

RÈGLEMENT

FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS DES ACTIFS

TEXTES
AU 1^{er} JANVIER
2021



SOMMAIRE

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

RÈGLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS DES ACTIFS

Article 1 - Objet

Le présent règlement est régi par le code de la Sécurité sociale. Il a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge d'actifs et, le cas échéant, de leurs ayants droit, par le régime de Sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées s'adressent prioritairement à des actifs qui ne sont pas couverts dans le cadre de couvertures collectives d'entreprise au sein du BTP.

Elles reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements, ainsi que des modules de garanties additionnelles proposant notamment des services d'assistance ou le versement d'un capital en cas de décès.

Article 2 - Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les salariés du BTP, lorsqu'ils ont exercé leur droit à dispense en application des articles D. 911-2 ou R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale,
- les anciens salariés du BTP (y compris les intérimaires œuvrant dans une entreprise du BTP, lorsqu'ils exercent leur droit à dispense),
- les jeunes en formation au sein de centres du BTP, ou apprentis de la profession, ou étudiants dans une école de la profession,
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à un régime de frais médicaux de l'institution :
 - qui ont été reconnus bénéficiaires des garanties santé de BTP-PRÉVOYANCE avec leur propre numéro de Sécurité sociale,
 - et qui ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès de l'adhérent, divorce, rupture de Pacs, séparation de corps, terme de l'acceptation en qualité d'enfant bénéficiaire au sens de l'article 4.2).

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants :

- qui n'ont pas encore atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la Sécurité sociale (au-delà, la demande d'adhésion est prise en compte au titre du règlement de frais médicaux individuels retraités)
- et qui sont affiliés à un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Par leur adhésion, ces personnes sont reconnues adhérents de l'institution.

Les retraités (allocataires du régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO) et les travailleurs non-salariés ne peuvent adhérer au présent règlement.

Seules les personnes qui, avant le 31 octobre 2016, relevaient d'une « option régionale » en coassurance avec la MBTPSE peuvent adhérer, jusqu'au 31 décembre 2021, aux options PCE1 ou PCE2. Seules les personnes qui, avant le 31 octobre 2016, relevaient d'une « option régionale » en coassurance avec la MBTP du Nord peuvent adhérer, jusqu'au 31 décembre 2021, à l'option PNP.

Article 3 - Modalités de l'adhésion

3.1 - Nouvelle adhésion individuelle auprès de BTP-PRÉVOYANCE

L'acte d'adhésion 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 :

- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée,
- la date et le lieu de naissance ainsi que le lieu de domiciliation du candidat à l'adhésion,
- la désignation des personnes couvertes par l'adhésion,
- la date d'effet de l'adhésion,
- le niveau de garantie retenu. L'adhérent ne peut choisir plus d'un niveau d'écart entre le niveau des garanties pour le module « Soins-Hospitalisation » et celui des garanties pour le module « Optique, prothèses et divers ».

Le bulletin d'adhésion comporte également :

- l'engagement du futur adhérent de ne pas être couvert, 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 ses 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) ;
- lorsque le candidat à l'adhésion est salarié d'une entreprise du BTP, une attestation qu'il peut être exempté d'affiliation à la couverture collective en vigueur au sein de son entreprise.

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 frais médicaux individuels des actifs » 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.

3.2 - Réserve

Article 4 - Bénéficiaires

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

- l'adhérent,
- ses ayants droit :
 - le conjoint de l'adhérent (tel que défini à l'article 4.1),
 - ses enfants à charge (tels que définis à l'article 4.2).
 - et de manière générale, toute autre personne fiscalement à charge de l'adhérent ou de son conjoint ayant droit.

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

Le bénéfice de la couverture ne peut être ouvert au conjoint que si ce dernier 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). 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).

4.1 - Notion de conjoint de l'adhérent

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 l'adhérent 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 :

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

4.2 - Notion d'enfant bénéficiaire

Peuvent bénéficier des garanties du présent régime, jusqu'au 31 décembre de leurs 25 ans, les enfants :

- nés de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice,
- nés du conjoint (tel que défini à l'article 4.1), ou adoptés par le conjoint, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice, si celui-ci est lui-même bénéficiaire du présent régime,
- 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.

