

MBTP

Notice d'information

Complémentaire Santé

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

Cette notice d'information (**MBTP – Notice Complémentaire santé - Collectif**) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par votre entreprise 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 parfois « la Mutuelle » ou « MBTP ».

Elle 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.**

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, est un résumé des dispositions contractuelles applicables aux garanties souscrites par votre entreprise, ci-après dénommée parfois « l'Adhérent » et dont vous bénéficiez.

Nous restons à votre entière disposition pour vous communiquer tout renseignement dont vous pourriez avoir besoin concernant votre régime de frais médicaux.

Sommaire

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1 - Objet.....	3
Article 2 - Membres participants.....	3
Article 3 - Ayants droit.....	3
Article 4 - Conditions d'affiliation	4
Article 5 - Ouverture des garanties	4
Article 6 - Cessation des garanties	4
Article 7 - Suspension des garanties.....	5
Article 8 - Maintien des garanties.....	5
Article 9 - Portabilité des droits	5
Article 10 – Définition de la garantie.....	7
CHAPITRE 2 : COTISATIONS.....	7
Article 11 - Montant et paiement des cotisations.....	7
Article 12 - Défaut de paiement des cotisations	8
CHAPITRE 3 : GARANTIE ET PRESTATIONS	8
Article 13 - Surcomplémentaire.....	8
Article 14 – Extension Famille.....	10
Article 15 - Effet de la cessation de la garantie	11
Article 16 - Indus.....	11
Article 17 - Montant des remboursements	12
Article 18 - Pluralité d'assurances.....	12
Article 19 - Précisions relatives aux garanties.....	12
Article 20 - Délais et modalités de règlement des prestations	19
Article 21 - Exclusions	19
CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES.....	20
Article 22 – Définitions	20
Article 23 - Prescription.....	20
Article 24 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption.....	21
Article 25 - Contrôle	21

Article 26 - Subrogation	21
Article 27 - Contrôle de la Mutuelle	22
Article 28 - Réclamations	22
Article 29 – Informatique et liberté	22
Article 30 – Obligations d’information du membre participant.....	23
ANNEXE – PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR	25

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

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 de garanties), pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examen de laboratoire, de prothèses et d'appareillages restant à la charge de du membre participant après intervention du régime obligatoire de Sécurité sociale et engagés pendant la période de garantie.

Article 2 - Membres participants

Sont garantis tous les salariés de l'entreprise appartenant aux catégories de personnel dans le contrat souscrit par l'entreprise et ci-après dénommés « membres participants ». Il s'agit d'une adhésion collective à caractère obligatoire.

Sont aussi garantis les anciens salariés (et leurs Ayants droit déjà affiliés à la date de la radiation) bénéficiaires au titre de la portabilité des droits en matière de protection sociale dans les conditions prévues à l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale pour une durée maximale de 12 mois, dans la limite de la durée du ou des derniers contrats de travail consécutifs au sein de l'entreprise. Cette durée est appréciée en mois, dès le premier mois, et le cas échéant arrondie au nombre supérieur.

Article 3 - Ayants droit

Les éventuels ayants droit affiliés via le Bulletin individuel d'affiliation, 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 régi par les articles 515-1 à 515-7 et 462 du Code civil ;
- à défaut de conjoint ou de partenaire, le concubin du membre participant, à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de moins de 3 mois de domicile commun

(facture d'électricité, de téléphone fixe, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité sociale fait foi.

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

- Les enfants chômeurs de moins de 21 ans. Ils sont garantis sur production, lors de chaque demande de remboursement, d'un justificatif de leur inscription au Pôle Emploi à la date des soins et d'une attestation de non-indemnisation du Pôle Emploi
- Les enfants jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures ou s'ils sont sous contrat de formation (sous réserve de production d'un certificat de scolarité ou de formation et à condition que leur rémunération mensuelle brute soit strictement inférieure à 55% du SMIC),
- Les enfants infirmes majeurs du membre participant, de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge du membre participant au sens de la législation sociale et fiscale en vigueur (ils sont garantis sous réserve de production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et sous réserve d'un taux d'incapacité au moins égal à 80 %).

