

Brochure n° 3107

Accords collectifs nationaux
BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS
(7^e édition. – Juillet 2003)

AVENANT N° 4 DU 22 DÉCEMBRE 2005
PORTANT DIVERSES MODIFICATIONS
NOR : ASET0650433M

Entre :

La confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) ;

La fédération française du bâtiment (FFB) ;

La fédération française des installateurs électriciens (FFIE) ;

La fédération nationale des travaux publics (FNTP) ;

La fédération nationale des sociétés coopératives de production du bâtiment et des travaux publics et des activités annexes et connexes (FNSCOP),

D'une part, et

Le syndicat national des cadres, employés, techniciens, agents de maîtrise et assimilés des industries du bâtiment, des travaux publics et des activités annexes et connexes CFE-CGC BTP ;

La fédération nationale des salariés de la construction et du bois CFTD ;

La fédération nationale des salariés de la construction CGT ;

La fédération générale Force ouvrière du bâtiment et des travaux publics et ses activités annexes CGT-FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 9 de la section 2 « Dispositions générales relatives aux garanties » du titre I^{er} « Régimes de prévoyance collectifs » figurant à la 1^{re} partie « Règlements des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres » est remplacé par l'article suivant.

Article 9

Notion de conjoint et d'enfant à charge

9.1. Notion de conjoint du participant

A la date du décès du participant, est considéré comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec celui-ci ;
- la personne liée au participant 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 au titre d'une autre personne que le participant ;
- le concubin si :
 - le concubinage est notoire et constant, il a duré au moins 5 ans sans lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre et il est justifié d'un domicile commun durant cette période ;
 - le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance au titre d'une autre personne que le participant.

9.2. Notion d'enfant à charge

Sont considérés à charge les enfants du participant :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 à moins de 25 ans, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée, sont :
 - soit étudiants, affiliés au régime étudiant de la sécurité sociale ;
 - soit apprentis ;
 - soit demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE et non indemnisés par le régime ASSEDIC ;
- reconnus atteints, avant 21 ans, d'une invalidité au sens de la législation sociale, sans discontinuité.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint répondant aux critères ci-avant et à charge fiscale du participant ;
- les enfants du participant nés viables, moins de 300 jours après le décès de ce dernier.

Article 2

Il est inséré un article 14 en fin de section 2 « Dispositions générales relatives aux garanties » du titre I^{er} « Régimes de prévoyance collectifs » figurant à la 1^{re} partie « Règlements des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres », dont le texte est le suivant :

Article 14

Limitation des garanties indemnité journalière et rente d'invalidité

Les garanties d'indemnités journalières et de rente d'invalidité assurent un taux de remplacement du salaire brut de base, tel que défini à l'article 10.

Afin que l'intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle, les différents taux de remplacement exprimés dans l'annexe des garanties n'excèdent pas un pourcentage maximal du salaire brut de base. Ce pourcentage maximal est fixé :

- à 90 % du salaire brut de base pour les arrêts de travail suite à maladie ou accident de droit commun ;
- à 85 % du salaire brut de base pour les arrêts de travail suite à accident du travail ou maladie professionnelle ;
- à 85 % du salaire brut de base pour les rentes d'invalidité servies suite à maladie ou accident de droit commun.

Ce pourcentage maximal du salaire brut de base sert également pour plafonner le cumul des sommes servies par BTP-Prévoyance, par la sécurité sociale ou par tout autre organisme de substitution, ainsi que dans le cadre d'un éventuel salaire d'activité partielle. En cas de dépassement de cette limite, le montant des indemnités servies par BTP-Prévoyance est réduit à due proportion.

Article 3

Les articles 14 à 19 de la section 3 « Dispositions spécifiques relatives aux garanties » du titre I^{er} « Régimes de prévoyance collectifs » figurant à la 1^{re} partie « Règlements des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres » sont remplacés par les articles 15 à 20 suivants :

Article 15

Garantie capital décès

Le versement d'un capital est garanti au décès du participant.

Le capital garanti en cas de décès est payé aux bénéficiaires sur production :

- de l'avis de l'entreprise signalant le décès, précisant la date initiale de l'arrêt de travail qui a éventuellement précédé le décès et justifiant des éléments de rémunération à prendre en considération ;
- d'un certificat médical précisant l'origine du décès ;
- d'un extrait d'acte de naissance comportant toutes les mentions marginales ;
- et plus généralement de toute autre pièce justificative qui serait jugée nécessaire par BTP-Prévoyance.

Le paiement est indivisible à l'égard de BTP-Prévoyance qui règle sur quittance conjointe des intéressés.

Le détail des garanties figure dans l'annexe des garanties.

Le montant du capital garanti est fixé comme suit :

15.1. Cas de décès quelle qu'en soit la cause

Le montant du capital décès est exprimé en pourcentage du salaire de base tranche A et/ou tranche B, selon la nature du régime.

La garantie est différente suivant que le participant est marié ou célibataire, veuf, divorcé au moment de son décès.

Pour chaque enfant à charge tel que défini à l'article 9 ci-avant, il est prévu une majoration du capital décès.

15.2. Décès accidentel ou des suites d'une maladie professionnelle

Par décès accidentel, il faut entendre le décès provoqué par une cause soudaine, involontaire, violente et extérieure au participant.

Lorsque le décès est consécutif à un accident, un accident du travail ou une maladie professionnelle il est versé un complément de capital, sous réserve des exclusions prévues à l'article 20.

15.3. Capital supplémentaire versé en cas de décès par suite d'accident du travail ou maladie professionnelle

Il est prévu en cas de décès par accident du travail ou des suites d'une maladie professionnelle le versement d'un capital supplémentaire, représentant 300 % de la rémunération annuelle du participant, soumise à cotisations au titre du présent régime de prévoyance, au cours des 12 mois ayant précédé la date de l'accident ou le début de la maladie.

15.4. Invalidité totale et permanente

Le participant qui remplit les 2 conditions suivantes peut demander le versement par anticipation du capital décès défini au 15.1 du présent article :

- s'il est atteint avant l'âge de 60 ans d'une invalidité totale et permanente par suite de maladie ou d'accident, de telle sorte qu'il ne puisse plus se livrer à aucun travail, ni à aucune occupation de quelque sorte qu'elle soit, lui assurant gain ou profit, et
- s'il est placé par la sécurité sociale soit en position d'invalidité de 3^e catégorie, soit en incapacité permanente totale avec octroi de la majoration pour tierce personne.

Le versement du capital est effectué en une fois dès la reconnaissance effective de l'invalidité permanente totale justifiée par la notification correspondante de la sécurité sociale.

De nouveaux droits peuvent être ouverts en matière de capital décès si le participant reprend une activité pendant une durée au moins égale à 3 mois et si des cotisations sont à nouveau versées à l'institution pour la couverture de ce risque.

Le capital garanti est alors celui découlant de la nouvelle situation du participant, diminué du montant du capital décès déjà versé.

15.5. Double effet

La garantie « double effet » consiste au versement d'un nouveau capital à la suite du décès postérieur ou simultané du conjoint d'un participant décédé. Elle est accordée si les conditions suivantes sont remplies :

- le décès du conjoint survient avant l'âge de 60 ans ;
- le conjoint ne s'est pas remarié et n'a pas conclu un PACS postérieurement au décès du participant ;

- le conjoint laisse un ou plusieurs enfants à charge tels que définis à l'article 9 ci-avant et déjà à charge du participant à la date de son décès.

