

# RÈGLEMENTS DES SURCOMPLÉMENTAIRES «AMPLITUDE»

RÉSERVÉ AUX ADHÉRENTS BTP SANTÉ ENTREPRISE

TEXTES  
AU 1<sup>er</sup> JANVIER  
2021





# SOMMAIRE

## **RÈGLEMENTS DES SURCOMPLÉMENTAIRES « AMPLITUDE » RÈGLEMENT DES COMPLÉMENTS INDIVIDUELS DE FRAIS MÉDICAUX**

<b>Article 1 - Objet</b> .....	<b>5</b>
<b>Article 2 - Adhérents</b> .....	<b>5</b>
<b>Article 3 - Modalités de l'adhésion</b> .....	<b>5</b>
<b>Article 4 - Bénéficiaires</b> .....	<b>6</b>
<b>Article 5 - Date d'effet, modifications de l'adhésion</b> .....	<b>6</b>
<b>Article 6 - Cotisations</b> .....	<b>7</b>
<b>Article 7 - Versement des cotisations</b> .....	<b>7</b>
<b>Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours</b> .....	<b>7</b>
<b>Article 9 - Réserve</b> .....	<b>8</b>
<b>Article 10 - Condition d'ouverture des droits - Fait générateur</b> .....	<b>8</b>
<b>Article 11 - Réserve</b> .....	<b>8</b>
<b>Article 12 - Prestations, étendue des garanties</b> .....	<b>8</b>
<b>Article 13 - Support des remboursements</b> .....	<b>10</b>
<b>Article 14 - Plancher de versement de la prestation</b> .....	<b>10</b>
<b>Article 15 - Tiers payant</b> .....	<b>10</b>
<b>Article 16 - Délai de stage et de carence</b> .....	<b>10</b>
<b>Article 17 - Délai de déclaration et Prescription</b> .....	<b>11</b>
<b>Article 18 - Recours contre tiers responsable</b> .....	<b>11</b>
<b>Article 19 - Réserve</b> .....	<b>11</b>
<b>Article 20 - Réglementation LCB-FT</b> .....	<b>11</b>
<b>Article 21 - Information des adhérents</b> .....	<b>11</b>
<b>Article 22 - Section financière et réserve</b> .....	<b>12</b>
<b>Article 23 - Comptes de résultats</b> .....	<b>13</b>
<b>Article 24 - Provision pour participation aux excédents</b> .....	<b>13</b>

# SOMMAIRE

## **RÈGLEMENTS DES SURCOMPLÉMENTAIRES « AMPLITUDE » RÈGLEMENT DES OPTIONS INDIVIDUELLES D'EXTENSION FAMILIALE DE FRAIS MÉDICAUX**

<b>Article 1 - Objet</b> .....	<b>18</b>
<b>Article 2 - Accès aux Options individuelles d'extension familiale de frais médicaux</b> .....	<b>18</b>
<b>Article 3 - Modalités de mise en œuvre</b> .....	<b>18</b>
<b>Article 4 - Bénéficiaires</b> .....	<b>19</b>
<b>Article 5 - Date d'effet, modifications de l'adhésion</b> .....	<b>20</b>
<b>Article 6 - Cotisations</b> .....	<b>20</b>
<b>Article 7 - Versement des cotisations</b> .....	<b>21</b>
<b>Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours</b> .....	<b>21</b>
<b>Article 9 - Réserve</b> .....	<b>22</b>
<b>Article 10 - Condition d'ouverture des droits - Fait générateur</b> .....	<b>22</b>
<b>Article 11 - Réserve</b> .....	<b>22</b>
<b>Article 12 - Prestations, étendue des garanties</b> .....	<b>22</b>
<b>Article 13 - Support des remboursements</b> .....	<b>24</b>
<b>Article 14 - Plancher de versement de la prestation</b> .....	<b>24</b>
<b>Article 15 - Tiers payant</b> .....	<b>24</b>
<b>Article 16 - Délai de stage et de carence</b> .....	<b>24</b>
<b>Article 17 - Délai de déclaration et Prescription</b> .....	<b>24</b>
<b>Article 18 - Recours contre tiers responsable</b> .....	<b>25</b>
<b>Article 19 - Réserve</b> .....	<b>25</b>
<b>Article 20 - Réglementation LCB-FT</b> .....	<b>25</b>
<b>Article 21 - Information des adhérents</b> .....	<b>25</b>
<b>Article 22 - Section financière et réserve</b> .....	<b>26</b>
<b>Article 23 - Comptes de résultats</b> .....	<b>27</b>

# RÈGLEMENTS DE SURCOMPLÉMENTAIRES «AMPLITUDE»

## RÈGLEMENT DES COMPLÉMENTS INDIVIDUELS DE FRAIS MÉDICAUX

### Article 1 - Objet - Définitions

Le présent règlement est régi par le code de la Sécurité sociale. Il a pour objet de définir les droits et les obligations des salariés qui, déjà couverts dans le cadre de leur entreprise par un régime collectif de frais médicaux de BTP-PRÉVOYANCE (régime Tous Collèges, régime fermé Non-Cadres, régime fermé Cadres ou régime fermé Etam), souhaitent compléter leurs garanties de frais médicaux sur la base d'une contribution financière à leur charge exclusive.

Ces compléments de garanties reposent sur plusieurs combinaisons modulaires avec une progression de niveaux de remboursements.

Dans la suite du règlement, sont appelés :

- **Socle collectif** : le niveau de la couverture à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié, au sein du régime de frais médicaux collectif de BTP-PRÉVOYANCE ;
- **Complément individuel** : le complément modulaire de garanties de frais médicaux auquel le salarié a décidé d'adhérer en sus du Socle collectif ; ce complément, qui couvre systématiquement le salarié ainsi que ses éventuels ayants droit relevant du Socle collectif, est régi par les dispositions du Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance ;
- **Dispositif de couverture santé à étages** : il s'agit de l'ensemble constitué par les garanties globales de frais médicaux issues du cumul du Socle collectif et du Complément individuel choisi par le salarié ;
- **Garanties résultantes** : les garanties servies en fonction du niveau de couverture et, le cas échéant, du module de garanties additionnelles choisis par l'entreprise et/ou le salarié ;
- **Adhérent** ou **Salarié** : le salarié affilié ou ancien salarié affilié qui décide d'adhérer de manière volontaire au Complément individuel.

Les garanties prises en charge par le Complément individuel s'entendent après déduction :

- des dépenses prises en charge par le régime de Sécurité sociale dont relèvent l'adhérent et ses ayants droit,
- des dépenses de santé prises en charge au titre du Socle collectif.

### Article 2 - Accès aux compléments individuels de frais médicaux

Peut adhérer au présent règlement la personne qui remplit l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- être salarié dans une entreprise du Bâtiment et des Travaux publics, et à ce titre être couvert au titre d'un des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-PRÉVOYANCE (Tous Collèges, Non-Cadres groupe fermé, Cadres groupe fermé ou Etam groupe fermé),
- à défaut, être bénéficiaire d'une rente d'invalidité servie par BTP PRÉVOYANCE et ayant à ce titre droit au maintien des garanties prévu par un des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-PRÉVOYANCE (en application de l'article 11 du règlement correspondant).

Lors de son affiliation par l'entreprise au Socle collectif, chaque salarié est informé par BTP-PRÉVOYANCE de sa faculté d'adhérer à un Complément individuel de frais médicaux.

Par exception :

- les niveaux de couverture S5P6 et S6P6 des régimes de frais médicaux collectifs n'ouvrent pas de possibilité aux salariés de compléter leur Socle collectif par un Complément individuel ;
- l'adhésion au Complément individuel PCE1 n'est possible, jusqu'au 31 décembre 2021, que pour les salariés qui, avant le 31 octobre 2016, bénéficiaient d'une surcomplémentaire «RS2 - Tranquillité» dans le cadre de la coassurance avec la MBTPSE ;
- l'adhésion au Complément individuel PCE2 n'est possible, jusqu'au 31 décembre 2021, que pour les salariés dont les entreprises adhèrent à l'option PCE1, ou qui, avant le 31 octobre 2016, bénéficiaient d'une surcomplémentaire «RS3 - Sérénité» dans le cadre de la coassurance avec la MBTPSE ;
- les salariés ayant atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la Sécurité sociale et pouvant bénéficier, à leur initiative, d'une dispense d'adhésion ne peuvent adhérer au présent règlement.

### Article 3 - Modalités d'adhésion

La décision du salarié de bénéficier d'un Complément individuel se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- le nom, la date et le lieu de naissance ainsi que le lieu de domiciliation de l'adhérent,
- l'entreprise dont il relève,
- la date d'effet du Complément individuel,
- le niveau de garanties résultantes dans le cadre du Dispositif de couverture santé à étages. Ce niveau ne peut être inférieur au niveau du Socle collectif dont bénéficie déjà le salarié affilié, que ce soit pour le module « Soins-Hospitalisation » ou pour le module « Optique, prothèses et divers... ». Par ailleurs, le salarié affilié ne peut choisir plus de un niveau d'écart entre le niveau des garanties résultantes pour le module « Soins-Hospitalisation » et celui des garanties résultantes pour le module « Optique, prothèses et divers... ».

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-PRÉVOYANCE (ou aux services de PRO BTP) par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique,
- et aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu – tant auprès de l'adhérent qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant – entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation.

Pour faciliter la prise en compte de son droit à renonciation, l'adhérent est invité à utiliser la rédaction suivante :

*« Je renonce à mon adhésion au « règlement des compléments individuels Amplitude », intervenue le jj.mm.aa sous le numéro xxx (numéro d'adhésion indiqué dans le certificat d'adhésion) ».*

L'institution est alors tenue de rembourser les cotisations perçues.

## Article 4 - Bénéficiaires du complément individuel

Les garanties du Complément individuel de frais médicaux couvrent simultanément :

- le salarié,
- ainsi que l'ensemble de ses ayants droit déjà couverts au titre du Socle collectif.

De ce fait, le Complément individuel ne peut être mis en œuvre pour une partie seulement des bénéficiaires du Socle collectif.

