauf dispositions contraires figurant au barème des garanties, les prestations de ce poste s'expriment en forfait en euros par équipement (monture et verres).

Les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire (ramené à un an pour les assurés de moins de 16 ans).

Le remboursement effectué par la mutuelle est déduit du remboursement effectué par la Sécurité sociale et limité au forfait en euros figurant sur le barème des garanties.

Cette période de 2 ans (ou d'un an) s'apprécie à la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées dans l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres. L'évolution de la vue doit être justifiée soit avec une nouvelle prescription soit dans le cadre d'un renouvellement par un opticien.

Pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période de 6 mois, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible

sans délai, sur présentation d'une prescription médicale portant la mention de l'existence d'une situation médicale particulière, dans les situations médicales suivantes : troubles de réfraction associés à une pathologie générale ou ophtalmologique ou encore associés à la prise de médicaments au long cours (cas listés dans l'arrêté du 3 décembre 2018 tels que glaucome, DMLA, greffe de cornée datant de moins d'un an, cancers primitifs de l'œil...).

L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les montants indiqués s'entendent, y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire et dans la limite des frais facturés.

Les corrections détaillées à l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale sont regroupés en 3 types :

Correction simple :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre $- 6,00$ et $+ 6,00$ dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $- 6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+ 4,00$ dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à $6,00$ dioptries.

Correction complexe :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de $- 6,00$ à $+ 6,00$ dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $- 6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+ 4,00$ dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à $- 6,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $6,00$ dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre $- 4,00$ et $+ 4,00$ dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $- 8,00$ et $0,00$ dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+ 4,00$ dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à $8,00$ dioptries.

Correction très complexe :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de $- 4,00$ à $+ 4,00$ dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $- 8,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+ 4,00$ dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à $- 8,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $8,00$ dioptries.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe

- ou d'un verre simple et d'un verre très complexe
- ou d'un verre complexe et d'un verre très complexe.

B. LENTILLES

La prestation lentilles est prise en charge dans la limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire sur présentation d'une ordonnance médicale. Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

Les produits d'entretien ainsi que l'adaptation ne sont pas pris en charge sauf mention contraire figurant dans le barème de garantie.

C. CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'OEIL

Si la prestation est prévue au barème des garanties, elle s'entend par œil.

Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes chirurgicaux de ce type, dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire.

L'opération de la cataracte ne sera pas prise en compte dans le cadre de la chirurgie réfractive de l'œil mais dans le cadre des actes de chirurgie classique.

15-5. Dentaire

Lors de la réalisation de travaux dentaires, le membre participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge,
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au barème des garanties (panier « modéré » et panier « libre »).

Un devis peut être réalisé à l'initiative du bénéficiaire.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

A. SOINS DENTAIRES ET INLAYS ONLAYS

Cette rubrique comprend les remboursements des soins dentaires ainsi que ceux relatifs aux inlays-onlays.

B. ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

Il s'agit de l'orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale. La prestation est remboursée dans la limite d'un pourcentage de la BR moins le remboursement de la Sécurité sociale.

C. PARODONTOLOGIE, SCELLEMENT DES SILLONS, PATCHS BLANCHISSANTS

Si ces prestations, non prises en charge par la sécurité sociale, sont prévues au barème des garanties, elles peuvent être prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

Il conviendra d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

D. PROTHESES

Une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles lorsque cette mention figure sur le barème des garanties. Les dents visibles sont les incisives, les canines et les prémolaires. Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 et 25 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 et 45 (bas). Les dents non visibles telles que les molaires ne font l'objet d'aucune majoration de remboursement. Il s'agit des dents portant les numéros : 16, 17, 18, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 36, 37, 38, 46, 47 et 48 (bas).

E. PROTHESES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

La rubrique « prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale » concerne exclusivement les bridges composés de deux piliers de bridge et d'un intermédiaire de bridge. La Base de Remboursement (BR) pour cet intermédiaire de bridge (variable de 1 à 3 dents maximum) et pour chacun des piliers de bridge est alors de 93 €.