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

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 4 - Conditions d'affiliation

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

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

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à MBTP qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, MBTP en poursuit le recouvrement.

Article 5 - Ouverture des garanties

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

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

- A la date d'effet de l'adhésion.

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

- À sa date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer si son bulletin individuel d'affiliation est reçu par MBTP dans les 30 jours suivant cette dernière date ;

- Dans le cas contraire, à la date de réception de ce bulletin.

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

Article 6 - Cessation des garanties

La garantie cesse pour chaque Membre participant à zéro heure :

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

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

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

prendra effet 1 mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'Adhérent.

En plus des cas listés ci-dessus, il existe un cas propre à la surcomplémentaire :

- à la date d'effet de la modification du contrat collectif obligatoire, si celle-ci ne laisse aucun niveau éligible en surcomplémentaire ou si celle-ci est jugée suffisante par l'assuré.

A compter de la date des cessations des garanties, l'attestation de droits tiers payant ne doit plus être utilisée et doit être détruite.

La cessation des garanties s'entend du contrat collectif base, de la surcomplémentaire et de l'extension famille.

Article 7 - Suspension des garanties

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

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

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que la Mutuelle en soit informée **dans un délai de 10 jours** suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par la Mutuelle de la déclaration faite par l'entreprise.

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

Enfin, les garanties sont suspendues en cas de refus de se soumettre à un contrôle.

La suspension des garanties s'appliquera sur le

contrat collectif base, la surcomplémentaire et l'extension famille.

Article 8 - Maintien des garanties

1. Maintien d'une couverture au profit des anciens salariés et de leurs bénéficiaires

La Mutuelle maintient une garantie de prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

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

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

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

2. Pour les autres cas (lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit ne remplit plus les conditions au maintien des prestations du présent contrat), la Mutuelle tient à votre disposition un choix de contrats individuels, avant même que ne cessent les garanties issues du présent contrat.

Article 9 - Portabilité des droits

9-1. Conditions au maintien de l'affiliation

La Mutuelle maintient, au titre de la portabilité des droits, les garanties des anciens salariés de l'entreprise (et de leurs Ayants droit déjà affiliés à la date de la radiation) pour une durée maximale de 12 mois, dans la limite de la durée du ou des derniers

contrats de travail consécutifs au sein de l'entreprise. Cette durée est appréciée en mois, dès le premier mois, et le cas échéant arrondie au nombre supérieur.

Pour bénéficier du maintien des garanties, les anciens salariés doivent avoir ouvert leurs droits à la couverture du présent règlement avant la cessation du contrat de travail et être pris en charge par l'assurance chômage. Le service des prestations est conditionné à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à l'ouverture du maintien des droits et tous les mois au cours du maintien.

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

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

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

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

La portabilité sera appliquée au membre participant à partir des éléments connus au sein de la DSN et sous réserve de réception des justificatifs de situation correspondants.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

Il incombe à l'entreprise d'informer le membre participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

En tout état de cause, l'affiliation du membre participant cesse de plein droit :

- **à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de frais de santé, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;**
- **en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;**
- **en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée à l'article obligations déclaratives de la présente notice.**
- **en cas de suspension des garanties ou de la résiliation du contrat collectif, quelle qu'en soit la cause.**

9-2. Obligations déclaratives

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, le membre participant s'engage à fournir à la Mutuelle :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- au cours de la période de maintien des garanties, l'attestation de paiement des allocations chômage, le justificatif d'indemnisation de l'arrêt maladie par la Sécurité sociale ou le justificatif de suivi de stage professionnel tel que susvisé.

9-3. Garanties

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Aussi, le membre participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables au membre participant.