Toute modification apportée à la liste des bénéficiaires du Socle collectif entraîne actualisation, à la même date d'effet, des bénéficiaires couverts par le Complément individuel. Lorsque cette actualisation conduit à majorer, à la même date d'effet, le montant annuel de la cotisation du Complément individuel :

- BTP-PRÉVOYANCE informe l'adhérent par courrier des modifications en résultant dans l'échéancier de cotisation du Complément individuel,
- à compter de la date d'envoi de ce courrier, le salarié dispose d'un délai de 30 jours pour diminuer son niveau de garantie, ou résilier, dans les conditions de l'article 8.1.a), son adhésion au Complément individuel.

## Article 5 - Date d'effet, modifications dans le niveau de garanties résultantes

### 5.1 - Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion au Complément individuel est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au plus tôt au premier jour qui suit la demande d'adhésion et ne peut être rétroactive.

Par exception, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit l'affiliation au Socle collectif, cette date peut être fixée à la demande de l'adhérent rétroactivement au jour de son affiliation.

L'adhésion est conclue jusqu'à la fin 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 règlement.

### 5.2 - Date d'effet du changement dans le niveau de garanties résultantes

Pour toute demande de l'adhérent reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement dans le niveau de garanties résultantes intervient avec effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant.

Par exception :

- le changement dans le niveau de garanties résultantes peut être pris en compte rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier, lorsque l'adhérent a formulé sa demande en janvier ou dans le délai de 60 jours suivant la date d'envoi de son avis d'échéance annuelle ;
- si les niveaux de couverture de départ et d'arrivée sont inférieurs ou égaux au niveau S3P3, la date de changement d'adhésion est fixée au premier jour du mois suivant réception de la demande (sans possibilité de rétroactivité) ; une telle modification n'est possible qu'une fois par an ;
- dans chacun des cas énoncés ci-dessous, le changement dans le niveau de garanties résultantes est accepté au premier jour suivant réception de la demande (sous réserve d'apporter les pièces justificatives correspondantes), avec possibilité de rétroactivité à la date du fait qui y donne droit lorsque la demande intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent :
  - l'adhérent inscrit un nouveau bénéficiaire suite à mariage, conclusion d'un Pacs, naissance ou adoption,
  - le périmètre des bénéficiaires couverts est modifié suite à divorce, rupture du Pacs de l'adhérent, séparation de corps ou suite au décès d'un ayant droit,
  - le contrat de travail de l'adhérent ou de son conjoint est rompu en donnant droit à indemnisation par Pôle emploi (dans ce cas, le changement dans le niveau de garanties résultantes ne peut intervenir qu'à la baisse).

### 5.3 - Autres modifications de l'adhésion

Tout changement de domicile doit également être déclaré par l'adhérent. À défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu de l'adhérent produisent tous leurs effets.

## Article 6 - Détermination des cotisations

La cotisation annuelle est définie dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement.

Le montant de la cotisation dépend du choix de l'adhérent en termes de niveau de garanties résultantes.

Ce montant est également fonction de paramètres préalablement fixés dans le Socle collectif de frais médicaux :

- niveau de garanties du Socle collectif,
- nombre d'ayants droit couverts par le Socle collectif.

Si la date d'effet du Complément individuel portée sur le bulletin d'adhésion est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le montant de la cotisation du Complément individuel est variable selon que le Socle collectif couvre ou non le conjoint.

Dans les autres cas, la cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes, elle 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 » : l'adhérent et ses ayants droits suivants, s'ils sont couverts par le Socle collectif :
  - son conjoint (quel que soit son âge),
  - toute personne majeure fiscalement à charge du salarié ou de son conjoint ayant droit autre que leurs enfants à charge ;
- sont qualifiés d'« Enfants » : les enfants à charge couverts par le Socle collectif. Toutefois, lorsque le Socle collectif couvre trois enfants ou plus, seuls deux d'entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation du Complément individuel ; tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

Toute actualisation de l'ANNEXE TARIFAIRE relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

## Article 7 - Versement des cotisations

Le salarié, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que son adhésion au Dispositif de couverture santé à étages n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement est fractionné par mois.

Les éventuels frais d'impayés sur prélèvement pourront être imputés à l'adhérent.

## Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

### 8.1 - Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion au complément individuel intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent,
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution,
- automatiquement, au jour où l'adhérent n'est plus affilié au Socle collectif, ou par suite d'amélioration des garanties du Socle collectif au-delà du niveau du complément individuel.

#### 8.1.a) - Terme de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent

Tout salarié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la Sécurité sociale.

De manière générale, la résiliation à l'initiative de l'adhérent prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant.

Par exception, la résiliation peut prendre effet de manière anticipée dans les situations suivantes :

- 1) l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (« ONDAM ») ou d'une diminution des droits nés du présent règlement, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information ;
- 2) l'adhérent ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise adhérente au Socle collectif mais continue à bénéficier du maintien des garanties collectives sans contrepartie de cotisations ;
- 3) la résiliation intervient après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion ;
- 4) les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

Dans les situations 1) à 3), la résiliation anticipée prend effet :

- par défaut, à l'expiration du délai d'un mois après que BTP-PRÉVOYANCE en a reçu notification,
- ou, sur demande expresse de l'adhérent, au dernier jour du mois suivant celui au cours duquel BTP-PRÉVOYANCE a reçu notification de la résiliation.

Dans la situation 4), la résiliation anticipée intervient au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la Sécurité sociale.

#### 8.1.b) - Résiliation à l'initiative de l'institution

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, et indépendamment du droit pour l'institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice :

- l'institution est fondée à émettre une mise en demeure à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans un délai qui ne peut être inférieur à 10 jours de son échéance ;
- la garantie est suspendue dans un délai ne pouvant pas être inférieur à 30 jours après l'émission de la mise en demeure lorsque cette dernière est restée sans suite ;
- l'adhésion au présent règlement pourra être résiliée après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la suspension de la garantie et interviendra au dernier jour du 3<sup>e</sup> mois civil qui suit la date d'effet de la suspension.

La lettre de mise en demeure visée ci-dessus informe l'adhérent :

- que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la suspension des garanties du présent règlement, selon le calendrier prévu à l'alinéa qui précède ;
- que la suspension des garanties emporte cessation d'octroi de tout droit à prestations,
- que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de l'adhésion 40 jours après l'envoi de mise en demeure.

Toutefois, les droits à prestations de l'adhérent et ceux de ses ayants droit sont intégralement ouverts au titre de la période de suspension :

- s'il justifie, durant la période qui a immédiatement précédé le défaut de paiement, d'au moins 12 mois de cotisations acquittées au titre du présent règlement,
- et s'il régularise l'intégralité de ses cotisations arriérées ou venues à échéance durant la période de suspension.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation peut être prononcée sans préavis par l'institution. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

### 8.1.c) - Cessation de l'affiliation du salarié au Socle collectif

Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient automatiquement à compter du jour où le salarié ne peut plus bénéficier des garanties du Socle collectif :

- au jour où le salarié, ayant quitté l'entreprise adhérente au Socle collectif, ne bénéficie plus du maintien des garanties prévu par les règlements des régimes de frais médicaux collectifs de l'institution,
- au jour d'effet de la radiation, de la résiliation ou de la dénonciation de l'adhésion de l'entreprise au Socle collectif dans les conditions prévues par les règlements des régimes de frais médicaux collectifs de l'institution.

### 8.1.d) - Amélioration du niveau du Socle collectif au-delà du niveau du complément individuel

L'adhésion au présent règlement cesse automatiquement au premier jour d'effet d'une amélioration du niveau des garanties du Socle collectif qui conduit à porter ces garanties, pour chaque poste de remboursement, à un niveau supérieur ou égal à celui jusqu'alors atteint dans le Dispositif de couverture santé à étages.

### 8.2 - Prestations et cotisations en cours au terme de la couverture

Les droits à prestations dont bénéficiaient l'adhérent et ses ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de la couverture.

Les éventuels excédents de cotisations versés au-delà de la date d'effet de la résiliation donnent lieu à remboursement.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée, les cotisations versées d'avance sont affectées en priorité à l'indemnisation du préjudice de l'institution.

## Article 9 - Réserve

## Article 10 - Conditions d'ouverture des droits - Fait générateur

### 10.1 - Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est simultanément inscrit auprès de BTP-PRÉVOYANCE au titre du Socle collectif et au titre du complément individuel (dans les conditions prévues à l'article 5),
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations du complément individuel ou au titre du règlement du régime des options individuelles d'extension familiale de la couverture Santé.

### 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 journée d'hospitalisation donnant lieu au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale 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 - Réserve

## Article 12 - Prestation, étendue des garanties

### 12.1 - Dispositions générales relatives aux prestations

Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de BTP-PRÉVOYANCE, le droit à prestations est fonction du niveau de garanties résultantes choisi par l'adhérent dans le cadre du Complément individuel. Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES,
- par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur.

Quel que soit le niveau des garanties choisi par l'adhérent au titre du présent règlement, les prestations du Dispositif de couverture santé à étages respectent les obligations relatives au contrat dit « responsable » (notamment les plafonds, plafonds et 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 ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
  - le « ticket modérateur » : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
  - les équipements dits « 100 % Santé » : équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies aux 3°, 4° et 5° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,



- le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d'accueil spécialisées MAS – ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes – EHPAD – ne sont pas pris en compte),
- 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 conseil d'administration a compétence pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement, ces adaptations devant être soumises à ratification ultérieure de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, 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 de l'adhérent (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'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement seraient réduites à due concurrence :

- en priorité, au titre du présent règlement,
- au-delà, si applicable, au titre du règlement du Socle collectif.

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 présent article destiné à 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 de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

## 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, qui s'entend y compris le montant du ticket modérateur, 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 deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou en cas de renouvellement anticipé prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la dernière facturation d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les équipements optiques relevant du « 100 % Santé », le forfait de remboursement de BTP-PRÉVOYANCE complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

Pour les autres équipements optiques (dits « équipements libres »), à partir du module P2, le forfait de remboursement est majoré lorsque l'acquisition de l'équipement intervient chez un opticien ayant signé une convention avec le réseau de soins Sévéane.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au remboursement de base. Ce supplément s'applique alors aux verres optiques qui ne relèvent pas des catégories suivantes :

- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1 du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
- et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1 du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
  - 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 ;

Le plafond de remboursement de l'équipement, qui dépend du module d'adhésion, est défini dans l'ANNEXE DES GARANTIES.