4.3 - Modifications dans la liste de bénéficiaires

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de BTP-PRÉVOYANCE par courrier recommandé ou envoi électronique recommandé. La modification est prise en compte au 1^{er} 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 droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les trois mois qui s'ensuivent et si les cotisations correspondantes ont été préalablement régularisées.

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

5.1 - Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion 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 :

- si au cours des six derniers mois, l'adhérent était couvert à titre de bénéficiaire par une couverture – collective ou individuelle – interrompue suite au décès de l'adhérent principal, à divorce, à rupture de Pacs ou à séparation de corps, la date d'effet de l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption ;
- si au cours des six derniers mois, l'adhérent bénéficiait de droits collectifs qui ont été interrompus au jour de fin de son dernier contrat de travail, l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de cette même date.

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.

Toutefois, pour les adhérents apprentis bénéficiaires du dispositif prévu à l'article 6.5, le montant de la cotisation (nette de réduction sociale) reste garanti jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire durant laquelle l'adhésion a été réalisée ou renouvelée.

5.2 - Date d'effet en cas de changement d'option

Pour toute demande de l'adhérent reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement d'option intervient avec effet au 1^{er} janvier suivant (ou au 1^{er} septembre suivant, pour les adhérents apprentis bénéficiaires du dispositif prévu à l'article 6.5 qui le souhaitent).

Par exception :

- le changement d'option peut être pris en compte rétroactivement au 1^{er} 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 ;
- lorsque les niveaux de couverture de départ et d'arrivée sont inférieurs ou égaux au niveau S3P3, la date de changement d'option 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 d'option 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 de 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 d'option ne peut intervenir qu'à la baisse),

- l'adhérent (ou son conjoint) liquide ses droits à retraite complémentaire AGIRC-ARRCO.

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 - Cotisations

6.1 - Règles générales de fixation des cotisations

Le montant de la cotisation annuelle applicable à l'adhérent est défini dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement.

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis,
- de la composition familiale déclarée à l'institution (sauf cas de gratuité définis ci-dessous),
- de l'âge de l'adhérent,
- de son lieu de résidence (apprécié au 1^{er} 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 à l'adhérent au sens de l'article 4.2 est couvert à titre gratuit jusqu'au dernier jour du 6^e mois civil suivant sa naissance ou son adoption par l'adhérent,
- b) lorsque l'adhésion couvre au moins trois autres enfants liés à l'adhérent au sens de l'article 4.2, et que ces enfants sont âgés de moins de 26 ans au 31 décembre de l'année d'effet de la couverture, seuls deux enfants 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 à l'adhésion

Pour tout nouveau bénéficiaire (qu'il s'agisse de l'adhérent ou de tout ayant droit), les cotisations dues au titre des deux premiers mois de couverture bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première fois que l'intéressé relève d'une couverture santé individuelle assurée et gérée (hors compléments individuels de Frais médicaux) par BTP-PRÉVOYANCE ou par une des entités relevant des comptes combinés de l'institution. Pour les ayants droit, cette disposition s'applique y compris lorsque l'inscription auprès de BTP-PRÉVOYANCE est postérieure à celle de l'adhérent.

Les anciens apprentis ayant bénéficié d'une minoration de cotisation dans le cadre des dispositions de l'article 6.6 bénéficient d'une suspension de 2 mois de cotisation au 1^{er} janvier qui suit la fin de leur apprentissage s'ils poursuivent leur adhésion au présent régime selon les modalités précisées ci-dessus.

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

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de résiliation portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion,
- et si les cotisations dues jusqu'au 12^e mois suivant l'adhésion (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 :

- ou à compter de la date où l'institution prend connaissance de la demande de résiliation,
- ou à compter du 31^e jour de retard de versement des cotisations mentionnées ci-dessus.

En cas de révision à la baisse des garanties portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion, l'adhérent sera immédiatement redevable de la fraction des cotisations correspondant à l'écart de garanties et dont le paiement a été suspendu.

