



CONTRAT D'ASSURANCE

Police de base Avenant Résultant 2017

Frais médicaux collectif
Des non-cadres et c adres

PRO BTP
SANTÉ

ENTREPRISES



PRO BTP

SOMMAIRE

Article 1 - Objet	page 3
Article 2 - Souscription des entreprises	page 3
Article 3 - Modalités de la souscription	page 3
Article 4 - Bénéficiaires	page 4
Article 5 - Date d'effet et modification de la souscription	page 6
Article 6 - Cotisations	page 6
Article 7 - Réserve	page 8
Article 8 - Terme de la souscription - Conséquences sur les prestations en cours	page 8
Article 9 - Réserve	page 9
Article 10 - Conditions d'ouverture des droits - Fait générateur	page 9
Article 11 - Maintien et cessation des garanties	page 10
Article 12 - Prestations, étendue des garanties	page 11
Article 13 - Support des remboursements	page 12
Article 14 - Plancher de versement de la prestation	page 13
Article 15 - Tiers payant	page 13
Article 16 - Réserve	page 13
Article 17 - Prescription - Déclaration tardive	page 13
Article 18 - Recours contre tiers responsable	page 14
Article 19 - Réserve	page 14
Article 20 - Réserve	page 14
Article 21 - Information des entreprises adhérentes et des salariés	page 14

Article 1

Objet

Le présent contrat est régi par le Code des assurances, et relève des branches d'agrément 1 et 2 « Accidents et Maladie » prévues à l'article R. 321-1 de ce code.

Le présent contrat a pour objet de rembourser, dans le cadre d'une couverture d'entreprise, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des salariés (ou de leurs ayants droit) par le régime de Sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées reposent sur plusieurs options modulaires avec une progression de niveaux de remboursements, ainsi que sur un ou plusieurs modules de garanties additionnelles.

Article 2

Souscription des entreprises

Toute entreprise, qui ne relève pas du Bâtiment et des Travaux publics, peut librement souscrire le présent contrat.

On entend par Bâtiment et des Travaux publics, l'ensemble des activités visées aux « Annexes I » aux accords collectifs nationaux de prévoyance du Bâtiment et des Travaux publics du 31 juillet 1968 et du 13 décembre 1990, instituant respectivement le régime national de prévoyance des ouvriers du Bâtiment et des Travaux publics, et le régime de prévoyance pour les ETAM du Bâtiment et des Travaux publics.

Article 3

Modalités de la souscription

L'acte de souscription se formalise par la signature d'un bulletin de souscription par l'entreprise.

Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définies par le présent contrat.

Pour que la souscription soit acceptée par PRO BTP ERP, l'entreprise doit s'engager à formaliser auprès de ses salariés les garanties collectives correspondant à sa souscription conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale :

- soit par accord collectif,
- ou à la suite de la ratification par les intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (référendum),
- ou par Décision unilatérale de l'employeur (D.U.E.) constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

3.1 – Caractère obligatoire de la couverture

La couverture de l'entreprise revêt un caractère obligatoire au sens de la réglementation de la Sécurité sociale.

En conséquence, tout salarié non-cadre et/ou cadre présent dans l'entreprise est obligatoirement affilié au présent contrat.

Par exception, certains salariés peuvent, à leur initiative, se dispenser d'être couverts :

- s'ils relèvent d'une des facultés de dispense prévues par l'article D. 911-2 du code de la Sécurité sociale ;
- ou s'ils relèvent d'une des autres facultés de dispense prévues par l'article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale, et que cette faculté est prévue dans l'acte juridique ayant institué la couverture (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur),
- ou s'ils étaient présents dans l'entreprise au jour de mise en place de la couverture suite à une décision unilatérale de l'employeur, et que le financement de la couverture implique une participation du salarié (application de l'article 11 de la loi du 31 décembre 1989).

3.2 – Périmètre des personnes couvertes

Lors de sa demande de souscription, l'entreprise doit choisir entre plusieurs formulations tarifaires.

Ces formulations déterminent notamment quels ayants droit (tels que définis à l'article 4 du présent contrat) peuvent être couverts.

Pour déterminer le périmètre des personnes couvertes, cinq formulations tarifaires sont proposées, avec une formulation des cotisations exprimées en euros :

- la formulation « Global famille » : dans cette solution, sont automatiquement couverts le salarié non-cadre et/ou cadre, son conjoint et ses enfants à charge ; le montant de cotisation est alors identique pour tous les salariés, quel que soit le nombre d'ayants droit qui leurs sont rattachés ;
- la formulation « Conjoint distinct » : dans cette solution, les salariés non-cadres et/ou cadres et leurs enfants à charge sont automatiquement couverts, sur la base d'un même montant de cotisation ; en complément, le conjoint peut être rattaché à la couverture moyennant une majoration du montant de cotisation.