Le montant du capital « double effet » est égal à celui versé au décès du participant déduction faite des compléments pour décès consécutif à une maladie professionnelle ou à un accident.

15.6. Conversion du capital en rente

Lors de la liquidation du capital, le bénéficiaire peut demander la conversion de tout ou partie du capital en rente trimestrielle, payable à terme échu.

Selon le choix du bénéficiaire, cette rente peut être versée soit immédiatement après la date de liquidation du capital, soit avec un différé de 1, 2 ou 3 ans par rapport à la date de liquidation du capital.

Le bénéficiaire aura également le choix entre 2 formules :

- rente certaine d'une durée exprimée en nombre entier d'années, au choix du bénéficiaire, cette rente est servie pendant toute la durée choisie par le bénéficiaire et, en cas de décès de celui-ci, le capital restant dû est versé à ses héritiers ;
- rente viagère dont le service cesse à la fin du trimestre incluant le décès du bénéficiaire.

Le montant initial de la rente est calculé en fonction :

- du montant de la fraction de capital convertible ;
- de l'âge du bénéficiaire ;
- de la table de mortalité réglementaire pour les assurances en cas de vie en vigueur à la date de la liquidation du capital ;
- d'un taux d'intérêt technique conforme aux dispositions réglementaires.

Dès réception de la demande de liquidation du capital, le bénéficiaire recevra un document d'information lui précisant les modalités de versement possibles : capital, rente certaine ou rente viagère.

Ce document précisera les montants du capital et des rentes, les modalités de service des rentes, ainsi que les règles fiscales s'y rattachant. Le bénéficiaire dispose d'un délai de 3 mois à compter de la date d'émission du document d'information pour préciser son choix. A défaut de réponse, il sera procédé au règlement du capital.

Le bénéficiaire peut à tout moment demander l'interruption du service de la rente certaine et obtenir le versement de la provision mathématique de la rente au 31 décembre précédant la demande, diminuée des arrérages de rente versés entre le 1^{er} janvier de l'année de la demande et la date de celle-ci.

Article 16

Garantie rente d'éducation

En cas de décès du participant, il est versé pour chaque enfant à charge du participant, tel que défini à l'article 9 du présent règlement, une rente d'éducation exprimée en pourcentage du salaire de base tranche A et tranche B.

Cette rente est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.

Les garanties de chaque régime sont présentées dans l'annexe des garanties.

La rente est versée trimestriellement à terme échu. Elle est versée au conjoint du participant ou, à défaut, à la personne qui justifie avoir la charge effective de la garde de l'enfant jusqu'au 18^e anniversaire de celui-ci. Au-delà de cet âge, elle est versée à l'enfant lui-même.

Le premier paiement intervient au titre du premier trimestre civil qui suit le décès du participant. Le service de la rente cesse à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'enfant à charge.

Article 17

Garantie indemnités journalières

17.1. Ouverture du droit

Lorsque le participant doit interrompre totalement l'exercice de ses fonctions à la suite d'une maladie ou d'un accident et qu'il ne peut plus prétendre au maintien de rémunération de l'employeur tel que prévu par les conventions collectives, il reçoit une indemnité journalière à compter du lendemain du dernier jour indemnisé par l'employeur.

Si le participant ne remplit pas les conditions d'ancienneté prévues par les conventions collectives et ouvrant droit au maintien de rémunération de l'employeur, ou appartient à une entreprise ne relevant pas des conventions collectives du BTP, l'indemnité journalière débute après 90 jours continus d'arrêt de travail.

17.2. Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière s'entend sous déduction de celui versé par la sécurité sociale.

Il est exprimé en pourcentage de la 365^e partie du salaire de base tel que défini à l'article 10, et varie selon la nature de l'arrêt de travail (maladie et accident professionnels ou non). Lorsque au cours d'une période d'indemnisation, l'incapacité de travail devient partielle, l'indemnité journalière versée par l'institution est réduite à 50 %.

Les garanties de chaque régime sont présentées dans l'annexe des garanties.

17.3. Déclaration, justification

Toute maladie entraînant une incapacité de travail susceptible d'être indemnisée par BTP-Prévoyance doit être déclarée par l'entreprise ou, à défaut, par l'intéressé.

Le paiement des prestations ne sera effectué que sur présentation des décomptes de la sécurité sociale ou de toutes autres pièces justificatives jugées nécessaires.

Les prestations versées par BTP-Prévoyance complètent celles de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de substitution. Il importe donc de porter à la connaissance de l'institution toute modification intervenant

dans l'indemnisation de la sécurité sociale, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci, susceptible d'entraîner une révision des prestations de BTP-Prévoyance.

17.4. Paiement de l'indemnité journalière

L'indemnité journalière est payée au fur et à mesure de la fourniture des décomptes originaux de la sécurité sociale.

Elle est réglée à l'entreprise tant que le contrat de travail est en vigueur et directement au participant à partir de la date de rupture du contrat de travail.

Les indemnités journalières sont payées aussi longtemps que celles versées par la sécurité sociale sans pouvoir excéder les dates limites prévues ci-après.

17.5. Cessation du versement de l'indemnité journalière

Le versement des prestations cesse de plein droit à la date à laquelle cessent les prestations « indemnités journalières » de la sécurité sociale et en tout état de cause :

- à la date de reprise du travail, sauf à temps partiel pour raison médicale ;
- à la date de reconnaissance d'une invalidité ou d'une incapacité par la sécurité sociale ;
- ou à la date d'effet de la retraite de la sécurité sociale pour inaptitude.

Article 18

Garantie invalidité

18.1. Ouverture du droit

A l'expiration de la période de prise en charge au titre de l'indemnité journalière, le participant âgé de moins de 60 ans reçoit une rente d'invalidité en complément de la pension ou de la rente de la sécurité sociale.

18.2. Montant

18.2.1. Maladie ou accident de droit commun.

18.2.1.1. Invalidité totale.

Lorsque le participant est classé par la sécurité sociale en 2^e ou 3^e catégorie, la rente est réputée totale. Les prestations correspondantes sont présentées dans l'annexe des garanties. Elles s'entendent prestations de la sécurité sociale incluses.

18.2.1.2. Invalidité partielle.

Lorsque le participant est classé par la sécurité sociale en 1^{re} catégorie, le montant de la prestation servie par l'institution représente 60 % de celle qu'elle aurait servie s'il s'était agi d'une invalidité totale telle que définie ci-dessus.

18.2.2. Accident du travail ou maladie professionnelle.

Lorsque l'invalidité est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le taux d'invalidité N retenu par BTP-Prévoyance est celui qui a été reconnu par la sécurité sociale.

18.2.2.1. Invalidité totale.

Lorsque le taux d'invalidité N est supérieur ou égal à 66 %, la rente est réputée totale. Les prestations correspondantes sont présentées dans l'annexe des garanties. Elles s'entendent prestations de la sécurité sociale incluses.

18.2.2.2. Invalidité partielle.

Lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, la prestation servie par l'institution est ramenée à 3N/2 de la prestation qui aurait été servie par l'institution s'il s'était agi d'une invalidité totale de 2^e catégorie pour maladie ou accident de droit commun.

A ce titre, l'indemnisation de la sécurité sociale est réputée égale à 50 % du salaire de base tranche A, actualisé dans les conditions définies à l'article 10.

Toute invalidité partielle dont le taux est inférieur à 33 % ne donne droit à aucune rente.

18.3. Révision du montant de la rente

Si l'état d'invalidité constaté à l'origine se modifie, la rente allouée précédemment est, à partir de la date de notification par la sécurité sociale, remplacée par une rente correspondant au nouvel état constaté.