## 12.3 - Dispositions spécifiques aux garanties dentaires

Pour les prothèses dentaires relevant du « 100 % Santé », le forfait de remboursement de BTP-PRÉVOYANCE complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

Lorsque l'adhérent a opté pour un module supérieur ou égal au niveau P3+, les prothèses dentaires dites à « honoraires maîtrisés » sont également prises en charge sans reste à charge (dans la limite de facturation prévue par la réglementation).

Lorsque l'adhérent a opté pour un module supérieur ou égal au niveau P3, le remboursement de l'implant est majoré lorsque sa pose est réalisée par un chirurgien-dentiste ayant signé une convention spécifique avec le réseau de soins Sévéane.

#### 12.4 - Dispositions spécifiques aux garanties audioprothétiques

Pour les prothèses auditives relevant du « 100% Santé », le forfait de remboursement de BTP-PRÉVOYANCE complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

Pour les autres prothèses auditives, à partir du module P2, le remboursement est majoré lorsque son acquisition intervient chez un audioprothésiste ayant signé une convention avec le réseau de soins Sévéane.

#### 12.5 - Autres dispositions concernant la prise en charge des prothèses dentaires, prothèses auditives et matériel médical

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,
- matériel médical.

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 10000 € 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,
- ou au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du « 100% Santé », telles que définies ci-dessus.

#### 12.6 - 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 à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM CO, ou dispositif équivalent) mentionné à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

### Article 13 - Support des remboursements

Les remboursements liés au Complément individuel s'effectuent sur la base des mêmes supports que ceux définis pour le Socle collectif.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes et le rappel des prestations versées à tort.

### 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 €, valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2021. 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 à l'adhérent 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. L'institution propose ainsi aux professionnels de santé et aux adhérents un service de tiers payant pour les remboursements suivants :

- les tarifs de responsabilité (ticket modérateur), dans les conditions définies à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
- le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.

Pour toute prestation entrant dans le cadre d'une convention de tiers payant signée par BTP-PRÉVOYANCE 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 8 :

- l'adhérent et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-PRÉVOYANCE,
- dans l'hypothèse où l'adhérent et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-PRÉVOYANCE est fondée :
  - à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées,
  - ou à précompter ces sommes sur tous autres montants dus par BTP-PRÉVOYANCE (au titre de versements de prestations ou de remboursements de cotisations trop perçues).

### Article 16 - Délai de stage et de carence

Les garanties accordées s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion du salarié au Complément individuel, quel que soit le niveau de garanties retenu.

En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion à un régime de frais médicaux individuels de l'institution au

titre des dispositions de l'article L. 932-12-1 du code de la Sécurité sociale, puis qu'il a adhéré au présent règlement dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze premiers mois de cette nouvelle adhésion.

## Article 17 - Délai de déclaration et Prescription

### 17.1 - Délai de déclaration du droit à prestation

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

Le niveau de la prestation versée est celui en vigueur à la date du fait générateur.

À défaut de demande ou déclaration dans ce délai, les droits à prestation sont prescrits.

### 17.2 - Prescription des actions en justice

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions relatives aux droits et obligations nés du présent règlement 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution 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 ignoré jusque-là,
- en cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le salarié, un bénéficiaire ou un ayant droit, ou du jour où le tiers a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à cinq ans en ce qui concerne les actions en répétition de l'indu (s'agissant notamment des cotisations versées à tort par les adhérents et des prestations versées à tort par BTP-PRÉVOYANCE).

La prescription de l'action est interrompue :

- en cas d'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés :
  - soit à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou le remboursement d'une prestation indue,
  - soit à BTP-PRÉVOYANCE en ce qui concerne le règlement d'une prestation ;
- en cas de désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- ou par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
  - une action en justice (art. 2241 du code civil) ;
  - la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil).

## Article 18 - Recours contre tiers responsable

BTP-PRÉVOYANCE est subrogée de plein droit au participant 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 BTP-PRÉVOYANCE a exposées, et dans les conditions et limites légales.

## Article 19 - Réserve

## Article 20 - Réglementation LCB-FT

Dans le cadre de la réglementation LCB-FT (Lutte contre le Blanchiment des Capitaux et le Financement du Terrorisme), BTP-PRÉVOYANCE est tenue à diverses obligations de vigilance spécifique. À ce titre :

- l'adhérent s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-PRÉVOYANCE de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer de toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-PRÉVOYANCE de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire.

## Article 21 - Information des adhérents

### 21.1 - Information lors de l'adhésion

Sont réalisés conformément aux dispositions légales, et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement :

- le recueil des besoins des personnes non encore adhérentes,
- l'information des adhérents.

En particulier, préalablement à l'adhésion, sont remis à l'adhérent un bulletin d'adhésion et une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations des bénéficiaires, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations, ainsi que les modalités de financement et les sanctions du non-paiement des cotisations.

Sont communiquées à l'adhérent les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision 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 l'institution ou par son sous-traitant l'association de moyens PRO BTP.

Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'adhérent devra s'adresser à BTP-PRÉVOYANCE qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :  
PRO BTP - Réclamations  
93901 BOBIGNY CEDEX 9
- soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois.

L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations et que la réponse apportée ne le satisfait pas, et pour le règlement de litige extrajudiciaire, il peut s'adresser par écrit au Médiateur de la Protection Sociale (CTIP) :
  - soit à l'adresse suivante :  
Médiateur de la Protection sociale (CTIP)  
10 rue Cambacérès  
75008 PARIS
  - soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip)
- que la saisine du Médiateur de la Protection Sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être. Il est précisé que le Médiateur de la Protection sociale (CTIP) n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-PRÉVOYANCE et le présent Règlement sont soumis au contrôle de l'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION, située au 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

## 21.2 - Information en cas de modification des conditions de couverture

Les adhérents sont informés par écrit :

- de toute modification apportée aux articles 1 à 21 du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations et/ou les garanties,
- ou suite à modification des garanties prises en charge par le Socle collectif.

Après information des adhérents et pour ceux qui n'ont pas exercé leur droit à résiliation dans les conditions définies à l'article 8.1-a) du présent règlement, les modifications s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits de l'adhérent nés du présent règlement, celui-ci peut dénoncer son adhésion dans un délai de 30 jours suivant son information.

## 21.3 - Protection des données personnelles

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, ont vocation à être traitées par BTP-PRÉVOYANCE, responsable de traitement, à des fins :

- d'adhésion, gestion et exécution de la couverture Santé,
- de réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone,

email, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des bénéficiaires à tout moment, évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de BTP-PRÉVOYANCE, (iii) et avec l'accord de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture Santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales.

D'une manière générale, les données sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de BTP-PRÉVOYANCE, ainsi qu'à son sous-traitant l'Association de moyens PRO BTP, et, si nécessaire, à des intermédiaires, réassureurs, prestataires et partenaires. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires.

Certaines des données traitées peuvent être transférées à des prestataires situés en dehors de l'Union européenne, notamment aux fins d'assurer la maintenance et les opérations d'hébergement des données dans le respect de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, et sauf exception liée à l'exécution de la couverture Santé ou aux obligations légales de BTP-PRÉVOYANCE, l'adhérent et le cas échéant ses bénéficiaires disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après leur décès. Ces droits s'exercent en justifiant de son identité, par courrier postal à « PRO BTP – DPO – 93901 BOBIGNY CEDEX 9 » ou par e-mail à « [CIRCUITDCP@probtp.com](mailto:CIRCUITDCP@probtp.com) ». Ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

Le Groupe PRO BTP dispose d'un délégué à la protection des données (DPO) qui peut être contacté par courrier au 7, rue du regard, 75006 Paris.

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.

## Article 22 - Section financière et réserve

Il est institué une section financière unique, ainsi qu'une réserve spécifique dans les comptes de l'institution, pour le suivi des opérations nées :

- du présent règlement,
- et du règlement des options individuelles d'extension familiale de frais médicaux.

La réserve est alimentée au 31 décembre de l'exercice :

- par l'affectation de tout ou partie du solde des « Comptes du régime » tels que définis aux articles 23.1 du présent règlement et du règlement des options individuelles d'extension familiale de frais médicaux,
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion correspondants.

## Article 23 - Comptes de résultats

Outre les opérations à caractère social mutualisées dans le cadre du compte d'action sociale Santé (tel que défini à l'article 23 du règlement des régimes de Frais Médicaux Collectifs), les opérations nées du présent règlement sont suivies dans deux comptes :

### 23.1 - Le « Compte du régime »

Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) les cotisations individuelles acquises des adhérents,
- b) la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs,
- c) les produits nets des placements au titre du présent règlement,
- d) le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au « compte du régime » comprennent :

- a) les charges de prestations versées et provisionnées au titre du présent règlement,
- b) le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs,
- c) un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 18 % des cotisations acquises des adhérents,
- d) un prélèvement sur les cotisations pour le financement du compte d'action sociale Santé (tel que défini à l'article 23.3 du règlement des régimes de Frais Médicaux Collectifs), dans les conditions fixées par le conseil d'administration et dans la limite de 0,75 % des cotisations acquises des adhérents,
- e) le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24,
- f) la charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté :

- a) le cas échéant, sur décision de la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d'administration), pour tout ou partie à la réserve du Régime de base de frais médicaux collectifs,
- b) pour le solde, à la réserve définie à l'article 22.

### 23.2 - Le « Compte de gestion »

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'institution dans le cadre du présent règlement.

À cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 23.1.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire, sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion.

## Article 24 - Provision pour participation aux excédents

Il est constitué une provision pour participation aux excédents au titre de la présente section financière.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration, dans la limite du solde positif des ressources et des charges définies à l'article 23 (compte non tenu de la ressource visée au d) et des charges visées aux e) et f)).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des adhérents relevant de la section financière. Elle doit être utilisée à leur profit exclusif.

Toute décision d'utilisation de la provision pour participation aux excédents, qui relève d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, peut prendre les formes suivantes :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des adhérents et de leurs ayants droit,
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des membres adhérents,
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des adhérents.

# Règlement des compléments individuels de frais médicaux

## Annexes des garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2021 - Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
  - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique.

### OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE

Bloc S		Part S.S. RG*	S2	S3		
Soins Courants	<b>Honoraires médicaux</b> Consultations et visites (généralistes et spécialistes) Actes techniques médicaux Radiologie Soins externes	70% 60% à 70%	100%	100% (160% si OPTAM)		
	<b>Honoraires paramédicaux</b> Auxiliaires médicaux, soins infirmiers Transport	60% 65%	100%	100%		
	<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	60%	100%	100%		
	<b>Médicaments</b> Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100%	100%		
	Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(1)</sup>	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €		
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	30 €/an/bénéficiaire		
	<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup> Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	250%	350%		
	Hospitalisation	<b>Honoraires</b> Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup> Chambre particulière <sup>(3)</sup>	80% -	100% -	100% (160% si OPTAM) 45 €/jour	
		Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(3)</sup> ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(3)</sup>	-	23 €/jour	23 €/jour	
		Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%	
<b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(3)(4)</sup>		-	oui	oui		
<b>Bloc P</b>		<b>Part S.S. RG*</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>		
Optique	<b>Équipement optique 100% Santé</b> <sup>(5)(6)</sup> <b>Autre équipement optique (verres et monture)</b> - Équipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup> - Équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup> <b>Équipement à verres unifocaux</b> Dans Sévéane Hors Sévéane <b>Équipement à verres progressifs</b> <sup>(9)</sup> Dans Sévéane Hors Sévéane <b>Supplément forte correction</b> <sup>(11)</sup>	60% <sup>(a)</sup> 60% <sup>(b)</sup> 60% <sup>(c)</sup>	<b>Frais réels</b>  Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres  175 € 125 € 250 € 200 € + 50 €/verre	<b>Frais réels</b>  Verres : Frais réels Monture : 100 €  200 € 150 € 300 € 250 € + 50 €/verre		
	<b>Lentilles</b> <sup>(12)</sup> Lentilles remboursées par la S.S. Lentilles non remboursées par la S.S. <b>Chirurgie réfractive de la vue</b> <sup>(13)</sup>	60% - -	100% + 120 € - -	100% + 120 € 80 € 200 €/œil		
	Dentaire	<b>Soins et Prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup> <b>Soins dentaires</b> Inlay/onlay (par acte) Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup> Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>	70% 70% -	<b>Frais réels</b> 100% 100% -	<b>Frais réels</b> 125% 100% 200 €	
		<b>Prothèses dentaires</b> <sup>(2)</sup> Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(14)</sup> - Autres prothèses	70%	250%	350%	
		<b>Orthodontie</b> Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre) Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	100% -	200% -	200% 200 €	
		<b>Implants</b> (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup> Dans Sévéane Hors Sévéane	-	-	400 € 200 €	
Aides auditives		<b>Équipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(23)</sup> Autres Prothèses auditives <sup>(2)(18)</sup> - Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans Dans Sévéane Hors Sévéane - Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins Accessoires <sup>(19)</sup>	60% 60%	<b>Frais réels</b> 1 000 € 950 € 1 400 € 100%	<b>Frais réels</b> 1 100 € 950 € 1 400 € 100%	
		Prestations complémentaires	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Psychologues <b>Cures thermales</b> <sup>(22)</sup>	- 65%	- 100% + 100 €	2 x 40 € 100% + 150 €

## OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE

S3+	S4	S5 / S6		Bloc S	
160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)		<b>Honoraires médicaux</b> Consultations et visites (généralistes et spécialistes) Actes techniques médicaux Radiologie Soins externes	<b>Soins Courants</b>
160%	200%	200%		<b>Honoraires paramédicaux</b> Auxiliaires médicaux, soins infirmiers Transport	
160%	200%	200%		<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	
100%	100%	100%		<b>Médicaments</b> Pharmacie remboursées par la S.S.	
Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €		Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(1)</sup>	
40 €/an/bénéficiaire	60 €/an/bénéficiaire	80 €/an/bénéficiaire		Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	
500%	550%	650%		<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup> Appareillages orthopédiques et autres prothèses	
160% (200% si OPTAM) 60 €/jour	200% (Frais réels si OPTAM) 75 €/jour	200% (Frais réels si OPTAM) 100 €/jour		<b>Honoraires</b> Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup> Chambre particulière <sup>(3)</sup> Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(3)</sup> ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(3)</sup> Actes médicaux supérieurs à 120 €	<b>Hospitalisation</b>
23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour			
100%	100%	100%			
oui	oui	oui		<b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(3)(4)</sup>	
P3+	P4	P5	P6	Bloc P	
<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Équipement optique 100% Santé</b> <sup>(5)(6)</sup> <b>Autre équipement optique (verres et monture)</b> - Équipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>  - Équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup> Dans Sévéane <b>Équipement à verres unifocaux</b> Hors Sévéane Dans Sévéane <b>Équipement à verres progressifs</b> <sup>(9)</sup> Hors Sévéane <b>Supplément forte correction</b> <sup>(11)</sup>	<b>Optique</b>
Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €		
300 €	350 €	400 €	420 €		
200 €	250 €	300 €	350 €		
400 €	500 €	600 € <sup>(10)</sup>	700 € <sup>(10)</sup>		
300 €	400 €	500 €	600 €		
+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre progressif <sup>(6)</sup>		
100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €	<b>Lentilles</b> <sup>(12)</sup> Lentilles remboursées par la S.S. Lentilles non remboursées par la S.S.	
125 €	150 €	175 €	250 €	<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> <sup>(13)</sup>	
300 €/œil	400 €/œil	500 €/œil	500 €/œil		
Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	<b>Soins et Prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup>	
150%	200%	250%	300%	<b>Soins dentaires</b> Inlay/onlay (par acte) Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup> Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>	<b>Dentaire</b>
100%	100%	300%	300%	<b>Prothèses dentaires</b> <sup>(2)</sup> Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(14)</sup> - Autres prothèses	
250 €	300 €	350 €	400 €	<b>Orthodontie</b> Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre) Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	
Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Dans Sévéane <b>Implants</b> (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup> Hors Sévéane	
450%	500%	550%	600%		
250%	300%	400%	400%		
300 €	400 €	500 €	600 €		
600 €	800 €	1 000 €	1 200 €		
300 €	400 €	500 €	600 €		
Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	<b>Équipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(23)</sup>	
1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(18)</sup> Dans Sévéane - Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans Hors Sévéane  - Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins	<b>Aides auditives</b>
950 €	1 100 €	1 100 €	1 300 €		
1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €		
100%	100%	100%	100%	Accessoires <sup>(19)</sup>	
3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> <i>Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Psychologues</i> <b>Cures thermales</b> <sup>(22)</sup>	<b>Prestations complémentaires</b>
100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €		

# Règlement des compléments individuels de frais médicaux

## Annexes des garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2021 - Options régionales PCE 1 et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
  - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique.

OPTIONS RÉGIONALES				
réservées aux entreprises des départements 01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 43, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 89 selon les modalités définies à l'article 2 de l'annexe des « Dispositions spécifiques aux groupes fermés »				
	Bloc S	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Soins Courants	<b>Honoraires médicaux</b> Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175 % (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux Radiologie		160 % (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	<b>Honoraires paramédicaux</b> Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transports	65%		
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60%	100%	100%
	<b>Médicaments</b> Pharmacie remboursées par la S.S.	65%/30%/15%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par la S.S. <sup>(1)</sup>	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 €/an/bénéficiaire	60 €/an/bénéficiaire
	<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup> Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
Hospitalisation	<b>Honoraires</b> Honoraires, frais de séjour <sup>(3)(30)</sup>	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(30)</sup>	-	70 €/jour	90 €/jour
	Lit accompagnant <sup>(30)</sup>	-	23 €/jour <sup>(3)</sup> pour les enfants de -15 ans	23 €/jour <sup>(3)</sup> pour les enfants de -15 ans
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(4)(30)</sup>	-	oui	oui	
Optique	<b>Bloc P</b>	<b>Part S.S. RG*</b>	<b>PCE 1</b>	<b>PCE 2</b>
	<b>Équipement optique 100% Santé</b> <sup>(5)(6)</sup>	60% <sup>(4)</sup>	Frais réels	Frais réels
	<b>Autre équipement optique (verres et monture)</b> - équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(6)</sup>	<b>Verres</b> : Frais réels <b>Monture</b> : 100 €	<b>Verres</b> : Frais réels <b>Monture</b> : 100 €
	- équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup> a) 1 équipement Monture et/ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% <sup>(3)</sup>	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et/ou verres progressifs <sup>(9)</sup> - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € <sup>(10)</sup> 100 €
	* Supplément forte correction <sup>(11)</sup>	-	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre
	<b>Lentilles</b> <sup>(12)</sup> Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> <sup>(13)(34)</sup>	-	450 €	450 €	
Dentaire	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup>	70%	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b> Inlay/Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la S.S. (par an par bénéf.) <sup>(12)</sup>	-	200 €	300 €
	<b>Prothèses dentaires</b> <sup>(2)</sup> Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(14)</sup> - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
	<b>Orthodontie</b> Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	300 €
	Implants <sup>(12)</sup>	-	300 €	400 €
Aides auditives	<b>Équipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives <sup>(2)(18)</sup> - Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus - Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	60%	950 € 1400 €	1100 € 1400 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>	-	100%	100%
Prestations complémentaires	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Étiopathes, Diététiciens, Psychologues, Podologue, Pédicure	-	3 x 40 €/an/bénéficiaire (Plafond : 240 €/an/famille)	4 x 40 €/an/bénéficiaire (Plafond : 320 €/an/famille)
	Cures thermales <sup>(22)</sup>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €



# Règlement des compléments individuels de frais médicaux

## Annexes des garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2021

### Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché.  
Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement.  
Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les « Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ».
- (3) Sans limitation de durée
- (4) Prise en charge suivant les dispositions de l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale
- (5) Équipement 100% Santé « Classe A », pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.  
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).  
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).  
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
  - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.
- Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n°2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
- 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 ;
- Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 :
    - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
    - 2) 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 ;
    - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
- (16) Prothèses hors « 100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation.  
Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.  
À partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.
- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- \* Écouteur
  - \* Microphone
  - \* Embout auriculaire pour :
    - bénéficiaire de moins de 2 ans → 4 embouts/an/appareil
    - bénéficiaire de plus de 2 ans → 1 embout/an/appareil
  - \* Pile sans mercure
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
  - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
  - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
  - Étiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
  - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
  - Psychologues titulaire d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées. Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 €/an
  - P3+ : 240 €/an
  - P4 : 320 €/an
  - P5 : 450 €/an
  - P6 : 480 €/an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire
- (23) Prothèses auditives relevant du « 100% Santé », définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- (a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV).
  - (b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;  
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
  - (c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.
  - (e) +140 €/verre unifocal
- \* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général
- OPTAM** : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- BR SS** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

### Notes spécifiques aux options régionales PCE 1 et PCE 2

- (30) À l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...).
- (33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale).
- (34) Prise en charge limitée à certains actes – contacter nos services pour plus d'informations.