Ainsi :

- dans la formule « Conjoint distinct - isolé », la couverture concerne le salarié non-cadre et/ou cadre et ses enfants à charge,
- dans la formule « Conjoint distinct - couple », la couverture concerne le salarié non-cadre et/ou cadre, son conjoint et ses enfants à charge.

- la formulation « Famille sans conjoint » : dans cette solution, sont automatiquement couverts le salarié non-cadre et/ou cadre et ses enfants à charge. Le montant de la cotisation, qui est identique pour tous les salariés indépendamment du nombre d'enfants à charge, correspond à celui de la formule « Conjoint distinct – isolé » définie ci-dessus ;

- la formulation « Adulte / Enfant » : dans cette solution, le montant de cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes, il correspond à la somme des éléments suivants :
 - montant de cotisation par « Adulte » multiplié par le nombre d'« Adultes » couverts,
 - montant de cotisation par « Enfant » multiplié par le nombre d'« Enfants » couverts.

Pour l'application de cette formule, il est précisé que :

- sont qualifiés d'« Adultes » le salarié non-cadre et/ou cadre ainsi que – le cas échéant – son conjoint au sens de l'article 4.1 du présent contrat, et ce quels que soient leurs âges ;
- sont qualifiés d'« Enfants » les ayant droits qui relèvent des dispositions de l'article 4.2 du présent contrat. Toutefois, lorsque la couverture d'un même foyer comprend trois enfants ou plus, seuls deux d'entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation ; tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

- la couverture « Salarié seul » : dans cette solution, seul est couvert le salarié non-cadre et/ou cadre.

Le montant de la cotisation correspond alors à celui de l'« Adulte » de la couverture « Adulte / Enfant » définie ci-dessus.

3.3 - Formalisme et enregistrement de la souscription

Lors de sa demande de souscription, l'entreprise précise notamment à PRO BTP ERP :

- la formulation tarifaire retenue (au sens de l'article 6). Si l'entreprise adhère également au règlement du régime de Frais médicaux collectifs des cadres, cette formulation tarifaire doit respecter les règles suivantes :
 - si le niveau de garanties retenu est le même pour les deux catégories de salariés cadres et non-cadres, ou si l'effectif de l'entreprise est au moins égal à 10 salariés à la date de souscription, la formulation tarifaire au sens de l'article 3.2 doit être identique pour les deux catégories de salariés ;
- le niveau des garanties retenues ;
- le mode de mise en place des garanties collectives, au sens de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale ;
- la ou les catégories couvertes (cadre et non-cadre) ;
- ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation des participants concernés.

PRO BTP ERP notifie l'enregistrement de la souscription par l'envoi à l'entreprise d'un certificat de souscription.

Article 4 Bénéficiaires

Les personnes pouvant bénéficier de prestations au titre du présent contrat - ci-après désignées les bénéficiaires - sont :

- le salarié, ou l'ancien salarié dans les cas de maintien des garanties comme prévu dans l'article 11,
- ses ayants droit, sous réserve que la formulation tarifaire retenue par l'entreprise dans son bulletin de souscription le prévoit (en application de l'article 3.2 qui précède). Sont reconnus comme ayants droit :
 - le conjoint du participant (tel que défini à l'article 4.1),
 - ses enfants à charge (tels que définis à l'article 4.2),
 - et de manière générale, toute autre personne reconnue comme son ayant droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine ou d'un régime agréé de rattachement de Sécurité sociale.

4.1 - Notion de conjoint du salarié

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le salarié ;
- à défaut, la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que le salarié ;

- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
 - b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre ;
 - c) le salarié et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union) ;
 - d) le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le salarié.

4.2 - Notion d'enfant à charge

Sont considérés comme à charge les enfants ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Sont également considérés à charge les enfants nés du salarié, ou adoptés par le salarié, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans,
 - âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis ;
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.
- Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée.
- en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
 - demandeurs d'emploi inscrits au Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée.
 - sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du salarié.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du salarié,
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la Sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent contrat.

4.3 - Modifications dans la liste de bénéficiaires

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de PRO BTP ERP.

L'entreprise adhérente est tenue de signaler chaque mois à PRO BTP ERP :

- dans le cadre du circuit de la DSN : les entrées et sorties de salarié ;
- par tout autre moyen proposé par l'assureur : toute modification du périmètre des ayants droit au titre de chaque salarié couvert, lorsque cette modification a un impact sur la cotisation.