Les modifications de la situation de famille susceptibles d'influer sur le montant de la prestation sont prises en compte au 1^{er} jour du trimestre suivant celui au cours duquel elles se produisent.

18.4. Déclaration, justification

L'invalidité susceptible d'être indemnisée par BTP-Prévoyance doit être déclarée par l'entreprise ou, à défaut, par l'intéressé.

Le paiement des prestations est effectué sur présentation des justificatifs de paiement de la sécurité sociale ou de toutes autres pièces jugées nécessaires.

Les prestations versées par BTP-Prévoyance complètent celles de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de substitution. Il importe donc de porter à la connaissance de l'institution toute modification intervenant dans l'indemnisation de la sécurité sociale, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci, susceptible d'entraîner une révision des prestations de BTP-Prévoyance.

18.5. Paiement de la rente

La rente est payée au participant trimestriellement, à terme échu.

La première échéance concerne la période qui va de la date de reconnaissance de l'incapacité ou de l'invalidité par la sécurité sociale à la fin du trimestre civil correspondant. La rente cesse d'être versée à la fin du mois au cours duquel le participant ne répond plus aux conditions du point 18.1 ci-avant.

18.6. Cessation de la rente d'invalidité

Sa garantie cesse de plein droit à la fin du mois civil du 60^e anniversaire du participant ou, si elles sont antérieures, aux dates d'effet de la retraite de la sécurité sociale pour inaptitude ou de décès, et en tout état de cause au plus tard à la date de cessation du paiement de la rente ou de la pension de la sécurité sociale.

Article 19

Garantie décès invalidité accidentels (GDIA)

19.1. Capital en cas de décès accidentel

En cas de décès d'un participant consécutif à un accident – quelle qu'en soit la cause – ou à une maladie professionnelle reconnue comme telle par la législation, il est versé un capital dont le montant, exprimé en pourcentage de SB, est fonction du niveau de garantie applicable.

SB s'entend comme le salaire annuel de base défini à l'article 10 du titre I^{er} du présent règlement, étendu à la tranche C des salaires.

Le détail des garanties figure dans l'annexe des garanties.

Pour un même accident, le capital déjà versé au titre de l'invalidité est déduit du capital versé au titre du décès ultérieur du participant.

19.2. Capital en cas d'invalidité accidentelle

En cas d'invalidité du participant suite à accident – quelle qu'en soit la cause – ou suite à maladie professionnelle reconnue comme telle par la législation, il est versé un capital au participant dont le montant est fonction de l'option et du niveau de garantie applicables.

Le taux d'invalidité est déterminé à partir du barème figurant à l'annexe des garanties – barème d'incapacité de la garantie décès invalidité accidentels. Les conditions d'application du barème figurent sur ce même document.

Le détail des garanties figure dans l'annexe des garanties.

En cas de nouvelle invalidité susceptible de donner lieu à indemnisation, la garantie accordée est déterminée sous déduction des montants versés au titre des invalidités préexistantes et de telle sorte que le total de ces invalidités reconnues ne puisse excéder 100 %.

19.3. Dispositions diverses

Il n'est versé aucune indemnité ou capital au titre des accidents vis-à-vis desquels le décès ou la reconnaissance de l'invalidité intervient plus de 24 mois après la date de l'accident proprement dit.

La garantie décès invalidité accidentels s'applique sous réserve des exclusions prévues à l'article 20.

Le capital versé au titre de l'invalidité est toujours réglé au participant victime de l'accident au titre duquel il est accordé.

Article 20

Exclusions

Le capital visé à l'article 15.2 et à l'article 19 n'est pas dû lorsque le décès ou l'invalidité du participant résulte de l'une des catastrophes suivantes :

- guerre telle que définie par la législation à intervenir en temps de guerre ;
- accidents provenant, directement ou indirectement, de tremblements de terre, d'inondations, de cataclysmes, d'actes de terrorisme ;
- désintégration du noyau atomique, accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques.

Toutefois, aucune exclusion de garanties ne s'applique lorsque la contamination à l'origine du décès ou de l'invalidité est consécutive à une activité professionnelle du participant dans l'enceinte d'un établissement habilité à pratiquer la transmutation de l'atome ou l'accélération artificielle de particules atomiques.

Par ailleurs, la majoration pour décès accidentel n'est accordée que si BTP-Prévoyance a été avisée, 10 jours au moins à l'avance, de tout déplacement collectif aérien remplissant simultanément les conditions suivantes :

- affrètement spécifique non ouvert à d'autres passagers, exclusivement réservé à des salariés et leur famille ou à des personnes invitées par l'entreprise ;
- déplacement d'au moins 20 participants.

Article 4

Les articles 20 à 22 de la section 4 « Dispositions financières » du titre I^{er} « Régimes de prévoyance collectifs » figurant à la 1^{re} partie « Règlement des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres » sont remplacés par les articles 21 à 23 suivants :

Article 21

Section financière et fonds de réserve

Il est constitué pour le suivi du présent règlement une section financière et une réserve distinctes au sein de l'institution.

Cette réserve est alimentée au 31 décembre de chaque année :

- par le solde des ressources et des charges de la présente section financière pour l'exercice écoulé ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie du résultat de gestion selon les dispositions de l'article 22.3.

Article 22

Ressources et charges de la section financière

22.1. Les ressources de la section financière comprennent :

- a) L'ensemble des cotisations et majorations de retard des régimes collectifs supplémentaires de prévoyance ;
- b) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- c) Les produits des placements de la présente section financière.

22.2. Les charges de la section financière comprennent :

- a) es charges de prestations versées et/ou provisionnées au titre du présent règlement ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées au réassureur ;
- c) Le prélèvement sur les cotisations du présent régime pour l'alimentation du fonds de gestion, tel que défini à l'article 22.3.

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

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations du présent règlement, selon un taux fixé à concurrence de 8 % des cotisations brutes de l'exercice.

Il appartient à la commission paritaire, après avis de la commission de la catégorie cadres et sur proposition du conseil d'administration, d'alimenter, d'affecter le résultat du fonds de gestion.

Article 23

Fonds particulier

Il est créé un fonds particulier destiné à participer directement ou indirectement au financement de réalisations sociales collectives en faveur des participants, des anciens participants ou de leurs ayants droit respectifs.

Il appartient à la commission paritaire, après avis de la commission de la catégorie cadres et sur proposition du conseil d'administration, d'alimenter ce fonds par une quote-part des produits financiers afférents aux réserves des régimes.

Article 5

Le titre II « Régimes de prévoyance individuels » de la 1^{re} partie « Règlements des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres », comprenant les anciens articles 21 à 31, est remplacé par le texte suivant :

TITRE II RÉGIMES DE PRÉVOYANCE INDIVIDUELS

Section 1

Dispositions générales relatives aux adhésions

Article 1^{er}

Conditions d'adhésion

Les participants se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- en chômage, indemnisé par les ASSEDIC ;
- en congé de formation ou en stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP, ou agréé par une commission paritaire nationale de l'emploi du BTP ;
- en préretraite, bénéficiaire de l'allocation spéciale du FNE ;
- bénéficiaire d'une rente d'invalidité partielle de BTP-Prévoyance et n'exerçant pas leur capacité de gain ;
- en congé entraînant une suspension du contrat de travail pour une durée supérieure à 1 mois,

peuvent conserver, par adhésion individuelle dans le cadre du présent titre, tout ou partie des garanties dont ils disposaient en activité.