9-4. Changement d'assureur

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

a- En tant qu'assureur sortant :

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

b- En tant que nouvel assureur :

Une fois le nouveau contrat souscrit, MBTP, à partir des éléments fournis par l'adhérent entrant, pourra se manifester auprès des anciens salariés en portabilité pour les informer du changement d'organisme assureur, des éventuelles modifications de garanties et de l'actualisation de leurs droits (signature du bulletin d'adhésion, clause bénéficiaire en prévoyance, etc.).

Article 10 – Définition de la garantie

Les dépenses médicales effectuées lors d'un séjour temporaire à l'étranger ne seront prises en charge qu'à la condition de donner lieu à un remboursement effectif du régime obligatoire de la Sécurité sociale française : les garanties du contrat pour lesquelles cette dernière n'intervient pas ne sont accordées par MBTP que lorsque les dépenses sont effectuées sur le territoire de la France métropolitaine ou les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM). Les remboursements seront effectués en euros et selon les garanties prévues 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 sera plafonnée à 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française, Sécurité sociale incluse.

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

Le membre participant s'engage à informer la MBTP de tout changement de domicile dans les plus brefs délais de sa nouvelle adresse par lettre recommandée, envoi recommandé électronique ou via son espace digital personnel.

À défaut, les lettres adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets. Il en va de même pour l'adresse mail de contact communiquée par le membre participant à la Mutuelle.

CHAPITRE 2 : COTISATIONS

Article 11 - Montant et paiement des cotisations

11-1. Objet

Le paiement des cotisations ouvre droit aux garanties prévues dans le barème des garanties annexé au bulletin d'adhésion de votre entreprise.

11-2. Montant

La cotisation est exprimée :

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

Cette assiette de calcul des cotisations est fixée par référence :

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

L'assiette, les taux de cotisation, la périodicité ainsi que les montants des cotisations forfaitaires sont précisés dans le bulletin d'adhésion souscrit par l'entreprise.

11-3. Révision des cotisations

Les cotisations sont modifiées :

- À chaque échéance annuelle, compte tenu notamment des résultats techniques des garanties de même nature et des évolutions de l'assurance maladie. Il est établi annuellement un compte de résultat global pour l'ensemble des adhérents d'une même garantie. Sur la base de ce dernier, le taux de majoration complémentaire est fixé chaque année par le Conseil d'administration de MBTP. La modification du montant des cotisations prend effet à la date du renouvellement annuel de l'adhésion et ce tant pour les affiliations en cours que pour les nouvelles affiliations.
- À tout moment, lorsque des dispositions législatives et réglementaires notamment du Code de la Sécurité sociale viennent à modifier la portée des engagements de MBTP, celle-ci se réserve le droit de proposer, sur décision du Conseil d'administration, pour la date d'effet des modifications en cause, le changement en conséquence, soit des conditions d'ouverture du droit à prestations et du montant de celles-ci, soit du taux ou du montant des cotisations.
- Lorsque des dispositions législatives ou réglementaires viennent mettre à la charge de MBTP des taxes, impôts ou charges supplémentaires dont l'assiette dépend du montant des cotisations perçues par la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de majorer, sur décision du Conseil d'administration, le montant desdites cotisations à due proportion, au cours

des 6 mois suivants la publication au Journal Officiel desdites dispositions.

- En outre, par dérogation à ce qui précède, et afin de respecter ses obligations de stabilité financière notamment issues de la directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II), les montants ou les taux de cotisations pourront être modifiés à tout moment, par le Conseil d'administration. Cette modification pourra être refusée par l'entreprise qui aura la possibilité de résilier sa garantie.

Article 12 - Défaut de paiement des cotisations

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

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

Dans la lettre de mise en demeure adressée à l'entreprise, MBTP l'informe des conséquences que ce défaut de paiement entraîne sur la poursuite de la garantie. MBTP peut résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus.