Toute modification dans la liste nominative des ayants droit doit être déclarée à PRO BTP ERP :

- si l'entreprise a retenu une formulation tarifaire « Adulte / Enfant » : par l'entreprise ;
- si l'entreprise a retenu une formulation tarifaire « Global famille » ou « Famille sans conjoint » : par le salarié (ou par l'entreprise, si cette dernière souhaite prendre en charge cette formalité administrative) ;
- si l'entreprise a retenu une formulation tarifaire « Conjoint distinct » :
 - par l'entreprise au titre du conjoint ;
 - par le salarié (ou par l'entreprise, si cette dernière souhaite prendre en charge cette formalité administrative) au titre des enfants à charge.

La modification est prise en compte :

- lorsque la cotisation dépend de la composition familiale, à compter du 1^{er} jour où la modification de couverture des bénéficiaires est prise en compte dans la cotisation déclarée par l'employeur (sans toutefois pouvoir générer des droits à remboursements avec un effet rétroactif de plus d'un mois) ;
- dans les autres cas, au 1^{er} jour suivant la déclaration.

Toutefois, lorsque l'extension de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants - mariage, naissance, conclusion d'un Pacs - les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les trois mois qui s'ensuivent et si cet événement n'entraîne pas de modification du montant des cotisations dues.

L'entreprise qui ne respecte pas ce délai d'un mois pour informer l'assureur des sorties de bénéficiaires peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient à être effectués.

Article 5

Date d'effet et modification de la souscription

La date d'effet de la souscription - ou de toute modification ultérieure des garanties - est fixée, selon la cadence de versement des cotisations dont relève l'entreprise, au premier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande.

Lorsque l'employeur souhaite modifier sa souscription :

- pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment souscrite, cette modification prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve d'avoir été signifiée à l'assureur au moins deux mois auparavant ;
- pour une option dont le niveau est supérieur à celle précédemment souscrite, cette modification prend effet :
 - par défaut, au premier jour du trimestre qui suit la demande,
 - ou sur choix de l'entreprise, au premier jour d'un des trimestres suivants, et au plus tard au 1^{er} janvier suivant.

Dans les deux cas, l'entreprise doit :

- s'engager à formaliser auprès de ses salariés les changements de garanties collectives en résultant conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale ;
- choisir une formulation tarifaire (au sens de l'article 6) :
 - soit, identique à celle qu'elle avait avant la modification ;
 - soit, identique à celle applicable pour les salariés cadres ou non-cadres, si elle a souscrit un contrat de Frais médicaux collectifs pour les deux catégories.

La souscription est conclue jusqu'au 31 décembre de l'exercice civil, et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf terme de l'adhésion tel que défini dans l'article 8 du présent contrat.

Article 6

Cotisations

Les cotisations sont exprimées :

- en euros par jour de présence ;
- en fonction du périmètre des personnes couvertes, selon les différents formulations définies à l'article 3.2 : « Global famille », « Conjoint distinct », « Famille sans conjoint », « Adulte / Enfant » ou « Salarié seul ».

Les entreprises occupant un effectif supérieur ou égal à 10 salariés ont le libre choix de leur formulation tarifaire parmi les différentes expressions définies ci-dessus.

Les entreprises dont l'effectif est inférieur à 10 salariés peuvent choisir une formulation tarifaire parmi les 5 décrites à l'article 3.2 du présent contrat. Toutefois, pour ces entreprises, le choix du périmètre de personnes couvertes dépend du niveau de la couverture mise en œuvre :

- lorsque l'entreprise souscrit à un niveau de couverture n'excédant pas le niveau S2P2 tant pour le module « soins - hospitalisation » que pour le module « optique, prothèses et divers », elle a le choix entre les formulations « Adulte / Enfant » et « Salarié seul » ;
- dans les autres cas, elle a le choix entre les formulations suivantes : « Global famille », « Conjoint distinct », ou « Famille sans conjoint ».

6.1 - Assiette

Les cotisations dépendent du nombre de jours de présence dans l'effectif de l'entreprise de chaque salarié non-cadre ou cadre affilié au cours du trimestre écoulé.

Le calcul est réalisé par l'employeur :

- sans différencier les jours calendaires, selon qu'ils aient été ouvrés ou non ;
- sans déduction ou abattement, en cas de travail à temps partiel ;
- sans plafonnant le nombre de jours déclarés à 90 jours par salarié et par trimestre civil.

6.2 - Montant

Le montant de cotisation dépend de la combinaison retenue par l'entreprise dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'elle a choisis.

La couverture des ayants droit n'a pas d'incidence sur le montant de la cotisation, sauf lorsque l'entreprise a opté pour l'une des formulations suivantes : « Conjoint distinct » ou « Adulte / Enfant ».

Les différents montants de cotisations applicables sont fixés dans l'Annexe tarifaire.

La répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés est déterminée librement dans chaque entreprise.