# RÈGLEMENTS DES SURCOMPLÉMENTAIRES « AMPLITUDE »

## RÈGLEMENT DES OPTIONS INDIVIDUELLES D'EXTENSION FAMILIALE DE FRAIS MÉDICAUX

### Article 1 - Objet

Le présent règlement est régi par le code de la Sécurité sociale. Il a pour objet de définir les modalités de fonctionnement d'une couverture complémentaire santé fondée sur les principes suivants :

- l'adhérent est un salarié affilié par son entreprise dans le cadre du règlement des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-PRÉVOYANCE ;
- les bénéficiaires sont des personnes liées au salarié (conjoint et/ou ayants droit), à l'exclusion du salarié lui-même.

La mise en œuvre de cette couverture complémentaire santé ne peut intervenir qu'aux conditions suivantes :

- du fait de la formulation d'adhésion retenue par l'entreprise, la personne liée au salarié (conjoint ou enfant à charge) ne peut pas être reconnue comme ayant droit au titre du régime de frais médicaux collectifs ;
- la cotisation est appelée exclusivement auprès de l'adhérent ;
- le niveau de couverture du conjoint et/ou des enfants à charge est strictement aligné sur le niveau de couverture de l'adhérent (au titre de sa couverture collective d'entreprise et, le cas échéant, au titre d'un complément individuel facultatif).

La cessation de couverture du salarié au titre du régime de frais médicaux collectifs emporte automatiquement cessation de la couverture de toute personne liée, selon les modalités détaillées à l'article 8.

Dans la suite du règlement, sont appelés :

- **Garanties du Salarié** : les garanties globales de frais médicaux dont le salarié bénéficie, issues du cumul des couvertures suivantes :
  - Socle collectif obligatoire : le niveau de couverture du Régime de frais médicaux collectifs obligatoire de BTP-PRÉVOYANCE à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié ;
  - Complément individuel : le niveau complémentaire de couverture dont le salarié bénéficie s'il a choisi de relever du règlement des Compléments individuels de frais médicaux de BTP-PRÉVOYANCE ;
- **Adhérent** ou **Salarié** : le salarié affilié ou ancien salarié affilié qui bénéficie des garanties du Socle collectif obligatoire ;
- **Option individuelle d'extension familiale de frais médicaux** ou **Extension familiale** : la mise en place d'une couverture identique à celle dont bénéficie le salarié, en faveur de son conjoint et/ou de son (ses) enfant(s) à charge, sur la base d'une contribution financière exclusivement à la charge du salarié. Cette couverture est régie par les

dispositions du Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance.

### Article 2 - Accès aux Options individuelles d'extension familiale de frais médicaux

Tout salarié peut choisir d'adhérer au présent règlement pour couvrir ses ayants droit (conjoint et/ou enfants à charge) dès lors qu'il relève de la situation suivante :

- le salarié est affilié par son entreprise au règlement des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-PRÉVOYANCE ;
- et son entreprise a choisi d'opter pour une formulation tarifaire « Salarié seul » ou « Famille sans conjoint ».

Lors de son affiliation par l'entreprise au Socle collectif dans le cadre d'une formulation tarifaire « Famille sans conjoint » ou « salarié seul », chaque salarié est informé par BTP-PRÉVOYANCE de sa faculté d'accéder à une Option individuelle d'extension familiale de frais médicaux.

### Article 3 - Modalités de mise en œuvre

La décision du salarié de faire bénéficier ses ayants droit (conjoint et/ou enfants à charge) d'une Extension familiale se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- le nom, la date et le lieu de naissance ainsi que le lieu de domiciliation de l'adhérent,
- l'entreprise dont il relève,
- le nom et la date de naissance des personnes couvertes par l'extension de garantie,
- la date d'effet de l'Extension familiale.

Le bulletin d'adhésion précise que le Niveau de garantie de l'Extension familiale correspond strictement aux Garanties du salarié affilié, sans possibilité d'autre choix.

Le bulletin d'adhésion comporte également l'engagement de l'adhérent que les bénéficiaires de la présente extension familiale ne soient pas couverts, à compter du jour d'effet de la demande, par une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une institution de Prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire), sauf si cette autre couverture résulte d'une couverture obligatoire

d'entreprise au titre d'une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'intérim. À défaut de cet engagement, l'adhésion ne peut être acceptée. Par ailleurs, en cas de non-respect ultérieur de cet engagement, l'institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de dépenses de santé durant toute période de double couverture (que ces versements aient été effectués à l'intéressé, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant).

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-PRÉVOYANCE (ou aux services de PRO BTP) par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique,
- et aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu – tant auprès de l'adhérent qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant – entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation.

Pour faciliter la prise en compte de son droit à renonciation, l'adhérent est invité à utiliser la rédaction suivante :

*«Je renonce à mon adhésion au «règlement des options individuelle d'extension familiale Amplitude» intervenue le jj.mm.aa sous le numéro xxx (numéro d'adhésion indiqué dans le certificat d'adhésion)».*

L'institution est alors tenue de rembourser les cotisations perçues.

## Article 4 - Bénéficiaires

L'Option individuelle d'extension familiale de frais médicaux peut couvrir les bénéficiaires suivants :

- le conjoint du Salarié, si les conditions suivantes sont réunies :
  - l'entreprise a choisi une formulation tarifaire «Familial sans conjoint» ou «Salarié seul»,
  - le conjoint relève des dispositions de l'article 4.1 ;
  - le conjoint ne relève pas simultanément d'une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une institution de Prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire), sauf si cette autre couverture résulte d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'intérim. À défaut, l'institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant la période de double couverture (que ces montants aient été versés à l'intéressé, au conjoint, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant) ;
- ses enfants à charge si les conditions suivantes sont réunies :
  - l'entreprise a choisi une formulation tarifaire «Salarié seul»,
  - l'enfant à charge relève des dispositions de l'article 4.2 ;
- et de manière générale, toute autre personne fiscalement à charge du salarié affilié ou de son conjoint ayant droit,

Dans tous les cas, la couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée par écrit aux services gestionnaires de BTP-PRÉVOYANCE par courrier recommandé ou envoi électronique recommandé. La modification est prise en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la demande.

Toutefois, lorsque la modification de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants :

- mariage, divorce, séparation de corps,
- conclusion ou rupture d'un Pacs,
- naissance, décès d'un ayant droit,
- admission d'un ayant droit au bénéfice d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise ou de la Complémentaire santé solidaire,
- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise ou de la Complémentaire santé solidaire,

les cotisations et 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.

### 4.1 - Notion de conjoint du salarié

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec l'adhérent ;
- à défaut, la personne liée à l'adhérent 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 l'adhérent ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
  - a) le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ou si le salarié et son concubin ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés ou à naître de leur union),
  - b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre,
  - c) le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que l'adhérent.

L'existence d'un domicile commun au sens du a) s'entend par l'une des justifications suivantes :

- 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,
- le salarié et son concubin sont domiciliés à la même adresse auprès de leur(s) organisme(s) de base d'assurance maladie,
- le salarié et son concubin font l'objet d'une facturation commune par la société qui fournit leur domicile principal en électricité et/ou en gaz,
- le salarié et son concubin disposent d'un compte bancaire conjoint.

### 4.2 - Notion d'enfant(s) 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 Economique 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, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :

- 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 la charge fiscale du participant.

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 règlement.

## Article 5 - Date d'effet, modifications de l'adhésion

### 5.1 - Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'Option individuelle d'extension familiale de frais médicaux est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au plus tôt au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de couverture, et ne peut être rétroactive.

Par exception, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit l'affiliation au Socle collectif, cette date peut être fixée à la demande du Salarié rétroactivement au jour de son affiliation.

L'adhésion est conclue jusqu'à la fin 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 règlement.

### 5.2 - Réserve

### 5.3 - Autres modifications de l'adhésion

Tout changement de domicile doit être déclaré par l'adhérent. À défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu de l'adhérent produisent tous leurs effets.

## Article 6 - Cotisations

### 6.1 - Règles générales de fixation des cotisations

Le montant de la cotisation annuelle est défini dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement. Ce montant est fonction :

- du niveau des Garanties du Salarié, qui s'applique à l'identique aux bénéficiaires de l'Extension familiale,
- du nombre de bénéficiaires de l'Extension familiale,
- de l'âge de chacun des bénéficiaires,
- du lieu de résidence de l'adhérent (apprécié au premier janvier de l'exercice).

Toute actualisation de l'ANNEXE TARIFAIRE relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

### 6.2 - Gratuité de couverture de certains enfants

Certains enfants sont couverts gratuitement par BTP-PRÉVOYANCE. Cette couverture gratuite est mise en œuvre dans les situations suivantes :

- a) tout enfant lié au Salarié au sens de l'article 4.2 est couvert à titre gratuit jusqu'au dernier jour du 6<sup>e</sup> mois suivant sa naissance ou son adoption par le Salarié,
- b) lorsque l'Option individuelle d'extension familiale de frais médicaux couvre trois enfants à charge (au sens de l'article 4.2) 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.

### 6.3 - Remises de cotisations lors de la mise en place de la couverture

Pour tout bénéficiaire nouvellement admis au présent régime, les deux premiers mois de cotisations bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première couverture à titre individuel de l'intéressé (hors Compléments individuels de Frais médicaux) auprès de BTP-PRÉVOYANCE ou d'une des entités relevant des comptes combinés de l'institution.

Les cotisations dont le paiement a été suspendu sont définitivement remises par l'institution :

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de fin de couverture portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion,
- et si les cotisations dues jusqu'au 12<sup>e</sup> mois suivant son admission au Régime (hors période de suspension initiale) ont été régulièrement honorées, sans que l'institution ait eu à constater un retard de versement excédant 30 jours.