Les participants se trouvant dans l'une des situations envisagées ci-avant, et ne disposant pas d'un revenu de remplacement ou en préretraite, ne peuvent adhérer pour des garanties « maladie-invalidité ».

Article 2

Modalité d'adhésion

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit impérativement parvenir à l'institution avant la fin de la période de prise en charge du participant au titre du régime collectif, que les garanties de ce dernier régime soient maintenues gratuitement ou non.

BTP-Prévoyance peut subordonner l'acceptation de l'adhésion au résultat de formalités supplémentaires, éventuellement médicales.

L'adhésion se matérialise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Elle prend effet au lendemain du jour de cessation des garanties du régime collectif, et vaut, tant que sont remplies les conditions d'adhésion visées à l'article 1^{er}, jusqu'au 31 décembre de l'exercice considéré. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

BTP-Prévoyance notifie l'enregistrement de l'adhésion par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

Article 3

Cotisations

3.1. Assiette

La base de calcul de la cotisation est le salaire défini comme étant la rémunération perçue pendant l'exercice précédant celui au cours duquel intervient la rupture ou la suspension du contrat de travail.

Si le salaire est incomplet, il est reconstitué selon les conditions de l'article 10 du titre I^{er} du présent règlement.

La base de calcul des cotisations est ensuite revalorisée chaque 1^{er} janvier, en utilisant le coefficient de revalorisation des prestations des régimes individuels fixé par le conseil d'administration au 1^{er} juillet de l'exercice précédent.

Pour les participants en incapacité partielle de travail et ne bénéficiant pas d'un maintien gratuit de garanties, la base de calcul de la cotisation est le salaire, proportionnel à la capacité de gain, à partir duquel est calculée la prestation de l'institution.

3.2. Taux

Les taux de cotisations de chaque régime sont précisés dans les annexes tarifaires jointes au présent règlement.

Ils intègrent le financement des garanties chirurgie-maternité du titre I^{er} de la 2^e partie « Règlement des régimes de frais médicaux ».

3.3. Recouvrement des cotisations

Les cotisations sont réglées trimestriellement, par prélèvement sur compte, à terme d'avance.

Lorsqu'un événement entraîne la résiliation du contrat en cours de trimestre, la cotisation réglée pour ce trimestre reste due à l'institution.

En cas d'incapacité de travail indemnisée par l'institution, les cotisations continuent d'être réglées dans les mêmes conditions que celles en vigueur avant l'arrêt de travail.

Article 4

Résiliation d'adhésion

L'adhésion peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée, 3 mois au moins avant la date de renouvellement. La résiliation est alors effective le 31 décembre à minuit de l'exercice considéré.

En cas de non-paiement de la cotisation, la résiliation intervient après les délais légaux de mise en demeure et de suspension des garanties. Elle prend effet au dernier jour du trimestre pour lequel la cotisation a été réglée.

La résiliation est par ailleurs automatique, à leur date de survenance, pour chacun des motifs suivants :

- dès que le participant ne remplit plus les conditions requises pour adhérer au régime individuel dont il bénéficie jusqu'alors ;
- décès ;
- retraite ;
- reprise d'activité ;
- pension (vieillesse).

La résiliation d'un régime individuel est définitive. Toute nouvelle affiliation ne serait recevable que si elle est consécutive à une reprise d'activité, dans une entreprise adhérente, suivie d'une nouvelle radiation.

Les garanties et les prestations cessent d'être accordées à la date d'effet de la résiliation.

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

Article 5

Modalités d'application

Les dispositions relatives aux garanties sont celles décrites en section 2 du titre I^{er} du présent règlement, à l'exception de celles concernant les conditions d'ouverture du droit et la base de calcul des prestations, redéfinies ci-après.

Article 6

Conditions d'ouverture du droit

Les prestations prévues dans la présente section sont dues, sans condition d'ancienneté ou de durée d'affiliation, à tout participant qui remplissait les conditions d'ouverture du droit de l'article 5 de la section 2 du titre I^{er} du présent règlement.

Si cette condition n'est pas remplie, la durée d'affiliation au régime individuel est prise en compte pour déterminer la date à partir de laquelle les conditions d'ancienneté ou de durée d'affiliation sont satisfaites.

Article 7

Base de calcul des prestations

Le salaire de base servant au calcul annuel des prestations est celui défini en « 3.1. Assiette » de l'article 3 « Cotisations » ci-avant. Il est donc identique au salaire de base servant, sur une base annuelle, à l'appel des cotisations.

Section 3

Dispositions propres à chaque garantie

Article 8

Modalités d'application de chaque garantie

Les régimes proposés à titre individuel étant identiques à ceux proposés dans le cadre collectif, leurs garanties sont, à l'exception de la période de franchise qui détermine le point de départ de l'indemnisation « maladie-invalidité » ; en tous points celles des régimes de prévoyance décrits à la section 3 du titre I^{er} du présent règlement. Leur détail figure, par type de régime, à l'annexe des garanties.

Toutefois, lorsque l'adhésion est réalisée au titre d'une période indemnisée par les ASSEDIC, le cumul des prestations servies par la sécurité sociale, l'institution et tout autre organisme ou activité assurant un revenu de

remplacement ne peut, au titre de la garantie « maladie-invalidité », excéder le montant des prestations du régime des ASSEDIC. Cette comparaison est réalisée la veille du 1^{er} jour d'incapacité de travail tel que pris en compte par l'institution pour déterminer le point de départ du versement de ses prestations.

Section 4

Dispositions financières

Article 9

Fonds de revalorisation

Il est créé un fonds de revalorisation destiné à assurer le financement des revalorisations des prestations en cours de service dans le cadre du présent titre.

Ce fonds est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations, selon un taux fixé par le conseil d'administration, à concurrence de 15 % des cotisations nettes de frais de gestion de l'exercice correspondant aux prestations « rente éducation », « maladie-invalidité ».

La revalorisation des prestations intervient dans le cadre des dispositions de l'article 11 du titre I^{er} du régime de prévoyance de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, dans la limite des ressources disponibles au fonds de revalorisation. A ce titre, le fonds est débité pour chaque prestation revalorisée de la prime unique correspondant au financement de la prestation de revalorisation.

Article 10

Dotation au fonds de gestion de l'institution

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

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations encaissées pour le présent régime, selon un taux fixé par le conseil d'administration, à concurrence de 25 % des cotisations brutes de l'exercice.

Article 11

Fonds de régulation

Il est créé un fonds de régulation.

Ce fonds est alimenté au 31 décembre de chaque année par le solde des ressources et des charges du présent régime pour l'exercice écoulé.

Pour l'ensemble des risques garantis, le montant du fonds de régulation ne peut excéder 200 % des cotisations nettes du dernier exercice.

Article 6

Le titre III « Régime de prévoyance, tranche C » de la 1^{re} partie « Règlements des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres », comprenant les anciens articles 32 à 43, est remplacé par le texte suivant :

Section 1

Dispositions générales relatives aux entreprises et aux participants

Article 1^{er}

Conditions générales

Le présent règlement a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles les entreprises peuvent faire bénéficier leurs salariés cadres d'un régime assurant des garanties de prévoyance décès-incapacité de travail invalidité sur la tranche C des salaires.

Toutes les dispositions de la section 1 du titre I^{er} ci-avant du régime de prévoyance de BTP-Prévoyance reçoivent pleine et entière application, qu'il s'agisse d'une adhésion réalisée simultanément à celle du régime de prévoyance de base ou du titre I^{er}, ou ultérieurement par signature d'un avenant à l'adhésion.