Cette répartition doit toutefois respecter les principes suivants pour que la souscription soit acceptée :

- l'employeur doit assurer au minimum la moitié du financement de la couverture, en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale;
- la participation de l'employeur doit être uniforme :
 - pour l'ensemble des salariés de l'entreprise qui relèvent de la catégorie couverte (cadre et/ou non-cadre);
 - pour tous leurs conjoints et enfants à charge, lorsque la formule de cotisation retenue par l'entreprise dépend de la composition familiale.

Ces montants sont actualisés chaque année sur décision du conseil de surveillance dans les conditions suivantes :

- l'assureur peut procéder à une augmentation tarifaire annuelle plafonnée à 10 % d'une année à l'autre, dans la mesure où cette augmentation est liée :
 - à une dégradation du résultat technique – constitué par le rapport de la charge des sinistres sur le produit des cotisations – du régime mutualisé auquel l'entreprise appartient dans le cadre de l'option modulaire souscrite (augmentation de la fréquence et/ou de l'intensité des sinistres);
 - et/ou à l'évolution prévisible des dépenses de santé (consommation médicale totale);
- ce plafond pourra être porté à 15 % en cas de modifications législatives et/ou réglementaires liées à l'assurance maladie, telles que visées aux deux derniers alinéas de l'article 12;
- de même, en cas de résultat technique du régime mutualisé auquel l'entreprise appartient dans le cadre de l'option modulaire souscrite supérieur à 110 %, une augmentation tarifaire annuelle plafonnée à 15 % pourra être appliquée en vu de retrouver un résultat technique équilibré (égal à 100 %).

6.3 Réserve

6.4 - Autres dispositions relatives aux cotisations

La fraction de la cotisation à charge du salarié est précomptée et versée par l'entreprise, en tant que mandataire responsable du versement des cotisations auprès de PRO BTP ERP.

Pour s'acquitter de ses cotisations, l'entreprise a le choix entre une cadence de paiement trimestrielle ou mensuelle.

Cette cadence est obligatoirement la même pour l'ensemble des cotisations dues par l'entreprise à PRO BTP ERP.

Pour toute entreprise nouvellement adhérente auprès de l'assureur, la cadence de versement des cotisations est définie par défaut (sauf indication contraire de l'entreprise lors de sa souscription) :

- en rythme trimestriel pour les entreprises de 1 à 9 salariés;
- en rythme mensuel pour les entreprises de 10 salariés et plus.

Lorsque l'entreprise décide de changer de périodicité de versement de ses cotisations, elle doit en informer les services de gestion avant le 31 décembre de l'année en cours. Sa demande porte obligatoirement sur l'ensemble de ses cotisations dues à PRO BTP ERP ; elle est prise en compte au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Les cotisations sont exigibles le premier jour du mois suivant la période d'appel.

La date limite de paiement des cotisations est fixée au 25 du mois suivant la période mensuelle ou trimestrielle à laquelle elle se réfère.

Pour toute omission dans les déclarations servant de base à la fixation des cotisations, l'assureur peut exiger le paiement immédiat non seulement de la cotisation, mais d'une majoration de retard dont le montant, fixé par le conseil de surveillance peut atteindre la moitié de la cotisation omise.

Lorsque les erreurs ou les omissions ont, par leur nature, leur importance ou leur répétition, un caractère frauduleux, l'entreprise affiliée est tenue de verser immédiatement à PRO BTP ERP le montant des cotisations dissimulées, multiplié par un coefficient fixé par le conseil de surveillance sans pouvoir dépasser dix.

L'application de ces mesures ne préjudicie pas aux sanctions pour retard, prévues ci-dessous, et peut être poursuivie par toutes voies de droit.

6.5 - Recouvrement des cotisations

Il appartient à PRO BTP ERP de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droits. À leur date d'exigibilité, les cotisations sont appelées par PRO BTP ERP au moyen de bordereaux trimestriels, et le cas échéant, d'un appel régularisateur.

Toutes cotisations restant dues après la date limite de paiement donnent lieu à l'application de majorations de retard et à l'engagement de poursuites judiciaires, conformément aux délais de prescription prévus par la réglementation. En l'absence de toute déclaration récente, l'assiette des cotisations sera estimée par tout autre moyen d'appréciation.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de prendre toutes sûretés prévues par la loi.

Le versement des prestations est subordonné au règlement par l'entreprise de la totalité de ses cotisations au titre du contrat Frais de santé.

Toutefois, la justification du précompte des cotisations au titre du présent contrat permet de maintenir les droits du salarié non juridiquement responsable du défaut de paiement.