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

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

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

CHAPITRE 3 : GARANTIE ET PRESTATIONS

Article 13 - Surcomplémentaire

Si vous aviez souscrit à une surcomplémentaire MBTP SANTE, les dispositions ci-dessous s'appliquent.

13-1. Principe

La surcomplémentaire peut être éligible en fonction du niveau des garanties souscrites par l'entreprise dans le cadre du contrat collectif obligatoire.

Si tel est le cas :

- Lorsque le membre participant souscrit la surcomplémentaire, il doit également couvrir **tous les membres de sa famille assurés** par le contrat collectif (y compris lorsque sa famille est couverte via l'option Extension Famille).
- Les garanties et les prestations du régime surcomplémentaire se font en différentiel des garanties de base.

Attention, il n'est pas possible au membre participant d'adhérer ou d'augmenter le niveau de ses garanties surcomplémentaires, en période de préavis ou 3 mois avant la rupture de son contrat de travail lorsque celle-ci se traduira par une rupture conventionnelle ou une fin de contrat à durée déterminée.

Si tel devait être le cas, la surcomplémentaire sera alors annulée depuis l'origine.

De même, il n'est pas possible pour le membre participant d'augmenter le niveau de ses garanties lorsque :

- **son contrat de travail est suspendu ;**
- **son contrat de travail est rompu (prolongations de garanties ou portabilité des droits).**

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par MBTP ou à la date d'effet demandée si postérieure.

L'adhésion se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de l'année suivante.

13-2. Choix des garanties

La surcomplémentaire MBTP SANTE propose plusieurs modules de garanties :

Trois modules de garanties :

Module SOINS+: comprend les prestations liées aux postes SOINS COURANTS, MEDICAMENT, HOSPITALISATION, PREVENTION (médecine douce, sevrage tabagique, vaccins non remboursés par la Sécurité sociale), MATERNITE CONTRACEPTION (Allocation maternité, Fécondation In Vitro, Amniocentèse, Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale).

Module EQUIPEMENT+: comprend les prestations liées aux postes OPTIQUE, DENTAIRE et APPAREILLAGE AUDITIF.

Module FORFAIT ALLOCATIONS + : comprend les prestations liées aux postes CURE THERMALE, ALLOCATION OBSEQUES et COMPLEMENT EQUIPEMENTS POST CANCER.

Le membre participant peut sélectionner les modules comme suit :

- SOINS+ (seul)
- EQUIPEMENT+ (seul)
- SOINS+ et EQUIPEMENT+

A chacune de ces combinaisons, il peut ajouter le module FORFAIT ALLOCATIONS + s'il le souhaite.

En fonction des garanties souscrites par l'entreprise sur le contrat collectif obligatoire, plusieurs niveaux de surcomplémentaires peuvent être éligibles.

Dans ce cas :

- Le choix des modules de garanties doit se faire sur un seul et même niveau.
- Ce choix s'appliquera à l'ensemble de la famille du membre participant (si celle-ci est couverte dans le cadre du régime collectif obligatoire, ou via l'option Extension Famille).

13-3. Modification

a) A la demande du membre participant

Le changement de niveau de garanties ou de pack de garanties (à la hausse ou à la baisse) est possible au 1^{er} 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).

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

b) A la suite d'une modification des garanties du régime collectif obligatoire

La modification du régime collectif obligatoire entraînera la clôture de l'adhésion à la surcomplémentaire.

Néanmoins, le membre participant pourra reformuler sa demande d'adhésion sur un niveau identique ou sur un autre niveau (en fonction des nouvelles garanties souscrites par l'entreprise sur le contrat collectif obligatoire).

13-4. Cotisations

Le mode de cotisation proposé est une cotisation à la tête : Adulte /Enfant

Les cotisations évoluent avec l'âge du membre participant et ses bénéficiaires (Adulte de moins de 50 ans, Adulte à partir de 50 ans et Enfant jusqu'à la veille du 26^{ème} anniversaire tel que défini à l'article 2).