BTP-Prévoyance peut subordonner l'acceptation de l'adhésion au résultat de formalités supplémentaires, éventuellement médicales.

BTP-Prévoyance notifie l'enregistrement de l'adhésion par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

Toutefois, les dispositions relatives à l'assiette des cotisations sont définies ci-après.

Article 2

Assiette des cotisations

Les cotisations sont appelées sur la tranche C, définie comme étant, pour la période considérée, la partie de la rémunération comprise entre 4 et 8 plafonds de la sécurité sociale.

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

Article 3

Conditions générales

Toutes les dispositions de la section 2 du titre I^{er} du régime de prévoyance de BTP-Prévoyance reçoivent pleine et entière application, à l'exception des dispositions relatives au maintien et à la cessation des garanties, à la désignation du bénéficiaire du capital décès et à la base de calcul des prestations redéfinies ci-après.

Article 4

Maintien et cessation des garanties

Les dispositions de l'article 6 du titre I^{er} reçoivent application, à l'exception de celles relatives au maintien gratuit de garanties et à la possibilité d'adhésion individuelle.

Article 5

Base de calcul des prestations

La tranche C, sur laquelle sont calculées les prestations, est définie comme étant, pour la période considérée par référence à l'article 10 du titre I^{er}, la partie de la rémunération comprise entre 4 et 8 plafonds de la sécurité sociale.

Article 6

Bénéficiaire du capital décès

Le bénéficiaire de la garantie décès est obligatoirement le même que celui désigné conformément à l'article 9 du titre I^{er} du régime de prévoyance, en complément duquel le présent régime intervient.

Section 3

Dispositions propres à chaque garantie

Article 7

Capital décès

Le versement d'un capital supplémentaire à celui prévu au titre du régime de prévoyance, en complément duquel le présent régime est souscrit, est garanti au décès du participant.

Ce capital est versé dans tous les cas de décès, à l'exclusion de ceux résultant de :

- guerre telle que définie par la législation à intervenir en temps de guerre ;
- accidents provenant, directement ou indirectement, de tremblements de terre, d'inondations, de cataclysmes, d'actes de terrorisme ;
- désintégration du noyau atomique, accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, tels que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques.

Toutefois, aucune exclusion de garanties ne s'applique lorsque la contamination à l'origine du décès est consécutive à une activité professionnelle du participant dans l'enceinte d'un établissement habilité à pratiquer la transmutation de l'atome ou l'accélération artificielle de particules atomiques.

Le montant du capital figure dans l'annexe des garanties, option tranche C, du présent règlement.

Il n'est pas prévu de majoration du capital pour enfant à charge ou pour accident, accident du travail ou maladie professionnelle. Par ailleurs, les garanties « invalidité totale et permanente » ainsi que « double effet » et possibilité de « conversion du capital en rente » prévues à l'article 15 capital décès du titre I^{er} s'appliquent au capital décès versé sur tranche C.

Article 8

Indemnité journalière, rente d'invalidité

Les prestations accordées sur tranche C, et dont le taux de calcul figure à

l'annexe des garanties du présent règlement, se calculent selon les mêmes modalités que celles des prestations de même nature accordées sur tranches A et B.

Leur paiement s'effectue selon les mêmes conditions de formalités, de délai et de limitation que celles déjà appliquées sur tranches A et B.

Section 4

Dispositions financières

Article 9

Fonds de revalorisation

Il est créé un fonds de revalorisation destiné à assurer le financement des revalorisations des prestations en cours de service dans le cadre du présent titre.

Ce fonds est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations, selon un taux fixé par le conseil d'administration à concurrence de 15 % des cotisations nettes de frais de gestion de l'exercice correspondant aux prestations « maladie-invalidité ».

La revalorisation des prestations intervient dans le cadre des dispositions de l'article 11 du titre I^{er} du régime de prévoyance de BTP-Prévoyance, dans la limite des ressources disponibles au fonds de revalorisation. A ce titre, le fonds est débité pour chaque prestation revalorisée de la prime unique correspondant au financement de la prestation de revalorisation.

Article 10

Réserves techniques

Pour couvrir les engagements résultant des dispositions prévues en cas de réalisation des risques garantis par le présent régime, des provisions sont constituées en matière d'indemnités journalières et de rente d'invalidité.

Le montant global de ces provisions ne peut être inférieur à celui résultant d'un calcul conforme aux dispositions du décret n° 90-768 du 30 août 1990 relatif à l'application des articles 7 et 29 V de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Ces provisions sont déterminées chaque 31 décembre et réajustées en conséquence au 31 décembre de chaque exercice pour tenir compte des variations résultant des opérations du dernier exercice.

Article 11

Dotation au fonds de gestion de l'institution

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

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations encaissées pour le présent régime, selon un taux fixé par le conseil d'administration, à concurrence de 15 % des cotisations brutes de l'exercice.

Article 12

Fonds de régulation

Il est créé un fonds de régulation.

Ce fonds est alimenté au 31 décembre de chaque année par le solde des ressources et des charges du présent régime pour l'exercice écoulé.

Pour l'ensemble des risques garantis, le montant du fonds de régulation ne peut excéder 200 % des cotisations nettes du dernier exercice.

Article 7

Les parties signataires décident de ratifier les annexes des garanties et les annexes tarifaires des « Régimes de prévoyance collectifs », catégorie cadres, et du « Régime de prévoyance tranche C », catégorie cadres, annexées au présent avenant et numérotées I et II.

Article 8

Les deux paragraphes de l'article 3.4 « Montant de la participation » de la section 3 « Dispositions propres à chaque garantie » du titre I^{er} « Régime de base, garantie chirurgie, maternité » de la 2^e partie « Règlement des régimes de frais médicaux » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres » sont remplacés par le texte suivant :

4. Montant de la participation

BTP-Prévoyance garantit un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale :

- à concurrence de la totalité des frais réels engagés pour leur montant déclaré à la sécurité sociale ;
- à l'exclusion (en cas d'intervention en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18^o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
 - de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

Article 9

L'article 14 « Bénéficiaires » de la section 2 « Dispositions générales relatives aux garanties » du titre II « Régimes collectifs supplémentaires de frais médicaux » de la 2^e partie « Règlement des régimes de frais médicaux » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres » est remplacé par le texte suivant :

Article 14

Bénéficiaires

Le bénéfice de la prestation est dû à tout participant affilié au régime à la date où se produit le fait générateur du risque couvert.

Les personnes couvertes sont le participant, son conjoint et leurs ayants droit au sens de la législation de la sécurité sociale.

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec celui-ci ;
- la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (PACS), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que le participant ;
- le concubin si :
 - le concubinage est notoire et constant, il a duré au moins 2 ans sans lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre, et il est justifié d'un domicile commun durant cette période ;
 - le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que le participant.

Article 10

Les parties signataires décident de ratifier les annexes des garanties et les annexes tarifaires du « Règlement collectif supplémentaire de frais médicaux », catégorie cadres, annexées au présent avenant et numérotées III et IV.