Article 7 **Réservé**

Article 8 **Terme de la souscription - Conséquences sur les prestations en cours**

8.1 - Terme de la souscription

Le terme de la souscription au présent contrat intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise (démission) ;
- en cas de liquidation ou de cessation d'activité de l'entreprise sans reprise de contrat de travail ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'assureur (exclusion) ;
- à la suite d'une absorption, fusion, cessation d'activité avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du Code du travail.

8.1.a) Résiliation à l'initiative de l'entreprise (démission)

Toute entreprise qui souhaite mettre un terme à sa souscription au présent contrat doit :

- signifier sa décision à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception ;
- s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale et des procédures prévues – le cas échéant – par le Code du travail.

La résiliation à l'initiative de l'entreprise (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'assureur au moins deux mois auparavant.

Par exception, la prise d'effet de démission peut être acceptée par PRO BTP ERP en cours d'exercice si l'entreprise relève d'une des situations suivantes :

- l'entreprise a été informée d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent contrat en faveur de ses salariés, et a formulé sa demande dans les 30 jours qui s'ensuivent ;
- l'entreprise a changé de secteur d'activité et relève désormais du champ du Bâtiment et des Travaux publics ;
- en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire a exercé le droit dont il dispose légalement de résilier la souscription pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement.

Dans chacune de ces situations, la démission prend effet, à partir de la date de réception de la demande écrite :

- au dernier jour du mois suivant, pour les entreprises qui occupent dix salariés ou plus ;
- ou au dernier jour du trimestre civil suivant, pour les autres entreprises ou lorsque la démission porte simultanément sur des régimes de frais médicaux cadre et non-cadre de PRO BTP ERP.

8.1.b) Terme de la souscription suite à liquidation ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail

En cas de liquidation d'une entreprise adhérente, le terme de la souscription prend effet au jour du jugement de clôture.

En cas de cessation d'activité sans reprise de contrat de travail, le terme de la souscription prend effet à la date de cessation d'activité. Cette dernière doit être notifiée à PRO BTP ERP dans le délai d'un mois qui s'ensuit, à défaut de quoi les prestations indûment versées depuis la cessation d'activité seront portées à la charge de l'entreprise.

8.1.c) Résiliation à l'initiative de l'assureur (exclusion)

L'assureur peut mettre un terme à la souscription de l'entreprise, en cas de :

- défaut de déclaration des cotisations ;
- déclaration anormale ou irrégulière ;
- défaut de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires.

Le terme de la souscription prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié par l'assureur à l'entreprise au moins deux mois auparavant.

Il appartient alors à l'entreprise de s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale et des procédures prévues – le cas échéant – par le Code du travail.

8.1.d) Terme de la souscription suite à absorption, fusion ou cessation d'activité, avec reprise de contrat de travail

En cas d'absorption par une autre entreprise ou de cessation d'activité, avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé (dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du Code du travail), il appartient à l'entreprise (ou à son représentant) de notifier cette évolution à l'assureur. Le terme de la souscription intervient alors à la date de transfert des contrats de travail.

En cas d'absorption d'autres entreprises avec reprise de contrat de travail, le terme de la souscription peut intervenir à la date d'harmonisation des régimes de prévoyance, sous réserve que l'entreprise en fasse la demande à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard dans les 60 jours qui s'ensuivent.

À défaut, le terme de la souscription prend effet au plus tard le dernier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite.

8.2 - Conséquences au terme de la souscription

Les garanties dont bénéficiaient les salariés et leurs ayants droit au titre du présent contrat prennent fin au jour du terme de la souscription, à l'exception des maintiens de garanties sans contrepartie de cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 11.

A l'issue de leur période de couverture au titre du présent contrat :

- le salarié et/ou ses ayants droits peuvent souscrire au contrat Frais médicaux individuels de PRO BTP ERP (frais médicaux individuels des actifs et des retraités) ;
- l'ancien salarié qui relève des dispositions prévues au 1° de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 peut demander à bénéficier de la couverture définie par cet article 4. Les éventuels ayants droits de l'ancien salarié n'ont pas accès à cette couverture. Les cotisations correspondantes sont fixées au niveau maximal prévu au titre de cet article 4.

Article 9 Réservé

Article 10 Conditions d'ouverture des droits - Fait générateur

10.1 - Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsqu'à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de PRO BTP ERP en qualité d'assuré affilié par l'entreprise ou en qualité d'ayant droit d'un assuré (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4).

Le versement des prestations est subordonné au règlement par l'entreprise de la totalité de ses cotisations au régime. Toutefois :

- les garanties ne peuvent être suspendues que 30 jours après que l'entreprise ait été mise en demeure de s'acquitter des cotisations arriérées ;
- la justification du précompte des cotisations au régime permet de maintenir les droits à tout assuré non juridiquement responsable du défaut de paiement.