6.4 - Autres remises de cotisations à l'adhésion

En complément, certains ensembles d'anciens salariés issus d'entreprises ou de Groupes du BTP peuvent bénéficier de dispositifs spécifiques de réductions de cotisations, notamment lors de leur adhésion. Le cadre général dans lequel ces réductions de cotisations s'inscrivent est défini par le Conseil d'administration.

6.5 - Gratuité temporaire à l'adhésion d'un ayant droit, en cas de décès de l'ancien adhérent principal

En cas de décès d'un ancien participant affilié à un Régime de frais médicaux collectifs tel que défini dans les règlements des régimes de BTP-PRÉVOYANCE, ses anciens ayants droit bénéficient d'une gratuité de cotisation durant les six premiers mois de leur adhésion au présent règlement, si leur demande d'adhésion a été signifiée à l'institution dans les 6 mois suivant le décès.

6.6 - Réductions sociales

Dans le cadre de la politique d'action sociale Santé mise en œuvre par BTP-PRÉVOYANCE, les apprentis bénéficient d'une minoration de cotisation. La réduction est consentie, en fonction de la durée d'adhésion au présent règlement, jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit la fin de l'apprentissage.

Le barème tarifaire spécifique résultant est exposé dans l'ANNEXE SOCIALE jointe au présent règlement.

Article 7 - Versement des cotisations

L'adhérent, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que

l'adhésion n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement est fractionné mensuellement (*).

(* Pour certaines adhésions intervenues avant le 31 décembre 2018, les cotisations sont appelées par échéances trimestrielles.

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 au 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,
- automatiquement : au jour du décès de l'adhérent, ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie de France métropolitaine, ou au jour de transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités.

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

Tout adhérent 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 a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
- 3) l'adhérent a été admis au bénéfice de la Complémentaire santé solidaire ;
- 4) la résiliation intervient après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion ;
- 5) l'adhérent est affilié en tant que salarié à une couverture collective obligatoire de frais médicaux par son entreprise ;
- 6) l'adhérent devient affilié, en tant qu'ayant droit, à la couverture collective obligatoire de Frais Médicaux de l'entreprise dans laquelle son conjoint exerce une activité salariée,
- 7) 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 4), 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 les situations 5) et 6), la résiliation anticipée intervient au jour de prise d'effet de la couverture collective, sous réserve que la demande ait été faite au plus tard dans les trois mois suivant cette date. Au-delà, la résiliation intervient dans les conditions de délai prévues au paragraphe précédent.

Dans la situation 7), 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

L'adhérent, à condition d'avoir payé sa cotisation, ne peut être exclu du régime contre son gré, sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi.

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.

L'institution peut également suspendre les garanties ou mettre un terme à l'adhésion en cours d'exercice, dans le cadre suivant :

- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour BTP-PRÉVOYANCE de poursuivre l'exécution de l'engagement né de l'adhésion en justice), l'institution est fondée à émettre une mise en demeure passé un délai de 10 jours après l'échéance. Suite à l'émission de cette mise en demeure, et à défaut de régularisation de la cotisation, l'institution est en droit :
 - de suspendre les garanties, 30 jours après la mise en demeure,
 - de résilier l'adhésion, au dernier jour du 3^e mois civil qui suit la date d'effet de la suspension, ou au 31 décembre de chaque exercice qui s'ensuit.
- la mise en demeure informe l'adhérent des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé.

Toutefois, les droits à prestations de l'adhérent et ceux de ses ayants droit sont intégralement rouverts 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.

8.1.c) - Transfert vers le règlement des frais médicaux individuels retraités

Peuvent être transférés vers le règlement des frais médicaux individuels retraités les adhérents au présent règlement :

- qui ont liquidé des droits à retraite complémentaire AGIRC-ARRCO (droits directs ou pension de réversion), lorsque BTP-PRÉVOYANCE en a été informée,
- et/ou qui ont atteint l'âge défini au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la Sécurité sociale.

Pour ces adhérents :

- en cas de demande expresse de l'adhérent, l'adhésion est transférée au 1^{er} jour du mois suivant la réception de sa demande ;
- à défaut, l'adhésion est automatiquement transférée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le transfert s'effectue en maintenant à l'identique le niveau des prestations servies, sans que le montant des cotisations ne puisse être supérieur à celui qui aurait résulté de l'application du présent règlement. Lors du transfert, il n'est pas souscrit de nouveau bulletin d'adhésion ; aucun droit à renonciation (tel que défini à l'article 3) n'est ouvert suite à la mise en œuvre de ce transfert.