Article 11

Il est inséré à la fin de l'article 1^{er} « Objet » du titre III « Règlement de frais médicaux individuels retraités cadres » de la 2^e partie « Règlement des régimes de frais médicaux » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres » le paragraphe suivant :

« A compter du 1^{er} janvier 2006, le présent régime est fermé à toute nouvelle adhésion : les demandes d'adhésion doivent être effectuées dans le cadre du règlement des frais médicaux retraités de la section "tous collègues". »

Article 12

Le titre de l'article 8 « Causes de résiliation » de la section 1 « Dispositions relatives aux adhésions » du titre III « Règlement de frais médicaux individuels retraités cadres » de la 2^e partie « Règlement des régimes de frais médicaux » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres » est remplacé par le texte suivant :

Article 8

Terme de l'adhésion

Article 13

L'article 21 de la section 4 « Dispositions financières » du titre III « Règlement de frais médicaux individuels retraités cadres » de la 2^e partie « Règlement des régimes de frais médicaux » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres » est remplacé par le texte suivant :

Article 21

Section financière et fonds de réserve

Il est institué pour le suivi du présent règlement une section financière et une réserve distincte au sein de l'institution.

Cette réserve est alimentée au 31 décembre de chaque année par le solde des ressources et des charges de la section financière du présent règlement.

Le reliquat du compte de gestion est affecté chaque année, sur décision du conseil d'administration et après dotation éventuelle à une réserve de gestion, au fonds de réserve de la section financière.

En cas de déficit, un prélèvement serait opéré sur ce fonds de réserve.

Article 14

Conformément aux articles 6 et 13 du « Règlement de frais médicaux individuels retraités cadres », les parties signataires décident de ratifier l'annexe des garanties et l'annexe tarifaire, annexées au présent avenant et numérotées V et VI.

Article 15

Le « Règlement des frais médicaux individuels actifs » de la partie « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, tous collègues » est remplacé par le règlement rédigé comme suit :

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement a pour objet de définir les droits et les modalités d'accès des adhérents aux garanties qui leur sont proposées. Ces garanties conduisent à rembourser tout ou partie du solde de dépenses laissé à leur charge par le régime général de sécurité sociale, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées s'adressent prioritairement à des actifs qui ne peuvent bénéficier de couvertures collectives d'entreprise au sein du BTP.

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

Article 2

Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les salariés d'une entreprise du bâtiment et des travaux publics (BTP) au sein de laquelle aucune couverture collective n'est mise en œuvre en matière de santé ;
- les anciens salariés du BTP qui remplissent simultanément les conditions suivantes :
 - dont la dernière période d'activité salariée a été effectuée dans une entreprise du BTP ;
 - en situation de recherche d'emploi, d'incapacité ou d'invalidité (sans limitation de durée), ou sans activité professionnelle depuis plus de 6 mois ;

- ne disposant pas de possibilité de couverture auprès de son ancien organisme complémentaire, dans le cadre de maintien de garanties sans contrepartie de cotisations ;
- les jeunes de moins de 26 ans :
 - en formation au sein de centres du BTP, ou apprentis de la profession ou étudiants d'une école de la profession ;
 - ou anciens ayants droit d'un salarié du BTP ;
- les intérimaires œuvrant dans une entreprise du BTP, anciens salariés de la profession ;
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à un régime de frais médicaux de l'institution :
 - lorsqu'ils sont âgés de 55 ans au plus ;
 - et qui ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit suite à l'un des événements suivants : décès du participant, divorce, séparation de corps.

Dans chacun de ces cas, l'adhésion est possible dans les douze mois qui suivent l'événement.

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

Les retraités et travailleurs non salariés ne peuvent adhérer au présent règlement.

Article 3 *Bénéficiaires*

Les personnes pouvant bénéficier de prestations dans le cadre de ce règlement sont :

- l'adhérent, signataire du bulletin d'adhésion ;
- son conjoint. Est défini comme conjoint toute personne liée à l'adhérent dans le cadre d'un mariage, d'un pacte civil de solidarité, ou d'un concubinage avec justification de domicile commun (dans ce dernier cas il ne doit exister aucun lien matrimonial ou PACS de part et d'autre) ;
- les ayants droit à charge au sens de la législation de la sécurité sociale ou lorsqu'ils sont âgés de moins de 26 ans.

Toutes les personnes couvertes autres que l'adhérent ont le titre d'ayant droit au titre du présent régime.

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance. La modification des conditions d'adhésion intervient au plus tard au 1^{er} jour du mois suivant la déclaration.

Toutefois, lorsque la modification de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements familiaux suivants : décès, divorce, séparation de corps, mariage, naissance, les cotisations et les droits à prestations peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent.

Article 4 *Modalités de l'adhésion*

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 (prévues par l'article 2) au titre de laquelle l'adhérent est sollicitée ;
- la date de naissance et 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.

Lorsque le futur adhérent est salarié d'une entreprise du BTP, ce dernier doit attester, dans le bulletin d'adhésion, qu'il ne peut adhérer à une couverture collective au sein de son entreprise.

Article 5

Date d'effet et modifications de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est normalement fixée au 1^{er} jour du mois suivant et ne peut être rétroactive.

Par exception :

- si, au cours des 6 derniers mois, l'adhérent était couvert à titre de bénéficiaire par une couverture - collective ou individuelle - interrompue suite au décès de l'adhérent principal, suite à un divorce ou suite à une séparation de corps, la date d'effet de l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption ;
- lorsque, au cours des 6 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.

Toutefois, pour les adhérents âgés de moins de 26 ans, la date annuelle d'échéance de l'adhésion peut être fixée au 31 août.

Les demandes de changement d'option prennent effet au plus tard au 1^{er} janvier suivant (ou au 1^{er} septembre pour les adhérents de moins de 26 ans), sous réserve que la demande soit intervenue dans les 2 mois qui précèdent.

Article 6

Détermination des cotisations

La cotisation annuelle de l'adhérent est définie dans l'annexe tarifaire jointe au présent règlement.

Le montant de la cotisation est fonction :

- de l'option souscrite ;
- de la composition familiale ;
- de l'âge des bénéficiaires et de leur lieu de résidence.

Toutefois, lorsque le foyer comporte au moins 3 enfants de 20 ans et moins, seuls 2 de ces enfants sont pris en compte dans la détermination de la cotisation globale.

Les cotisations stipulées dans l'annexe tarifaire sont actualisées chaque année sur décision du conseil d'administration, en fonction des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisible des soins de santé et des modifications d'ordre législatif ou conventionnel. Les évolutions en résultant sont ratifiées par la plus proche commission paritaire.

L'écart dans la grille de tarification décidé par le conseil d'administration ne peut excéder 15 % d'une année sur l'autre, en dehors de toute modification résultant de nouvelles conditions de prise en charge par la sécurité sociale. Au-delà de ce seuil, la majoration de la cotisation de base doit résulter d'une décision de la commission paritaire, sur proposition du conseil d'administration.

Dans le cadre des politiques d'action sociale mises en œuvre pour chaque collège (ouvriers, ETAM, cadres), certains adhérents peuvent bénéficier d'une prise en charge partielle de leur cotisation.

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 peut être fractionné par mois ou par trimestre. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance, sur compte bancaire ou postal, ou par toute autre solution mise en œuvre par l'institution.

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

Article 8

Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion au présent règlement peut intervenir par suite d'une démission, d'une exclusion, du décès de l'adhérent ou du transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités.

Article 9

Démission

La démission est l'acte écrit par lequel l'adhérent renonce au bénéfice des dispositions du présent règlement. Toute démission doit faire l'objet d'une demande formulée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La demande de démission doit, pour être acceptée, être portée à la connaissance de l'institution au plus tard 2 mois avant la date d'échéance de l'adhésion.