10.2 - Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux ;
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux ;
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation ;
- ou, pour les soins et prestations en établissement de santé public, la date de l'avis de somme à payer émis par le Trésor public si elle est postérieure.

Article 11

Maintien et cessation des garanties

Les garanties visées par le présent contrat cessent :

- au jour où le salarié ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié ;
- au terme de la souscription de l'entreprise.

Toutefois, les garanties du régime peuvent être maintenues, sans contrepartie de cotisation, aux conditions définies ci-après :

- lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente ;
- en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage ;
- en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ;
- en cas de décès du salarié, au profit de ses ayants droit.

Dans tous les cas, le maintien porte sur les garanties de l'option en vigueur, au moment de la rupture du contrat de travail ou au terme de la souscription de l'entreprise.

Les salariés et leurs ayants droit qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice des garanties peuvent adhérer au contrat de frais médicaux individuels des actifs et des retraités de PRO BTP ERP.

11.1 - Maintien des garanties lorsque le salarié quitte son emploi

Lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente et qu'il ne peut bénéficier des dispositions de l'article 11.2, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisations :

- à la condition que le salarié ne bénéficie pas par ailleurs d'une couverture collective de frais médicaux à adhésion obligatoire ;
- pendant une période maximale de 30 jours de date à date.

11.2 - Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, le droit au maintien des garanties est accordé à tout salarié, sans contrepartie de cotisation :

- temporairement lorsque cette rupture a été suivie,
 - par une indemnisation au titre de l'assurance chômage (y compris l'allocation de solidarité spécifique).

Dans ces cas, le maintien des garanties est accordé :

- aussi longtemps que le salarié atteste, depuis la rupture de son contrat de travail, d'une situation continue d'indemnisation au titre de l'assurance chômage, d'indemnisation d'un arrêt maladie par la Sécurité sociale ;
- et ce, pour une période limitée à la durée du dernier contrat de travail ou, et le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, dans la limite de douze (12) mois de date à date, à compter de la date de fin du contrat de travail.

- sans limitation de durée, lorsque le salarié :
 - a fait l'objet d'une mesure de licenciement ou de rupture de contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage, alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la Sécurité sociale contrat de travail non rompu (à l'exception des cas de classification en invalidité de 1^{re} catégorie), et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée.

Ne font pas obstacle au maintien des garanties :

- 1) les périodes (dès lors qu'elles ne dépassent pas 30 jours calendaires en cumul) :
 - de reprise temporaire d'activité ;
 - ou pour lesquelles aucun justificatif n'est fourni par le salarié au titre d'une des situations définies à l'alinéa précédent.
- 2) les périodes qui correspondent aux différés d'indemnisation ou au délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage.

11.3 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés du collègue correspondant dans l'entreprise.

Il en est de même en cas de congé lié à une maternité, à une paternité ou à une adoption.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

11.4 - Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du salarié

En cas de décès du salarié, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du salarié (tels que définis à l'article 4).

Article 12

Prestations, étendue des garanties

12.1 - Dispositions générales relatives aux prestations

Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de PRO BTP ERP, le droit à prestations est fonction du niveau de couverture et des éventuels modules additionnels choisis par l'entreprise.

Le montant de la prestation est calculé :

selon les dispositions figurant dans l'*Annexe des garanties*,

- par référence au niveau de couverture en vigueur à la date du fait générateur. Toutefois, lorsque le fait générateur est postérieur à la sortie du membre salarié de l'entreprise (dans le cadre des dispositions de l'article 11), c'est le niveau de couverture à la date de sortie de l'entreprise qui doit être retenu.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent contrat respecte les obligations et les interdictions de prise en charge résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est précisé :

- que toutes les prestations de prévention comprises dans la liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent contrat ;
- qu'en cas de modification des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, le directoire a compétence pour apporter les adaptations nécessaires au présent contrat.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'*Annexe des garanties*, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ;
- ne s'appliquent pas pour les soins effectués par des tiers, des professionnels ou des établissements non conventionnés par la Sécurité sociale (tous identifiés à ce titre sous l'intitulé de secteur non conventionné), quels que soient les titres ou qualifications dont ils disposent.

Le cumul des remboursements effectués en faveur du salarié (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'assureur que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres régimes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent contrat seraient réduites à due concurrence.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les garanties s'exercent pour chaque bénéficiaire dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime de base d'assurance maladie.