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

Les droits à prestations dont bénéficiaient l'adhérent et ses ayants droit 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.

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 en qualité d'adhérent ou en qualité d'ayant droit d'un adhérent (dans les conditions prévues aux articles 2 et 4),
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations.

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 - Prestations, étendue des garanties

12.1 - Dispositions générales relatives aux prestations

Pour tout bénéficiaire inscrit auprès de BTP-PRÉVOYANCE, le droit à prestations est fonction du niveau de couverture et des éventuels modules additionnels choisis par l'adhérent.

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.

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° 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.

Sous réserve des dispositions de l'article 3.1, 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 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 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 Sévèane.

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 l'adhérent 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 l'adhérent 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 2 500 € à compter de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit,
- à 5 000 € du 1^{er} janvier de la deuxième année jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suivent la date d'effet de l'adhésion,
- à 10 000 € à partir du 1^{er} 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 éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations, 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^{er} 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 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

De manière générale, les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option souscrite.

Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- matériel médical,
- prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale,
- prothèses auditives,

les remboursements des options de la gamme nationale sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. Ce plafonnement de remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par BTP-PRÉVOYANCE ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de l'institution.

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'adhérent, 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 adhésion individuelle. 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).

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 Cambacérés
75008 PARIS
- soit en déposant une demande sur le site internet 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.

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 :

- (i) d'adhésion, gestion et exécution de la couverture Santé,
- (ii) 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@probt.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

Pour le suivi des opérations nées du présent règlement, il est institué une section financière distincte, ainsi qu'une réserve spécifique dans les comptes de l'institution.

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

- par l'affectation de tout ou partie du solde du « compte du régime » défini à l'article 23.1,
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion.

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 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 aux articles 6.3 à 6.5,
- 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 du présent règlement.

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 au présent règlement. 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 adhérents,
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des adhérents.

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

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

OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE

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

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

Annexes des garanties au 1^{er} janvier 2021 - Gamme nationale

Les options de la gamme nationale de frais médicaux individuels des Retraités sont nécessairement composés d'un niveau de couverture de chacun des deux modules « Soins » et « Prothèses ».

Pour chaque niveau « S_x » du module « Soins », il est possible de souscrire un niveau « P_{x-1} », « P_x » ou « P_{x+1} » du module « Prothèses ». Certaines combinaisons sont identifiées par des noms qui définissent les options souscrites par les adhérents. Il s'agit des combinaisons suivantes :

Options	Modules Soins	Modules Prothèses
Base	S2	P1
Bien-être	S2	P2
Quiétude	S3	P3
Vitalité	S3+	P3+
Privilège	S4	P4
Expert	S5	P5
Excellence	S6	P6

Module additionnel facultatif (groupe fermé) « BTP Santé Plus » ⁽⁵⁰⁾

	Niveau 1	Niveau 2
Services d'assistance	Oui	Oui
Allocation décès ⁽⁵¹⁾	-	1 500 €

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

Annexes des garanties au 1^{er} janvier 2021 - Options régionales PCE 1, PNPC 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

Selon les modalités définies à l'article 2 du présent règlement les options régionales sont réservées aux adhérents domiciliés dans les départements suivants :

a) Options PCE 1 et PCE 2 : 01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 43, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 89