Elles correspondent à l'âge atteint par l'assuré et ses bénéficiaires le jour de l'adhésion, lors du changement de tranche d'âge.

Le 3^{ème} enfant et les suivants sont couverts gratuitement.

Elles sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

L'évolution du taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat collectif. Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. La Mutuelle se réserve le droit de réviser à la hausse le tarif au 1^{er} janvier, dans l'hypothèse où un déséquilibre technique du régime serait constaté.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de la Mutuelle.

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle met en demeure le membre participant, par lettre recommandée avec accusé de réception, de régler

la cotisation impayée.

Dans la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours après la date d'envoi de la lettre recommandée ou recommandée électronique, la persistance du non-paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion surcomplémentaire.

13-5. Résiliation

Le membre participant peut demander la résiliation de son adhésion à la surcomplémentaire au 31 décembre, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre et de justifier d'un an d'adhésion.

Il peut également résilier en cours d'année, après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion. Dans ce dernier cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation par la Mutuelle.

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

La résiliation du fait du membre participant ne peut se faire qu'une seule fois durant la période d'adhésion au contrat collectif.

La résiliation du contrat collectif entraîne automatiquement la résiliation des adhésions à la surcomplémentaire.

Article 14 – Extension Famille

Si vous aviez souscrit à une extension familiale, les dispositions ci-dessous s'appliquent.

14-1. Principe

L'extension famille permet au salarié couvert dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire – en cotisation « isolé » - exclusivement - de couvrir le reste de sa famille sur des garanties identiques aux siennes.

Attention, il n'est pas possible au membre participant de prendre l'extension famille, en période de préavis ou 3 mois avant la rupture de son contrat de travail lorsque celle-ci se traduira par une rupture conventionnelle ou une fin de contrat à durée déterminée.

Si tel devait être le cas, l'extension famille sera alors annulée depuis l'origine.

De même, il n'est pas possible pour le membre participant de prendre cette extension famille lorsque :

- son contrat de travail est suspendu ;
- son contrat de travail est rompu (prolongations de garanties ou portabilité des droits).

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par MBTP ou à la date d'effet demandée si postérieure.

L'adhésion se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de l'année suivante.

14-2. Choix des garanties

Les garanties souscrites dans le cadre de l'extension famille sont strictement identiques à celles du salarié.

14-3. Modification

La modification du mode de cotisation par l'entreprise entraînera la clôture de l'extension famille.

En cas de modification des garanties du régime collectif obligatoire, la modification s'appliquera automatiquement à l'extension famille (y compris la mise à jour des conditions tarifaires). Néanmoins, le salarié pourra demander à mettre fin à son adhésion dans un délai d'un mois après la modification, la résiliation prendra effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande du membre participant.

14-4. Cotisations

Le mode de cotisation proposé est une cotisation à la tête : Conjoint / Enfant :

- Le 3^{ème} enfant et les suivants sont couverts gratuitement,
- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement,
- L'évolution du taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat collectif. Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. La Mutuelle se réserve le droit de réviser

à la hausse le tarif au 1^{er} janvier, dans l'hypothèse où un déséquilibre technique du régime serait constaté.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de la Mutuelle.

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle met en demeure le membre participant, par lettre recommandée avec accusé de réception, de régler la cotisation impayée.

Dans la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours après la date d'envoi de la lettre recommandée, la persistance du non-paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion surcomplémentaire.

14-5. Résiliation

Le membre participant peut demander la résiliation de son adhésion à l'extension famille au 31 décembre, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre et de justifier d'un an d'adhésion.

Il peut également résilier en cours d'année, après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion. Dans ce dernier cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation par la Mutuelle.

La demande de résiliation adressée par le membre participant peut se faire selon l'une des modalités prévues à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité, directement depuis l'espace client digital, ou sur le site internet de MBTP.

La résiliation du fait du membre participant ne peut se faire qu'une seule fois durant la période d'adhésion au contrat.