Sous réserve des dispositions du second alinéa du présent article (en vue d'assurer le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale), toute actualisation de l'*Annexe des garanties* relève d'une décision du conseil de surveillance dès lors qu'elle contribue à l'un des objectifs suivants :

- amélioration des garanties servies, ou reformulation de ces garanties à enveloppe au moins constante de charge de prestations ;
- prise en compte des évolutions de lois et règlements relatifs à l'assurance maladie de base et susceptible d'avoir des conséquences sur l'assurance maladie complémentaire et sur le présent contrat ;
- mesure(s) nécessaire(s) assurant l'équilibre technique prévisionnel du présent contrat.

Les modifications des prestations prévues par le présent contrat qui seraient liées à toutes autres évolutions des lois et règlements relatifs à l'assurance maladie de base ou complémentaire s'appliqueront de plein droit au contrat après information de l'entreprise par l'assureur.

12.2 - Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond défini pour chaque bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait de remboursement.

S'agissant des lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la Sécurité sociale, le forfait de remboursement s'applique par exercice civil.

S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de 24 mois. Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la date de sa précédente acquisition, également appelée date de dernière consommation.

La période de prise en charge est réduite à 12 mois :

- pour les mineurs ;
- ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

En complément, pour les adultes couverts par les modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait de base au titre des lunettes peut être majoré d'un bonus responsable optique. Le montant de ce bonus responsable est fonction de la durée écoulée depuis la date du dernier remboursement de monture ou de verres :

- le bonus responsable maximal est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par l'assureur au cours des 36 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- à défaut, le bonus responsable intermédiaire est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par l'assureur au cours des 24 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- à défaut, le droit à remboursement est limité au forfait de base.

Par exception, le bonus responsable maximal est automatiquement octroyé pour le premier remboursement à intervenir au titre des postes « monture et/ou verres simples » ou « monture et/ou verres progressifs », au bénéfice :

- de tout salarié nouvellement affilié par l'entreprise ;
- de tout nouvel ayant droit adulte enregistré auprès de PRO BTP ERP ;
- des bénéficiaires mineurs à compter du jour où ils deviennent majeurs.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base. Ce supplément s'applique alors :

- pour tout verre simple pour lequel la base de remboursement de la Sécurité sociale est supérieure à 4 € pour un adulte et à 20 € pour un enfant mineur (valeurs applicables au 1^{er} janvier 2017) ;
- pour tout verre progressif pour lequel la base de remboursement de la Sécurité sociale est supérieure à 10,50 € pour un adulte (valeur applicable au 1^{er} janvier 2017).

Le montant du forfait de base, et le cas échéant celui du bonus responsable et celui du supplément pour forte correction, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'*Annexe des garanties*.

12.3 - Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et « autres prothèses et divers »

Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursement de la Sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :

- prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale,
- prothèses auditives,
- appareillage orthopédique et autres prothèses.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil.

Le montant de ce plafond est fixé à 10 000 € par bénéficiaire et par an.

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements – dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la Sécurité sociale – pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale.

12.4 - Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires

Dans le cas des modules S3+, S4, S5 et S6 qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, l'*Annexe des garanties* prévoit une prise en charge différenciée selon que le médecin ait ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) mentionné à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Article 13

Support des remboursements

Les remboursements s'effectuent sur la base de données informatisées transmises par les régimes de base ou par les professionnels de santé.

Lorsque, aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par PRO BTP ERP, l'assuré doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

Dans tous les cas où les barèmes résultant de l'*Annexe des garanties* le nécessitent, l'assuré peut être conduit à fournir tous éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes.

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2€ pour les virements (50€ si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2017. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme d'une année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée au salarié dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

Article 15

Tiers payant

Les modalités de versement des prestations respectent les dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale relatives aux mécanismes de tiers payant, à hauteur des tarifs de responsabilité.

Pour toute prestation entrant dans le cadre d'une convention de tiers payant signée par PRO BTP ERP ou conclue en son nom, le remboursement est destiné au professionnel de santé signataire et/ou bénéficiaire de la convention.

Dans ce cas, le plancher de versement de la prestation visé à l'article 14 ne s'applique pas.

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 11 :

- le salarié et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de PRO BTP ERP ;
- dans l'hypothèse où le salarié et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, PRO BTP ERP est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par PRO BTP ERP.

Article 16

Réservé

Article 17

Prescription - Déclaration tardive

17.1 - Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'assureur dans un délai de deux ans à compter de la date du fait générateur qui y donne naissance.

17.2 - Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour où l'assureur, l'entreprise ou le salarié engage une action en justice ; dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

Article 18

Recours contre tiers responsable

PRO BTP ERP est subrogée de plein droit à l'assuré et/ou à ses ayants droit victime(s) d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que PRO BTP ERP a exposées, et dans les conditions et limites légales.

Article 19

Réservé

Article 20

Réservé

Article 21

Information des entreprises adhérentes et des salariés

21.1 - Information lors de la souscription

L'information des entreprises adhérentes est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une application satisfaisante du présent contrat.