À défaut, les cotisations dont le paiement a été suspendu sont intégralement exigibles :

- à compter de la date où l'institution prend connaissance de la demande de fin de couverture,
- ou à compter du 31<sup>e</sup> jour de retard de versement des cotisations mentionnées ci-dessus.

## Article 7 - Versement des cotisations

L'entreprise adhérente au Socle collectif ne peut être tenue pour responsable du paiement de la cotisation qui correspond à l'Option individuelle d'extension familiale de frais médicaux.

Le Salarié, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant qu'il n'a pas été mis de terme à la couverture découlant du présent règlement. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement est fractionné par mois.

Les éventuels frais d'impayés peuvent être imputés à l'adhérent.

## Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

### 8.1 - Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion découlant du présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent,
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution,
- en cas de cessation d'affiliation du salarié au Socle collectif,
- lorsque les bénéficiaires ne sont plus liées au Salarié dans les conditions prévues à l'article 4 (notamment lorsque les enfants à charge ont dépassé les limites d'âge correspondantes),
- automatiquement : au jour du décès du dernier bénéficiaire, ou à compter du jour où il ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

#### 8.1.a) - Résiliation à l'initiative de l'adhérent

Tout Salarié affilié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la Sécurité sociale.

De manière générale, la résiliation à l'initiative de l'adhérent prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié à l'institution au moins deux mois auparavant.

Par exception, la résiliation peut prendre effet de manière anticipée dans les situations suivantes :

- 1) l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (« ONDAM ») ou d'une diminution des droits nés du présent règlement, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information ;
- 2) l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois,
- 3) les bénéficiaires de la couverture ont été admis au bénéfice de la Complémentaire santé solidaire,
- 4) le Salarié ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise adhérente au Socle collectif mais continue à bénéficier du maintien des garanties collectives sans contrepartie de cotisations,
- 5) la résiliation intervient après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion,

6) les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées au Salarié affilié dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

Dans les situations 1) à 5), la résiliation anticipée prend effet :

- par défaut, à l'expiration du délai d'un mois après que BTP-PRÉVOYANCE en a reçu notification,
- ou, sur demande expresse de l'adhérent, au dernier jour du mois suivant celui au cours duquel BTP-PRÉVOYANCE a reçu notification de la résiliation.

Dans la situation 6), la résiliation anticipée intervient au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la Sécurité sociale.

#### 8.1.b) - Résiliation à l'initiative de l'institution

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, et indépendamment du droit pour l'institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice :

- l'institution est fondée à émettre une mise en demeure à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans un délai qui ne peut être inférieur à 10 jours de son échéance ;
- la garantie est suspendue dans un délai ne pouvant être inférieur à 30 jours après l'émission de la mise en demeure lorsque cette dernière est restée sans suite ;
- l'adhésion pourra être résiliée après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la suspension de la garantie et interviendra au dernier jour du 3<sup>e</sup> mois civil qui suit la date d'effet de la suspension.

La lettre de mise en demeure visée ci-dessus informe l'adhérent :

- que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la suspension des garanties du présent règlement, selon le calendrier prévu à l'alinéa qui précède ;
- que la suspension des garanties emporte cessation d'octroi de tout droit à prestations,

Toutefois, les droits à prestations des bénéficiaires sont intégralement rouverts au titre de la période de suspension :

- si l'adhérent justifie, durant la période qui a immédiatement précédé le défaut de paiement, d'au moins 12 mois de cotisations acquittées au titre du présent règlement,
- et s'il régularise l'intégralité de ses cotisations arriérées ou venues à échéance durant la période de suspension.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation peut être prononcée sans préavis par l'institution. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

#### 8.1.c) - Conséquence de la cessation d'affiliation du salarié au Socle collectif

Lorsque le Salarié n'est plus couvert par le Socle collectif, les garanties nées du présent règlement cessent automatiquement :

- au 31 décembre de l'année en cours si l'institution a eu connaissance de la cessation de l'affiliation du Salarié au Socle collectif avant le 1<sup>er</sup> octobre,

- au 31 décembre de l'année suivante, si l'institution a eu connaissance de la cessation de l'affiliation du Salarié après le 1<sup>er</sup> octobre.

Préalablement à la cessation des garanties, l'institution informe les ayants droit majeurs qu'ils peuvent conserver le bénéfice de leurs garanties en adhérant à l'un des régimes de Frais médicaux individuels de l'institution (régime des actifs ou régime des retraités).

## 8.2 - Prestations et cotisations en cours au terme de l'adhésion

Les droits à prestations dont bénéficiaient les ayants droit du Salarié au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion.

Les éventuels excédents de cotisations versés au-delà de la date d'effet de la résiliation donnent lieu à remboursement.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée, les cotisations versées d'avance sont affectées en priorité à l'indemnisation du préjudice de l'institution.

## Article 9 - Réserve

### Article 10 - Condition d'ouverture des droits - Fait générateur

#### 10.1 - Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de BTP-PRÉVOYANCE au titre de l'Extension familiale en qualité d'ayant droit du Salarié,
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations au titre du présent règlement ou au titre du règlement du régime de compléments individuels.

#### 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 journée d'hospitalisation faisant l'objet du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale 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 - Réserve

## Article 12 - Prestations, étendue des garanties

### 12.1 - Dispositions générales relatives aux prestations

Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de BTP-PRÉVOYANCE, le droit à prestations est fonction du niveau des Garanties du Salarié, composées du Socle collectif et, s'il y a lieu, du Complément individuel.

Le calcul de la prestation s'effectue :

- selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES,
- par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur de la prestation.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations relatives au contrat dit « responsable » (notamment les planchers, plafonds et 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 ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
  - le « ticket modérateur » : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1<sup>o</sup> de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
  - les équipements dits « 100% Santé » : équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies aux 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
  - le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6<sup>o</sup> de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d'accueil spécialisées MAS – ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes – EHPAD – ne sont pas pris en compte),
- 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 conseil d'administration a compétence pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement, ces adaptations devant être soumises à ratification de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES ou résultante des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, 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 de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, les remboursements sont toujours

complémentaires et versés dans la limite des sommes déclarées à la Sécurité sociale. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement 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 présent article destinées à 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 de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

## 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, qui s'entend y compris le montant du ticket modérateur, 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 deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou en cas de renouvellement anticipé prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la dernière facturation d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les équipements optiques relevant du « 100 % Santé », le forfait de remboursement de BTP-PRÉVOYANCE complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

Pour les autres équipements optiques (dits « équipements libres »), à partir du module P2, le forfait de remboursement est majoré lorsque l'acquisition de l'équipement intervient chez un opticien ayant signé une convention avec le réseau de soins Sévéane.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au remboursement de base. Ce supplément s'applique alors aux verres optiques qui ne relèvent pas des catégories suivantes :

- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1 du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
- et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1 du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
  - 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 ;

Le plafond de remboursement de l'équipement, qui dépend du module d'adhésion, est défini dans l'ANNEXE DES GARANTIES.

## 12.3 - Dispositions spécifiques aux garanties dentaires

Pour les prothèses dentaires relevant du « 100 % Santé », le forfait de remboursement de BTP-PRÉVOYANCE complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

Lorsque l'adhérent a opté pour un module supérieur ou égal au niveau P3+, les prothèses dentaires dites à « honoraires maîtrisés » sont également prises en charge sans reste à charge (dans la limite de facturation prévue par la réglementation).

Lorsque l'adhérent a opté pour un module supérieur ou égal au niveau P3, le remboursement de l'implant est majoré lorsque sa pose est réalisée par un chirurgien-dentiste ayant signé une convention spécifique avec le réseau de soins Sévéane.

## 12.4 - Dispositions spécifiques aux garanties audioprothétiques

Pour les prothèses auditives relevant du « 100 % Santé », le forfait de remboursement de BTP-PRÉVOYANCE complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

Pour les autres prothèses auditives, à partir du module P2, le remboursement est majoré lorsque son acquisition intervient chez un audioprothésiste ayant signé une convention avec le réseau de soins Sévéane.

## 12.5 - Autres dispositions concernant la prise en charge des prothèses dentaires, prothèses auditives et matériel médical

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,
- matériel médical.

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

plafond, variable en fonction de l'ancienneté d'adhésion, est fixé par bénéficiaire et par année civile :

- à 2500 € à compter de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit,
- à 5000 € du 1<sup>er</sup> janvier de la deuxième année jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suivent la date d'effet de l'adhésion,
- à 10000 € à partir du 1<sup>er</sup> janvier de la cinquième année suivant la date d'effet de l'adhésion.

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,
- ou au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du « 100 % Santé », telles que définies ci-dessus.

### 12.6 - 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 à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM CO, ou dispositif équivalent) mentionné à l'article L. 871-1 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.

Lorsqu'aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par BTP-PRÉVOYANCE, l'adhérent 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'adhérent peut être conduit à fournir tous les 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 et le rappel des prestations versées à tort.

## 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 €, valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2021. 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 à l'adhérent 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. L'institution propose ainsi aux professionnels de santé et aux adhérents un service de tiers payant pour les remboursements suivants :

- les tarifs de responsabilité (ticket modérateur), dans les conditions définies à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
- le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.

Pour toute prestation entrant dans le cadre d'une convention de tiers payant signée par BTP-PRÉVOYANCE 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 adhésion, tel que défini à l'article 8 :

- l'adhérent et ses ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-PRÉVOYANCE ;
- dans l'hypothèse où l'adhérent et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-PRÉVOYANCE est fondée :
  - à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées,
  - ou à précompter ces sommes sur tous autres montants dus par BTP-PRÉVOYANCE (au titre de versements de prestations ou de remboursements de cotisations trop perçues).

## Article 16 - Délai de stage et de carence

Les garanties accordées s'appliquent au premier jour d'effet de l'affiliation du bénéficiaire au niveau de garanties retenu.

## Article 17 - Délai de déclaration et Prescription

### 17.1 - Délai de déclaration du droit à prestation

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

Le niveau de la prestation versée est celui en vigueur à la date du fait générateur.

À défaut de demande ou déclaration dans ce délai, les droits à prestation sont prescrits.