Le membre participant ne pourra plus revenir à cette extension sauf exceptions listées ci-après :

- Mariage/divorce, PACS, 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,
- Changement de la situation d'un enfant ne justifiant plus sa prise en charge,
- Naissance / Adoption.

Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit la demande du membre participant, accompagnée des pièces

justificatives (sauf en cas de naissance ou adoption pour lesquels les garanties s'appliquent immédiatement).

La résiliation des garanties ou du contrat collectif base entraîne automatiquement la résiliation des adhésions à l'extension famille.

Article 15 - Effet de la cessation de la garantie

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le bulletin d'affiliation du membre participant et la date de suspension ou de cessation des garanties telles que définies aux articles 6 et 7 de la présente notice 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 16 - Indus

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

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

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

Article 17 - Montant des remboursements

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés au barème des garanties annexé au bulletin individuel d'affiliation.

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'affiliation 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'affiliation 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 18 - Pluralité d'assurances

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

Article 19 - Précisions relatives aux garanties

Les prestations détaillées à partir du 18.2 s'appliquent en fonction des garanties mentionnées sur le barème.

19-1. 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, 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.

19-2. 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.

19-3. 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 a 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).

19-4. 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.

19-5. 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, SCHELLEMENT DES SILLONS, PATCHS BLANCHISSANTS

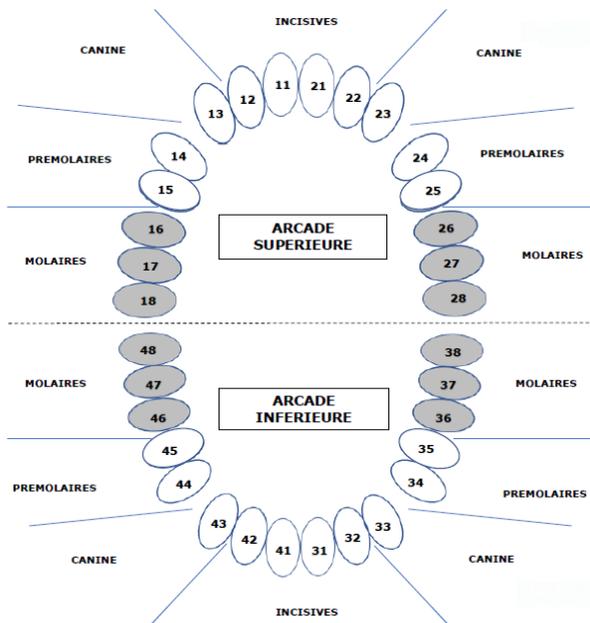
Si ces prestations, non prises en charge par la sécurité sociale, sont prévues au barème des garanties, elles peuvent être prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

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 4^{ème}, correspondants à :

- la poursuite d'un traitement, et ce indépendamment du changement d'orthodontiste (quand bien même pour lui ce serait le 1^{er} 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 de d'adresser à la MBTP une note d'honoraires détaillée et acquittée précisant quel est le semestre de traitement concerné (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème}) 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.

19-6. 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.

19-7. Prévention – Kit Confort

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 nicotiques. 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 / MEDICAMENTS HOMEOPATHIQUES / PREPARATIONS MAGISTRALES HOMEOPATHIQUES PRESCRITS ET NON REMBOURSES 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), à joindre à toute demande de remboursement, devront faire apparaître la nature homéopathique.

19-8. Maternité - Contraception

A. 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.

B. 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.

19-9. Pack Allocations

A. ALLOCATION OBSEQUES

Si la prestation est prévue au barème des garanties annexé au bulletin individuel d'affiliation, 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.

Le paiement direct auprès des pompes funèbres est possible sur présentation d'une facture accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal des pompes funèbres.

Il convient de fournir un acte de décès, la facture acquittée des pompes funèbres et le relevé d'identité bancaire ou postal de la personne ayant acquitté la facture ainsi que la photocopie de sa pièce d'identité.