En particulier, lors de la souscription, est remise à l'entreprise une fiche d'information sur les dispositions du présent contrat et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des salariés, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

Sont communiquées au salarié les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision ou effectuer toute réclamation concernant la gestion de sa couverture. S'agissant de ses droits, en particulier en termes de tiers payant, une carte récapitulative lui est adressée selon une périodicité fixée par le conseil de surveillance.

L'entreprise souscriptrice est informée :

- qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, ses salariés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de PRO BTP à l'adresse suivante :

Médiateur de PRO BTP
7 rue du Regard
75294 PARIS Cedex 06

- que le médiateur de PRO BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que PRO BTP ERP et le présent contrat sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, situé au 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.

21.2 - Information en cas de modifications des conditions de couverture

Les entreprises adhérentes sont informées par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- suite à modifications apportées au présent contrat ;
- suite à évolutions tarifaires.

Après information, les modifications de conditions de couverture résultant du présent contrat et de ces différentes annexes s'appliquent de plein droit.

Conformément à la réglementation, il appartient à l'entreprise de relayer l'information correspondante auprès de ses salariés.

21.3 - Informatique et libertés

L'entreprise adhérente est informée que dans le cadre de l'exécution du présent contrat, PRO BTP ERP pourra être amenée à traiter des données à caractère personnel concernant des salariés de l'entreprise adhérente, ainsi que de leurs bénéficiaires, pour la mise en place et l'exécution de leur couverture Frais de santé, la gestion de la relation clients, la prospection commerciale, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la formation du personnel, l'enregistrement des appels téléphoniques à des fins de qualité, de formation et dans certains cas de preuve, la réalisation d'études statistiques et actuarielles, l'évaluation des risques, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la

prévention et la lutte contre la fraude à l'assurance ainsi que l'exercice des recours et la gestion des réclamations, des recouvrements et des contentieux.

Les données collectées ou traitées, indispensables à ces traitements, sont conservées pendant une durée définie, au cas par cas, selon un ou plusieurs des critères suivants : la durée de l'adhésion, la durée nécessaire à l'organisation d'études ou de formations, la durée des prescriptions légales ou encore l'épuisement des voies de recours.

Elles pourront être mises à disposition, en tant que de besoin et au regard des finalités précitées, des services compétents de PRO BTP ERP et des entités du groupe PRO BTP. Elles pourront être communiquées, si nécessaire à des intermédiaires, réassureurs, sous-traitants, partenaires et prestataires.

Elles seront, le cas échéant, transmises aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Certaines données pourront, en tant que de besoin, être transférées, notamment à des fins de stockage, vers un pays situé hors de l'Union européenne. Ces transferts seront encadrés afin de garantir la protection et la sécurité des données traitées.

Concernant la prospection commerciale, sauf opposition des salariés adressée à la direction régionale dont ils relèvent, certaines données pourront être communiquées aux entités du groupe PRO BTP ainsi qu'à leurs partenaires afin de leur proposer, notamment par e-mail et par téléphone, des offres pour des produits et services du Groupe.

Conformément à la loi n°2014-344, tout consommateur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique nommée Bloctel. Il peut s'informer sur l'exercice de ce droit en se connectant au site <http://www.bloctel.gouv.fr/>

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite loi Informatique et libertés, les salariés de l'entreprise adhérente et leurs éventuels bénéficiaires disposent d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime relatif aux données les concernant, en adressant un courrier postal accompagné d'une copie de pièce d'identité à la direction régionale dont ils relèvent (dont les coordonnées figurent sur le bulletin d'affiliation et sur le site internet de PRO BTP).

PRO BTP ERP met à disposition de l'entreprise adhérente des notices d'information lui permettant d'informer ses salariés et leurs éventuels bénéficiaires des dispositions du présent article.

21.4 - Information du chef d'entreprise sur les comptes du régime

En application des dispositions légales et réglementaires, l'assureur PRO BTP ERP fournit annuellement au chef d'entreprise un rapport sur les comptes du régime.

Par sa souscription au présent contrat, l'entreprise a fait le choix d'une mutualisation au sein d'un régime de Frais de santé. Dans ce cadre, elle prend acte que le rapport en question, qui porte sur les comptes de la mutualisation, est établi à partir des données cumulées des régimes de frais médicaux collectifs.

L'entreprise est également informée qu'une information complémentaire peut lui être communiquée, sur demande, concernant :

- le nombre total de salariés garantis par la même combinaison modulaire au sein des régimes de frais médicaux collectifs de PRO BTP ERP ;
- le rapport de charge global constaté pour l'ensemble des entreprises adhérentes auprès de l'assureur, au titre du même module S et du même module P que ceux choisis par l'entreprise.