## 17.2 - Prescription des actions en justice

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions relatives aux droits et obligations nés du présent règlement 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution 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 ignoré jusque-là,
- en cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le salarié, un bénéficiaire ou un ayant droit, ou du jour où le tiers a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à cinq ans en ce qui concerne les actions en répétition de l'indu (s'agissant notamment des cotisations versées à tort par les adhérents et des prestations versées à tort par BTP-PRÉVOYANCE).

La prescription de l'action est interrompue :

- en cas d'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés :
  - soit à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou le remboursement d'une prestation indue,
  - soit à BTP-PRÉVOYANCE en ce qui concerne le règlement d'une prestation ;
- en cas de désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- ou par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
  - une action en justice (art. 2241 du code civil) ;
  - la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil).

## 17.3 - Dispositions diverses

L'historisation par BTP-PRÉVOYANCE des données conditionnant l'accès aux mesures d'attractivité de l'article 6.3 est fixée à 5 ans à compter du terme de la dernière affiliation à un régime individuel. Cette durée fixe le délai de prescription au-delà duquel le droit aux dispositions dudit article est définitif, quelles qu'aient été les couvertures antérieures.

## Article 18 - Recours contre tiers responsable

BTP-PRÉVOYANCE est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 BTP-PRÉVOYANCE a exposées, et dans les conditions et limites légales.

## Article 19 - Réserve

### Article 20 - Réglementation LCB-FT

Dans le cadre de la réglementation LCB-FT (Lutte contre le Blanchiment des Capitaux et le Financement du Terrorisme), BTP-PRÉVOYANCE est tenue à diverses obligations de vigilance spécifique. À ce titre :

- l'adhérent s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-PRÉVOYANCE de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- le cas échéant, pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer de toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-PRÉVOYANCE de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire.

### Article 21 - Information des adhérents

#### 21.1 - Information lors de l'adhésion

Sont réalisés conformément aux dispositions légales, et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement :

- le recueil des besoins des personnes non encore adhérentes,
- l'information des adhérents.

En particulier, préalablement à l'adhésion, sont remis à l'adhérent un bulletin d'adhésion et une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations des bénéficiaires, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations, ainsi que les modalités de financement et les sanctions du non-paiement des cotisations.

Sont communiquées à l'adhérent les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision 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 l'institution ou par son sous-traitant l'association de moyens PRO BTP.

Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'adhérent devra s'adresser à BTP-PRÉVOYANCE qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :  
PRO BTP - Réclamations  
93901 BOBIGNY CEDEX 9
- soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois.

L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations et que la réponse apportée ne le

satisfait pas, et pour le règlement de litige extrajudiciaire, il peut s'adresser par écrit au Médiateur de la Protection Sociale (CTIP) :

- soit à l'adresse suivante :

Médiateur de la Protection sociale (CTIP)  
10 rue Cambacérès  
75008 PARIS

- soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip)

- que la saisine du Médiateur de la Protection Sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être. Il est précisé que le Médiateur de la Protection sociale (CTIP) n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-PRÉVOYANCE et le présent Règlement sont soumis au contrôle de l'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION, située au 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

## 21.2 - Information en cas de modification des conditions de couverture

Les adhérents sont informés par écrit :

- de toute modification apportée aux articles 1 à 21 du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations et/ou les garanties,
- ou suite à modification des garanties prises en charge par le Socle collectif entraînant une modification automatique des garanties de l'extension familiale.

Après information des adhérents et pour ceux qui n'ont pas exercé leur droit à résiliation dans les conditions définies à l'article 8.1-a) du présent règlement, les modifications s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits de l'adhérent nés du présent règlement, celui-ci peut dénoncer son adhésion dans un délai de 30 jours suivant son information.

## 21.3 - Protection des données personnelles

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, ont vocation à être traitées par BTP-PRÉVOYANCE, responsable de traitement, à des fins :

- d'adhésion, gestion et exécution de la couverture Santé,
- de réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, email, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des bénéficiaires à tout moment, évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de BTP-PRÉVOYANCE,

- et avec l'accord de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture Santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales.

D'une manière générale, les données sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de BTP-PRÉVOYANCE, ainsi qu'à son sous-traitant l'Association de moyens PRO BTP, et, si nécessaire, à des intermédiaires, réassureurs, prestataires et partenaires. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires.

Certaines des données traitées peuvent être transférées à des prestataires situés en dehors de l'Union européenne, notamment aux fins d'assurer la maintenance et les opérations d'hébergement des données dans le respect de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, et sauf exception liée à l'exécution de la couverture Santé ou aux obligations légales de BTP-PRÉVOYANCE, l'adhérent et le cas échéant ses bénéficiaires disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après leur décès. Ces droits s'exercent en justifiant de son identité par courrier postal à « PRO BTP – DPO – 93901 BOBIGNY CEDEX 9 » ou par email à « CIRCUITDCP@protbp.com ». En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

Le Groupe PRO BTP dispose d'un délégué à la protection des données (DPO) qui peut être contacté par courrier au 7, rue du regard, 75006 Paris.

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.

## Article 22 - Section financière et réserve

Il est institué une section financière unique, ainsi qu'une réserve distincte dans les fonds propres de l'institution, pour le suivi des opérations nées :

- du règlement des compléments individuels de frais médicaux,
- et du présent règlement.

Les dispositions des articles 22 et 24 du règlement des compléments individuels de frais médicaux s'appliquent pour les opérations de cette section financière.

## Article 23 - Comptes de résultats

Outre les opérations à caractère social mutualisées dans le cadre du compte d'action sociale Santé (tel que défini à l'article 23 du règlement des régimes de Frais Médicaux Collectifs), les opérations nées du présent règlement sont suivies dans deux comptes :

### 23.1 - Le «Compte du régime»

Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) les cotisations individuelles acquises des adhérents,
- b) la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs,
- c) les produits nets des placements au titre du présent règlement,
- d) le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au «compte du régime» comprennent :

- a) les charges de prestations versées et provisionnées au titre du présent règlement,
- b) le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs,
- c) un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 15% des cotisations acquises des adhérents avant réductions au titre des mesures définies à l'article 6.3,
- d) un prélèvement sur les cotisations pour le financement du compte d'action sociale Santé (tel que défini à l'article 23.3 du règlement des régimes de Frais Médicaux Collectifs), dans les conditions fixées par le conseil d'administration et dans la limite de 0,75% des cotisations acquises des adhérents,
- e) le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24,
- f) la charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté :

- a) le cas échéant, sur décision de la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d'administration), pour tout ou partie à la réserve du Régime de base de frais médicaux collectifs,
- b) pour le solde, à la réserve définie à l'article 22.

### 23.2 - Le «Compte de gestion»

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'institution dans le cadre du présent règlement.

À cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 23.1.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire, sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion.

# Règlement des options individuelles d'extension familiale de frais médicaux

## Annexes des garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2021 - Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
  - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique.

### OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE

Bloc S		Part S.S. RG*	S1	S2	S3
Soins Courants	<b>Honoraires médicaux</b> Consultations et visites (généralistes et spécialistes) Actes techniques médicaux Radiologie Soins externes	70% 60% à 70%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)
	<b>Honoraires paramédicaux</b> Auxiliaires médicaux, soins infirmiers Transport	60% 65%	100%	100%	100%
	<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	60%	100%	100%	100%
	<b>Médicaments</b> Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par S.S. (1)	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 €/an/bénéficiaire
	<b>Matériel médical</b> (2) Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%
	<b>Hospitalisation</b>				
	<b>Honoraires</b> Honoraires, Frais de séjour (3) Chambre particulière (3)	80% -	100% -	100% -	100% 45 €/jour
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans (3) ou bénéficiaires de plus de 70 ans (3)	-	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour
Actes médicaux supérieurs à 120 € Forfait journalier hospitalier (3)(4)	100% - 1 forfait -	100% oui	100% oui	100% oui	
<b>Bloc P</b>		<b>Part S.S. RG*</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>
Optique	<b>Équipement optique 100% Santé</b> (5)(6)	60% (a)	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<b>Autre équipement optique (verres et monture)</b> - Équipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre (6)(7)	60% (b)	<b>Verres</b> : Frais réels <b>Monture</b> : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	<b>Verres</b> : Frais réels <b>Monture</b> : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	<b>Verres</b> : Frais réels <b>Monture</b> : 100 €
	- Équipement libre (6)(7)(8) <b>Équipement à verres unifocaux</b> Dans Sévéane Hors Sévéane	60% (c)	100 € (50 € si < 16 ans)	175 € 125 €	200 € 150 €
	<b>Équipement à verres progressifs</b> (9) Dans Sévéane Hors Sévéane		200 €	250 € 200 €	300 € 250 €
	<b>Supplément forte correction</b> (11)		+ 50 €/verre unifocal si ≥ 16 ans (d)	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre
	<b>Lentilles</b> (12) Lentilles remboursées par la S.S. Lentilles non remboursées par la S.S.	60% -	100% -	100% + 120 € -	100% + 120 € 80 €
<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> (13)	-	-	-	200 €/œil	
Dentaire	<b>Soins et Prothèses dentaires 100% Santé</b> (2)(14)	70%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<b>Soins dentaires</b> Inlay/onlay (par acte)	70%	100%	100%	125%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. (15)	70%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) (12)	-	-	-	200 €
	<b>Prothèses dentaires</b> (2) Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés (16) - Autres prothèses	70%	125%	250%	350%
	<b>Orthodontie</b> Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) (17)	-	-	-	200 €
	<b>Implants</b> (par an par bénéficiaire) (12) Dans Sévéane Hors Sévéane	-	-	-	400 € 200 €
Aides auditives	<b>Équipements auditifs 100% Santé</b> (23)	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	Autres Prothèses auditives (2)(18) - Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans Dans Sévéane Hors Sévéane	60%	400 €	1000 € 950 €	1100 € 950 €
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins		1400 €	1400 €	1400 €
	Accessoires (19)		100%	100%	100%
Prestations complémentaires	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées</b> (20)(21) Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Psychologues	-	-	-	2 x 40 €
	<b>Cures thermales</b> (22)	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €
<b>Module additionnel facultatif</b>	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option	en option

## OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE

OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE					
S3+	S4	S5 / S6		Bloc S	
160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)		<b>Honoraires médicaux</b> Consultations et visites (généralistes et spécialistes) Actes techniques médicaux Radiologie Soins externes	<b>Soins Courants</b>
160%	200%	200%		<b>Honoraires paramédicaux</b> Auxiliaires médicaux, soins infirmiers Transport	
160%	200%	200%		<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	
100%	100%	100%		<b>Médicaments</b> Pharmacie remboursées par la S.S.	
Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €		Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(1)</sup>	
40 €/an/bénéficiaire	60 €/an/bénéficiaire	80 €/an/bénéficiaire		Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	
500%	550%	650%		<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup> Appareillages orthopédiques et autres prothèses	
160% (200% si OPTAM) 60 €/jour	200% (Frais réels si OPTAM) 75 €/jour	200% (Frais réels si OPTAM) 100 €/jour		<b>Honoraires</b> Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup> Chambre particulière <sup>(3)</sup>	<b>Hospitalisation</b>
23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour		Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(3)</sup> ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(3)</sup>	
100%	100%	100%		Actes médicaux supérieurs à 120 €	
oui	oui	oui		<b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(3)(4)</sup>	
P3+	P4	P5	P6	Bloc P	
<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Équipement optique 100% Santé</b> <sup>(5)(6)</sup> <b>Autre équipement optique (verres et monture)</b>	<b>Optique</b>
<b>Verres : Frais réels</b> <b>Monture : 100 €</b>	<b>Verres : Frais réels</b> <b>Monture : 100 €</b>	<b>Verres : Frais réels</b> <b>Monture : 100 €</b>	<b>Verres : Frais réels</b> <b>Monture : 100 €</b>	- <b>Équipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre</b> <sup>(6)(7)</sup>	
300 €	350 €	400 €	420 €	- <b>Équipement libre</b> <sup>(6)(7)(8)</sup>	
200 €	250 €	300 €	350 €	Dans Sévéane <b>Équipement à verres unifocaux</b>	
400 €	500 €	600 € <sup>(10)</sup>	700 € <sup>(10)</sup>	Dans Sévéane <b>Équipement à verres progressifs</b> <sup>(9)</sup>	
300 €	400 €	500 €	600 €	Hors Sévéane	
+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre progressif <sup>(6)</sup>	<b>Supplément forte correction</b> <sup>(11)</sup>	
100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €	<b>Lentilles</b> <sup>(12)</sup>	
125 €	150 €	175 €	250 €	Lentilles remboursées par la S.S.	
300 €/œil	400 €/œil	500 €/œil	500 €/œil	Lentilles non remboursées par la S.S.	
<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> <sup>(13)</sup>	
150%	200%	250%	300%	<b>Soins et Prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup>	<b>Dentaire</b>
100%	100%	300%	300%	<b>Soins dentaires</b>	
250 €	300 €	350 €	400 €	Inlay/onlay (par acte)	
				Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>	
				Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>	
				<b>Prothèses dentaires</b> <sup>(2)</sup>	
Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :	
450%	500%	550%	600%	- Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup>	
				- Autres prothèses	
250%	300%	400%	400%	<b>Orthodontie</b>	
300 €	400 €	500 €	600 €	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	
600 €	800 €	1000 €	1200 €	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	
300 €	400 €	500 €	600 €	Dans Sévéane <b>Implants</b> (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>	
				Hors Sévéane	
<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Équipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(23)</sup>	<b>Aides auditives</b>
1200 €	1350 €	1500 €	1700 €	Autres Prothèses auditives <sup>(2)(18)</sup>	
950 €	1000 €	1100 €	1300 €	Dans Sévéane - Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans	
1400 €	1400 €	1400 €	1700 €	Hors Sévéane	
100%	100%	100%	100%	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins	
				Accessoires <sup>(19)</sup>	
3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Psychologues	<b>Prestations complémentaires</b>
100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €	<b>Cures thermales</b> <sup>(22)</sup>	
en option	en option	en option	Inclus	<b>Services d'assistance</b>	<b>Module additionnel facultatif</b>

# Règlement des options individuelles d'extension familiale de frais médicaux

## Annexes des garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2021 - Options régionales PCE 1 et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
  - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique.

OPTIONS RÉGIONALES				
réservées aux entreprises des départements 01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 43, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 89 selon les modalités définies à l'article 2 de l'annexe des «Dispositions spécifiques aux groupes fermés»				
	Bloc S	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Soins Courants	<b>Honoraires médicaux</b>			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Radiologie			
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	<b>Honoraires paramédicaux</b>			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transports	65%		
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60%	100%	100%
	<b>Médicaments</b>			
Pharmacie remboursées par la S.S.	65%/30%/15%	100%	100%	
Vaccins non remboursés par la S.S. <sup>(1)</sup>	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €	
Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 €/an/bénéficiaire	60 €/an/bénéficiaire	
<b>Matériel médical <sup>(2)</sup></b>				
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%	
Hospitalisation	<b>Honoraires</b>			
	Honoraires, frais de séjour <sup>(3)(30)</sup>	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(30)</sup>		70 €/jour	90 €/jour
	Lit accompagnant <sup>(30)</sup>	-	23 €/jour <sup>(3)</sup> pour les enfants de -15 ans	23 €/jour <sup>(3)</sup> pour les enfants de -15 ans
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(4)(30)</sup>	-	oui	oui	
Divers : TV - Téléphone si hospitalisation > 15 jours	-	-	-	
Optique	<b>Bloc P</b>	<b>Part S.S. RG*</b>	<b>PCE 1</b>	<b>PCE 2</b>
	<b>Équipement optique 100 % Santé <sup>(5)(6)</sup></b>	60% <sup>(a)</sup>	Frais réels	Frais réels
	<b>Autre équipement optique (verres et monture)</b>			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup>			
	a) 1 équipement Monture et/ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% <sup>(c)</sup>	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et/ou verres progressifs <sup>(9)</sup> - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € <sup>(10)</sup> 100 €
	* Supplément forte correction <sup>(11)</sup>		+ 50 €/verre	+ 50 €/verre
	<b>Lentilles <sup>(12)</sup></b>			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>
Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €	
<b>Chirurgie réfractive de la vue <sup>(13)(34)</sup></b>	-	450 €	450 €	
Dentaire	<b>Soins et prothèses dentaires 100 % Santé <sup>(2)(14)</sup></b>	70%	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b>			
	Inlay/Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la S.S. (par an par bénéf.) <sup>(12)</sup>	-	200 €	300 €
	<b>Prothèses dentaires <sup>(2)</sup></b>			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(14)</sup> - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
	<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%	
Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	300 €	
Implants <sup>(12)</sup>	-	300 €	400 €	
Aides auditives	<b>Équipements auditifs 100 % Santé <sup>(2)(18)</sup></b>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives <sup>(2)(18)</sup></b>			
	- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans - Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins	60%	950 € 1400 €	1100 € 1400 €
Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%	
Prestations complémentaires	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées <sup>(20)(21)</sup></b>	-	3 x 40 €/an/bénéficiaire (Plafond : 240 €/an/famille)	4 x 40 €/an/bénéficiaire (Plafond : 320 €/an/famille)
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Étiopathes, Diététiciens, Psychologues, Podologue, Pédicure Cures thermales <sup>(22)</sup>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
<b>Module additionnel facultatif</b>	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option

# Règlement des options individuelles d'extension familiale de frais médicaux

## Annexes des garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2021

### Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché.  
Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement.  
Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les « Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ».
- (3) Sans limitation de durée.
- (4) Prise en charge suivant les dispositions de l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.
- (5) Équipement 100 % Santé « Classe A », pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n° 0288 du 13/12/2018 texte n° 13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.  
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).  
Pour les équipements combinant des verres « 100 % Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n° 0288 du 13/12/2018 texte n° 13).  
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :  
- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,  
- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.  
Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n° 0288 du 13/12/2018 texte n° 13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100 % Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :  
- 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;  
- 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;  
- 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;  
- 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;  
Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :  
- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;  
- et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :  
1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,  
2) 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,  
3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100 % Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
- (16) Prothèses hors « 100 % Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation.  
Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.  
À partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.
- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :  
\* Ecouteur  
\* Microphone  
\* Embout auriculaire pour :  
- bénéficiaire de moins de 2 ans → 4 embouts/an/appareil  
- bénéficiaire de plus de 2 ans → 1 embout/an/appareil  
\* Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :  
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;  
- Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;  
- Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;  
- Étiopathes inscrits au Registre National des Étiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;  
- Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;  
- Psychologues titulaire d'un diplôme universitaire de psychologie.  
Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées. Les plafonds annuels par famille par niveau :  
- P3 : 160 €/an  
- P3+ : 240 €/an  
- P4 : 320 €/an  
- P5 : 450 €/an  
- P6 : 480 €/an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire
- (23) Prothèses auditives relevant du « 100 % Santé », définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.  
Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- (a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30 % du Prix Limite de Vente (PLV).
- (b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30 % du PLV ;  
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- (c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.
- (d) + 75 €/verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans
- (e) + 140 €/verre unifocal
- \* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général
- OPTAM** : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- BR SS** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- Notes spécifiques aux options régionales PCE 1 et PCE 2**
- (30) À l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...).
- (31) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85 % des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale).
- (32) Prise en charge limitée à certains actes – contacter nos services pour plus d'informations.

## Règlement des options individuelles d'extension familiale de frais médicaux

### Annexe - Services Assistance

En complément de son adhésion au présent règlement, l'adhérent peut opter pour une garantie additionnelle optionnelle d'assistance.

Les prestations correspondantes d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance (AWP France SAS), société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n°490 381 753 et inscrite à l'ORIAS sous le n°07 026 669, dont le siège social est situé au 7, rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen.

La nature des services d'assistance, les conditions d'accès à ces derniers, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions sont précisées dans la convention d'assistance remise à l'adhérent. La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
  - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
  - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P «Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires», auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.











[www.probtp.com](http://www.probtp.com)

**PRO BTP** Association de Protection Sociale du Bâtiment et des Travaux publics, association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
Siège social : 7 rue du Regard 75006 PARIS - SIREN 394 164 966.

**BTP-PRÉVOYANCE** Institution de Prévoyance du Bâtiment et des Travaux publics régie par le code de la Sécurité sociale  
Siège social : 7 rue du Regard 75006 PARIS - SIREN : 784 621 468