Par exception, la démission prend effet au plus tard dans les 30 jours suivant la réception de la lettre de l'adhérent, en cas de survenance d'un des événements suivants :

- l'adhérent a été informé d'une modification des dispositions du présent règlement et de ses différentes annexes ;

- l'adhérent bénéficie de l'adhésion à un régime collectif d'entreprise ;
- l'adhérent qui ne relève plus de la branche du BTP adhère à une couverture à adhésion individuelle proposée par une mutuelle citée dans l'annexe de coassurance (cf. art. 20) ;
- l'adhérent a changé de profession, de domicile ou de régime matrimonial au cours des 3 derniers mois.

Article 10

Transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités

Sont automatiquement transférés vers le régime de frais médicaux individuels retraités :

- les adhérents qui ont liquidé leur retraite ;
- les adhérents qui ont atteint l'âge de 65 ans.

Pour ces adhérents, le transfert prend automatiquement effet au 1^{er} janvier de l'année suivante ; il conduit à maintenir 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.

Article 11

Exclusion

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès de l'adhérent.

La suspension de la garantie, suite au non-paiement de la cotisation annuelle ou d'une fraction de cette cotisation, produit ses effets jusqu'à la régularisation de la cotisation due à l'institution ou jusqu'à la résiliation de l'adhésion.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion de l'adhésion au présent règlement. L'exclusion peut être prononcée 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu au premier alinéa précédent. Elle prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant la réception de sa notification. Elle emporte cessation d'octroi de toutes garanties.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations faites au bulletin d'adhésion (cas de déclaration inexacte), l'exclusion du participant peut être prononcée sans préavis. 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.

Article 12

Conséquences de la résiliation

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 subi, hors tout recours en justice que l'institution se réserve le droit de mettre en œuvre.

Article 13

Condition d'ouverture des droits

Le bénéfice de la prestation est dû à toute personne ayant fait l'objet d'une prescription médicale aux conditions suivantes :

- si à la date de la prescription médicale, fait générateur de la prestation, la personne est couverte en qualité d'adhérent ou en qualité de bénéficiaire d'un adhérent (après déclaration et prise en compte selon les dispositions de l'article 3) ;
- si l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non paiement de ses cotisations.

Article 14

Montant des remboursements

Le calcul de la prestation s'effectue par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur de la prestation. Il dépend du niveau des garanties souscrit, comme précisé dans l'annexe des garanties jointe au présent règlement.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime obligatoire d'assurance maladie, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme.

Le cumul des remboursements effectués auprès 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 une caisse de sécurité sociale 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.

Les composantes de l'annexe des garanties stipulées en euros sont actualisées chaque année sur décision du conseil d'administration, et ratifiées par la plus proche commission paritaire.

Article 15

Support des remboursements

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

Lorsque aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par 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.

Article 16

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2006, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire ou postal.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme de 1 année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée au bénéficiaire dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

Si tel ne peut être le cas, elle est versée au terme d'un délai de 5 ans au fonds de régulation.

Article 17

Tiers payant

Lorsque les frais médicaux entrent dans le cadre de conventions de tiers payant signées par BTP-Prévoyance, les remboursements effectués par le régime sont destinés au signataire de la convention ayant fait l'avance des fonds. Dans ce cas, aucun plancher de versement de la prestation n'est appliqué.

Article 18

Délai de stage et de carence

Les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au 1^{er} jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option souscrite, sous réserve de justification de l'une des situations suivantes :

- le membre participant apporte la preuve qu'il bénéficiait d'une autre couverture complémentaire santé dans les 3 mois précédant l'adhésion (y compris couverture maladie universelle) ;
- les soins résultent d'un accident postérieur à la date d'adhésion ;
- l'adhésion fait suite à un changement de situation familiale ou d'option.

A défaut, un délai initial de 6 mois est appliqué au cours duquel les garanties optiques, dentaires et d'audioprothèse sont ramenées à l'option de base.

S'agissant des modules optionnels pouvant être souscrits par l'adhérent en complément de l'option, un délai de carence de 6 mois est appliqué si les adhésions au module et à l'option ne sont pas simultanées. Ce délai est porté à 300 jours pour l'allocation maternité.

Article 19

Prescription des droits à prestations

Excepté les cas de force majeure, tous les droits à prestations sont prescrits par 2 ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Article 20

Recours contre tiers responsable

BTP-Prévoyance est subrogée de plein droit à l'adhérent victime 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, à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 21

Mise en œuvre de la coassurance

Le régime prévu par le présent règlement peut être mis en œuvre par BTP-Prévoyance dans le cadre de coassurances territoriales avec des mutuelles.

Pour la mise en œuvre d'une coassurance territoriale, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de la mutuelle. En conséquence, le présent règlement respecte simultanément les dispositions du livre IX du code de la sécurité sociale et de la mutualité.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance, fixées par le conseil d'administration, sont portées à la connaissance de la plus prochaine commission paritaire. Ces conditions sont reprises dans une annexe de coassurance jointe au présent règlement.

En cas de cessation au 31 décembre d'un exercice de la coassurance, chaque adhérent peut conserver le bénéfice des dispositions du présent règlement au-delà de cette date. Sauf disposition contraire convenue conjointement entre les coassureurs, les engagements résultant du maintien de sa couverture – notamment en matière de cotisations et de prestations – sont poursuivis en totalité avec BTP-Prévoyance.

Article 22

Effet de la coassurance

Chaque coassureur n'est engagé, vis-à-vis de l'adhérent, qu'à hauteur de sa seule quote-part dans les opérations communes, dans la mesure où celle-ci a été portée à la connaissance de l'adhérent.

En cas de changement de domiciliation de l'adhérent en dehors du territoire de coassurance dont il relève, les conditions de mise en œuvre du présent règlement sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications

éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant. A défaut d'accord de l'intéressé sur ces modifications, la couverture peut être résiliée par l'organisme gestionnaire au 31 décembre.

Article 23

Information des adhérents

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

Sont communiquées à l'adhérent les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision ou effectuer toute réclamation concernant la gestion de sa couverture.

Article 24

Modification des conditions de couverture

Les adhérents sont informés par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- modifications apportées au présent règlement ;
- évolutions tarifaires ;
- mise en place d'une coassurance ou changement de coassureur.

Après information, tout adhérent peut, dans un délai de 1 mois, dénoncer son adhésion au présent règlement. Au-delà, les modifications de conditions de couverture s'appliquent de plein droit.

Article 25

Section financière et fonds de réserve

Il est institué pour le suivi du présent règlement une section financière et une réserve distincte au sein de l'institution.

Cette réserve est alimentée au 31 décembre de chaque année par le solde des ressources et des charges de la section financière du présent règlement.

Le reliquat du compte de gestion est affecté chaque année, sur décision du conseil d'administration et après dotation éventuelle à une réserve de gestion, au fonds de réserve de la section financière.

En cas de déficit, un prélèvement serait opéré sur ce fonds de réserve.

Article 26

Ressources et charges de la section financière

26.1. Les ressources de la section financière comprennent :

- les cotisations acquises des adhérents ;
- la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;

- les produits des placements de la présente section financière ;
- le solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coassurance ;
- les dotations de toute sorte.

26.2. Les charges de la section financière comprennent :

- les charges de prestations au titre de la présente section financière ;
- le cas échéant, la part des cotisations cédées au réassureur ;
- le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coassurance ;
- un prélèvement sur les cotisations du présent régime pour la couverture des charges de gestion, tel que défini à l'article 24.3.