B. 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.

C. 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.

Article 20 - 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 21 - 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 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...).

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 22 – 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 23 - Prescription

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

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

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où MBTP en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

La prescription peut être interrompue par :

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

Article 24 – 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 vous solliciter vous et vos Ayants droit pour la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur votre identification et celle de

vos Ayants droit, 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.

Article 25 - Contrôle

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

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

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

Ces conclusions s'imposent à l'Assuré sans qu'il puisse se prévaloir du règlement desdites prestations par la Sécurité sociale. Si l'Assuré conteste la décision du médecin ou spécialiste expert désigné par MBTP, il est tenu de la contester dans le délai de 1 mois suivant l'envoi de la notification qui lui en est faite. Dans ce cas, il a la possibilité de faire appel au médecin ou spécialiste de son choix. En cas de divergence entre le médecin ou spécialiste désigné par la Mutuelle et celui choisi par l'Assuré, ces deux médecins ou spécialistes en désigneront un troisième.

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

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

Article 26 - Subrogation

En cas d'accident, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers

responsable dans la limite des prestations qu'elle a versées à un membre participant ou à un ayant droit ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant.

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

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément à moins que les prestations versées n'indemnisent ces éléments de préjudice.

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

En effet, dans le cas de la présence d'un tiers responsable, la Mutuelle doit pouvoir se retourner vers l'assureur du tiers responsable (recours subrogatoire). Si l'assuré prive la Mutuelle de la possibilité d'exercer son recours subrogatoire, le membre participant perd le droit au versement des prestations correspondantes.

Article 27 - Contrôle de la Mutuelle

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

Article 28 - Réclamations

27-1. Réclamation

Les Membres participants du contrats collectifs ont la possibilité de formuler une réclamation en écrivant à :

MBTP - service Relation Client – 5 rue Jean-Marie Chavant - 69369 Lyon Cedex 07

par courriel à contact@mutuelle-mbtp.com, en téléphonant au **04 27 84 22 44** ou à adresser directement depuis l'espace adhérent accessible depuis le site www.mutuelle-mbtp.com.

27-2. 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 – Informatique et liberté

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'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, contrats en déshérence, fraude et lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, conformément à la réglementation en vigueur.

De plus, sous réserve du consentement exprès des Assurés, les données personnelles pourront être utilisées par la MBTP pour leur proposer des offres d'assurance adaptées à leurs besoins.

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

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

Par ailleurs, les personnes concernées disposent également de droits aux informations les concernant,

détenues par MBTP ou ses partenaires commerciaux et institutionnels. Les droits sont les suivants :

D'accès : permettant à l'Assuré d'obtenir confirmation que des données à caractère personnel le concernant sont ou ne sont pas traitées par la Mutuelle en tant que responsable de traitement ;

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

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

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

Les données collectées sont conservées sous une forme permettant l'identification des personnes physiques pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles ces données sont collectées et traitées, sauf disposition contraires du droit de l'Union européenne ou du droit français.

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

faire l'objet de prospection commerciale par démarchage téléphonique.

Article 30 – Obligations d'information du membre participant

Le Membre participant s'engage à :

- Informer MBTP de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers ; la Mutuelle étant subrogée de plein droit à l'Assuré, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées ;
- Informer MBTP, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif,
- Restituer la carte de tiers payant qui lui a été remise par MBTP, lorsqu'il n'appartient plus à la catégorie de personnel assurée définie au bulletin d'adhésion ou en cas de rupture de son contrat de travail. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire ;
- Informer MBTP de la cessation de ses droits à l'assurance chômage, lorsqu'il bénéficie du maintien de sa garantie au titre de la portabilité.
- Informer la MBTP lorsqu'un changement intervient dans la situation de famille du membre participant (mariage, naissance, décès, divorce, appartenance du conjoint à un contrat obligatoire...).
- 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 le membre participant à la Mutuelle.

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, étio-pathe, 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.