b) Option PNPC : 56 et 62

Bloc S		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Soins Courants	Honoraires médicaux			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Radiologie			
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transports	65%		
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%
	Médicaments			
Pharmacie remboursées par la S.S.	65%/30%/15%	100%	100%	
Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €	
Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 €/an/bénéficiaire	60 €/an/bénéficiaire	
Matériel médical ⁽²⁾				
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%	
Hospitalisation	Honoraires			
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	70 €/jour	90 €/jour
	Lit accompagnant pour les enfants de -15 ans ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	23 €/jour	23 €/jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽⁴⁾	-	oui	oui	
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Optique	Équipement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	a) 1 équipement Monture et/ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ^(c)	300 €	420 €
	b) 1 équipement Monture et/ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 €	600 € ⁽¹⁰⁾
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾	-	100 €	100 €
	+ 50 €/verre	-	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre
Lentilles ⁽¹²⁾				
Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150€ ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾	
Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €	
Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €	
Dentaire	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay/Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾	-	100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la S.S. (par an par bénéf.) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾	70%	400%	Frais réels
	- Autres prothèses		400%	450%
Orthodontie				
Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%	
Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €	
Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €	
Aides auditives	Équipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾			
	- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans - Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins	60%	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €
Accessoires ⁽¹⁹⁾	-	100%	100%	
Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	3 x 40 €/an/bénéficiaire (Plafond : 240 €/an/famille)	4 x 40 €/an/bénéficiaire (Plafond : 320 €/an/famille)
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Psychologues, Podologue, Pédicure Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Module additionnel facultatif	Services d'assistance	-	en option	en option

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

Annexes des garanties au 1^{er} 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
- (3 bis) Limité à 90 jours par hospitalisation
- (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'appariage 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^{er} 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^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} 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^{er} 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^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} 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^{er} 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^{er} 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 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, PCE 2 et PNPC**
- (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.
- Notes spécifiques aux modules additionnels (groupe fermé) «BTP Santé plus»**
- (50) N'est plus commercialisé depuis le 01/01/2013.
- (51) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans au moment du décès.

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

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.

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

Annexe sociale au 1^{er} janvier 2021

Cotisations Apprentis

Les options de la gamme nationale de frais médicaux individuels des Actifs ouvrant droit à la réduction Sociale réservée aux apprentis du BTP sont identifiées par les noms ci-dessous. Ces options sont nécessairement composés d'un niveau de couverture de chacun des deux modules « Soins » et « Prothèses ».

Options			Année Scolaire 2020 - 2021 Cotisation mensuelle TTC ^{(1) (2)}		Année Scolaire 2021-2022 Cotisation mensuelle TTC ^{(1) (2)}	
Nom	Modules Soins	Modules Prothèses	Régime Général	Régime ALM*	Régime Général	Régime ALM*
Base	S2	P1	2,50 €		2,50 €	
Bien-Être	S2	P2	5,00 €		5,00 €	
Quiétude	S3	P3	10,00 €		10,00 €	
Vitalité	S3+	P3+	25,00 €		25,00 €	
Privilège	S4	P4	40,00 €		40,00 €	

Options			Année Scolaire 2020 - 2021 Cotisation mensuelle HT ^{(1) (3)}		Année Scolaire 2021-2022 Cotisation mensuelle HT ^{(1) (3)}	
Nom	Modules Soins	Modules Prothèses	Régime Général	Régime ALM*	Régime Général	Régime ALM*
Base	S2	P1	2,21 €		2,21 €	
Bien-Être	S2	P2	4,41 €		4,41 €	
Quiétude	S3	P3	8,83 €		8,83 €	
Vitalité	S3+	P3+	22,07 €		22,07 €	
Privilège	S4	P4	35,31 €		35,31 €	

(*) Régime ALM : Régime Alsace-Moselle

(1) Valeur de cotisation pour l'apprenti seul. En cas d'adhésion couple ou avec enfant(s), le complément de cotisation au titre des autres bénéficiaires correspond à celui qui résulte de l'application de l'ANNEXE TARIFAIRE au titre de la même option.

(2) Montant y compris les taxes applicables au 1^{er} janvier 2021 : TSA à 13,27%.

En cas de relèvement du taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a délégation de pouvoir pour maintenir les cotisations TTC inchangées, le montant HT étant automatiquement diminué à due proportion
- à défaut, les cotisations TTC sont automatiquement actualisées à due proportion.

(3) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} janvier 2021.

L'écart des taux s'explique par la prise en compte de la TSA pour 13,27% des cotisations.

En cas de relèvement du taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a délégation de pouvoir pour maintenir les cotisations TTC inchangées, le montant HT étant automatiquement diminué à due proportion,
- à défaut, les cotisations TTC sont automatiquement actualisées à due proportion.



www.probtp.com

PRO BTP Association de Protection Sociale du Bâtiment et des Travaux publics, association régie par la loi du 1^{er} 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