Les piliers et intermédiaires de bridges supplémentaires ne sont pas remboursés de même que les bridges implanto-portés et toute

autre prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale.

F. ORTHODONTIE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

La participation de la MBTP est versée à la fin de chaque semestre de traitement (dit semestre actif) ou à la fin de l'année de contention.

Pour ces traitements non pris en charge ou partiellement par la Sécurité sociale, l'intervention de la MBTP, qui se fait sur une base de remboursement reconstituée (on fait comme s'il y avait eu une prise en charge de la Sécurité sociale), est limitée aux 4 premiers semestres. Ainsi, ne seront pas pris en charge les semestres au-delà du 4ème, correspondants à :

- la poursuite d'un traitement, et ce indépendamment du changement d'orthodontiste (quand bien même pour lui ce serait le 1er semestre),
- un nouveau traitement faisant suite à un premier traitement non adapté.

Et cela que tout ou partie des 4 premiers semestres aient été pris en charge par MBTP ou un assureur antérieur.

Pour les travaux de maintien, notre intervention est limitée à une année de contention.

Pour obtenir le remboursement, il est nécessaire d'adresser à la MBTP une note d'honoraires détaillée et acquittée précisant quel est le semestre de traitement concerné (1er, 2ème, 3ème ou 4ème) et les dates de début et de fin de semestre ou de l'année de contention.

G. IMPLANTOLOGIE

La prestation d'implantologie est prise en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par implant et par bénéficiaire, avec un plafond annuel d'implants.

Elle concerne exclusivement l'implant ; les frais annexes (piliers sur implant, faux moignons, scanner en 3D, frais de salle) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

Il conviendra d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

15-6. Aides auditives

Lors de chaque achat d'équipement, le membre participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au barème des garanties.

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil.

Cette période de 4 ans s'apprécie à la date de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

Le délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Un devis peut être réalisé à l'initiative du bénéficiaire.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

15-7. Prestations complémentaires

A. PROFESSIONNELS DE SANTE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un acupuncteur, d'un pédicure-podologue, d'un étiope, d'un chiropracteur, d'un diététicien-nutritionniste, d'un psychomotricien, d'un psychologue, ou d'un psychothérapeute.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées plus haut.

Un numéro ADELI ou RPPS est également obligatoire pour obtenir un remboursement sauf pour les étiope et acupuncteurs.

Ces séances seront prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par séance et par bénéficiaire, avec un plafond

annuel de séances valable pour l'ensemble de ces professionnels.

B. SEVRAGE TABAGIQUE

Cette prestation est prise en charge par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

Sont concernés tous les substituts nicotiniques. Il peut s'agir de gommes à mâcher, de patchs anti-tabac ou de cigarettes électroniques hors recharge.

Il peut s'agir aussi de séances d'acupuncture, d'hypnose ou de coaching dès lors qu'elles ont pour finalité le sevrage tabagique (dans ce cas la facture devra le préciser).

C. VACCINS PRESCRITS ET NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

La prestation est prise en charge par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

Ces vaccins sont les vaccins du voyageur (prescrits par un médecin dans le cadre d'un voyage à l'étranger) et le vaccin anti grippe à l'exclusion de tout autre vaccin qui pourrait être couvert par les prestations liées à la prévention. Seuls les médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques ayant fait l'objet d'une prescription médicale et achetés en pharmacie sont concernés.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement (prescription + facture acquittée) sont à joindre à toute demande de remboursement.

D. ALLOCATION MATERNITE

Cette allocation est payée autant de fois qu'il y a de naissances. Elle est payée aussi en cas d'adoption.

Il convient de nous adresser une copie du livret de famille, un acte de naissance ou un jugement d'adoption plénière.

E. MATERNITE (PROTOCOLES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE)

Les frais liés aux amniocentèses non prises en charge par la Sécurité sociale (par exemple le

Dépistage Prénatal Non Invasif) ainsi qu'aux Fécondations In Vitro non prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursés par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros et par an.

Pour les Fécondations In Vitro (FIV), la prestation est limitée à 2 FIV par an.

Il conviendra d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements et des tentatives.

F. CONTRACEPTION PRESCRITE ET NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

Les documents justificatifs servant de base au remboursement (prescription + facture acquittée) sont à joindre à toute demande de remboursement.

G. COMPLEMENT EQUIPEMENTS POST CANCER

Sitôt les séances de rayon ou de chimiothérapie prescrites, le membre participant bénéficie d'une allocation déclenchée sur facture pour faire face aux dépenses en lien avec sa pathologie en vue de l'amélioration de son confort.

Ces prestations portent exclusivement sur un complément de prothèses capillaires, un complément de prothèses mammaires et l'achat de lingerie post mastectomie.

H. CURE THERMALE

Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale (hors hébergement, transport ou complément tarifaire).

En cas d'interruption de la cure du fait du bénéficiaire avant la fin de la date déterminée par la Sécurité sociale, l'allocation sera alors proratisée en fonction du nombre de jours de cure par rapport au nombre de jours attribués par la Sécurité sociale.

Lorsque la cure thermale se déroule dans le cadre d'une hospitalisation, les prestations relèveront exclusivement de la rubrique hospitalisation.

Article 16 - Remboursement des frais de santé

16-1. Fait Générateur / période de garantie

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 effective de suspension ou de cessation des garanties 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.

16-2. - Montant des Remboursements

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. **Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.**

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.

16-3. 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 17 - Délais et modalités de règlement des prestations

17-1. Modalités

La Mutuelle règle les prestations frais de santé par virement sur le compte bancaire ou postal après réception des décomptes faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses d'assurance maladie et ne nécessitant pas de contrôle préalable ainsi que de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement.

17-2. 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 ».

Ces justificatifs seront adressés à MBTP dans leur version originale par voie postale à MBTP - service Relation Client – 5 rue Jean-Marie Chavant - 69369 Lyon Cedex 07, ou dans leur

version électronique issue du site Ameli. **Les demandes doivent être adressées à la Mutuelle au plus tard deux (2) ans après la date des soins.**

Article 18 - 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.

Article 19 - Révision des prestations

19-1. 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.

19-2. 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.

Article 20 - 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 barème 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 barème 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 barème 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...).

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de sa prévaloir de ces exclusions.

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 21 - Définitions

Régime obligatoire : régime légal français de protection sociale auquel est obligatoirement affilié le Bénéficiaire.

Base de Remboursement (BR) : La base du remboursement est le tarif à partir duquel vos remboursements sont calculés. Un taux de prise en charge est appliqué à cette base. Ce taux varie selon la nature de vos frais de santé et votre situation médicale (voir ameli.fr).

Ticket modérateur ('TM') : c'est la différence entre la base de remboursement

et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Sécurité Sociale : Dans la présente notice d'information, le terme de Sécurité sociale représente tous les régimes légaux obligatoires.

Article 22 - Prescription

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

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (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 dix (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.

Article 23 - 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 24 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte de l'Assuré

24-1. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré

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.

24-2. Omission ou déclaration inexacte de l'Assuré

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 dix (10) jours calendaires 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 25 - Contrôles

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 d'un (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 26 - 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 27 - 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) délégataire(s) de gestion, au réassureur, à l'assisteur, 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 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 28 – 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.

Médiation

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/>.

Article 29 - 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.

ANNEXE – PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Si au moment de l'affiliation, les garanties présentées ci-après figurent dans le barème des 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, étiope, 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
Complément équipements post cancer		Prescription médicale + facture concernant l'achat de prothèses capillaire, mammaires et l'achat de lingerie post mastectomie.