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

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations du présent régime, selon un taux fixé à concurrence de 15 % des cotisations brutes de l'exercice. Il est précisé que ce prélèvement sur cotisations intègre les frais d'adhésion à des instances fédératives ainsi que les éventuels coûts de gestion de péréquation financière.

Il appartient à la commission paritaire, après avis des commissions et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat du fonds de gestion.

Article 16

Conformément aux articles 6 et 13 du « Règlement des frais médicaux individuels actifs », les parties signataires décident de ratifier l'annexe des garanties et l'annexe tarifaire, annexées au présent avenant et numérotées 7 et 8.

Les parties signataires décident d'annexer au « Règlement des frais médicaux individuels actifs » l'annexe de coassurance, annexée au présent avenant et numérotée 9.

Article 17

Il est créé pour les collègues ouvriers, ETAM et cadres du bâtiment et des travaux publics, et des industries connexes, à la partie « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, tous collègues », le « Règlement des frais médicaux individuels retraités » rédigé comme suit :

Règlement de frais médicaux individuels retraités

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement a pour objet de définir les droits et les modalités d'accès des adhérents aux garanties qui leurs sont proposées. Ces garanties conduisent à rembourser tout ou partie du solde de dépenses laissé à leur charge par le régime général de sécurité sociale, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées s'adressent aux retraités anciens salariés du BTP et à leurs ayants droit.

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

Article 2

Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les anciens participants de l'institution et, de manière générale, tous les anciens salariés du BTP, dès lors qu'ils ont liquidés leurs droits à la retraite et qu'ils sont allocataires du régime ARRCO. Pour ces ressortissants, l'adhésion est possible jusqu'à 70 ans ;
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à un régime de frais médicaux de l'institution :
 - lorsqu'ils sont âgés de plus de 55 ans ;
 - et qu'ils ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit suite à l'un des événements suivants : décès du participant, divorce, séparation de corps.

Dans chacun de ces cas, l'adhésion 12 mois qui suivent l'événement, sans âge limite d'adhésion.

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

Article 3

Bénéficiaires

Les personnes pouvant bénéficier de prestations moyennant cotisations dans le cadre du présent règlement sont :

- l'adhérent, signataire du bulletin d'adhésion ;
- son conjoint. Est défini comme conjoint toute personne liée à l'adhérent dans le cadre d'un mariage, d'un pacte civil de solidarité ou d'un concubinage avec justification de domicile commun (dans ce dernier cas il ne doit exister aucun lien matrimonial ou PACS de part et d'autre) ;
- les enfants à charge de l'adhérent, s'ils répondent à l'une des conditions suivantes :
 - enfants âgés de moins de 18 ans ;
 - enfants âgés de moins de 21 ans, célibataires, n'exerçant aucune activité régulière rémunérée, s'ils sont étudiants, apprentis, ou demandeurs nationale pour l'emploi (ANPE) et non indemnisés par les ASSEDIC ;
 - enfants reconnus avant 21 ans invalides au sens de la législation sociale, et sans discontinuité ;
- les petits-enfants de l'adhérent et les enfants du conjoint, s'ils sont à charge fiscale de l'adhérent et qu'ils répondent aux conditions précédentes ;
- les orphelins de père et de mère qui étaient précédemment à charge d'un adhérent dans le cadre du présent régime, tant qu'ils remplissent les conditions définies ci-dessus.

Toutes les personnes couvertes autres que l'adhérent ont le titre d'ayants droit au titre du présent régime.

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance. La modification des conditions d'adhésion intervient au plus tard au 1^{er} jour du mois suivant la déclaration.

Toutefois, lorsque la modification de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements familiaux suivants : décès, divorce, séparation de corps, mariage, naissance, les cotisations et les droits à prestations peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent.

Article 4

Modalités de l'adhésion

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'adhérent est sollicitée ;
- la date de naissance et 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.

Lorsqu'un adhérent au régime de frais médicaux individuel actifs liquide sa retraite ou lorsqu'il a atteint 65 ans durant l'exercice civil, son adhésion est automatiquement transférée au 1^{er} janvier de l'année suivante vers le présent régime. 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 règlement des frais médicaux individuels actifs.

Lors du transfert, il n'est pas signé de nouveau bulletin d'adhésion.

Article 5

Date d'effet et modifications de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est normalement fixée au 1^{er} jour du mois suivant et ne peut être rétroactive.

Par exception :

- si, au cours des 6 derniers mois, l'adhérent était couvert à titre de bénéficiaire par une couverture – collective ou individuelle – interrompue suite au décès de l'adhérent principal, suite à un divorce ou suite à une séparation de corps, la date d'effet de l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption ;

- lorsque, au cours des 6 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.

Les demandes de changement d'option prennent effet au plus tard au 1^{er} janvier suivant, sous réserve que la demande soit intervenue dans les 2 mois qui précèdent.

Article 6

Détermination des cotisations

La cotisation annuelle de l'adhérent est définie dans l'annexe tarifaire jointe au présent règlement.

Le montant de la cotisation est fonction :

- de l'option souscrite ;
- de la composition du foyer (les enfants à charge étant couverts sans contrepartie de cotisations) ;
- de l'âge de l'adhérent (dans la limite de 66 ans) ;
- éventuellement, de son lieu de résidence.

La cotisation fait l'objet d'une majoration si l'adhésion intervient après 66 ans. Le niveau de cette majoration est fixé dans l'annexe tarifaire.

Les cotisations stipulées dans l'annexe tarifaire sont actualisées chaque année sur décision du conseil d'administration, en fonction des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisible des soins de santé et des modifications d'ordre législatif ou conventionnel. Les évolutions en résultant sont ratifiées par la plus proche commission paritaire.

L'écart dans les cotisations de base décidé par le conseil d'administration ne peut excéder 15 % d'une année sur l'autre, en dehors de toute modification résultant de nouvelles conditions de prise en charge par la sécurité sociale. Au-delà de ce seuil, la majoration de la cotisation de base doit résulter d'une décision de la commission paritaire, sur proposition du conseil d'administration.

Dans le cadre des politiques d'action sociale mises en œuvre pour chaque collège (ouvriers, ETAM, cadres), certains adhérents peuvent bénéficier d'une prise en charge partielle de leur cotisation.

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 peut être fractionné par mois ou par trimestre. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance, sur compte bancaire ou postal, ou par toute autre solution mise en œuvre par l'institution.

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

Article 8

Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion au présent règlement peut intervenir par suite d'une démission, d'une exclusion ou du décès de l'adhérent.

Article 9

Démission

La démission est l'acte écrit par lequel l'adhérent renonce au bénéfice des dispositions du présent règlement. Toute démission doit faire l'objet d'une demande formulée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La demande de démission doit, pour être acceptée, être portée à la connaissance de l'institution au plus tard 2 mois avant la date d'échéance de l'adhésion.

Par exception, la démission peut prendre effet dans les 30 jours suivant la réception de la lettre de l'adhérent, en cas de survenance d'un des événements suivants :

- l'adhérent a été informé d'une modification des dispositions du présent règlement et de ses différentes annexes ;
- l'adhérent a changé de profession, de domicile ou de régime matrimonial au cours des 3 derniers mois.

Article 10

(Réservé)

Article 11

Exclusion

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès de l'adhérent.

La suspension de la garantie, suite au non-paiement de la cotisation annuelle ou d'une fraction de cette cotisation, produit ses effets jusqu'à la régularisation de la cotisation due à l'institution ou jusqu'à la résiliation de l'adhésion.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion de l'adhésion au présent règlement. L'exclusion peut être prononcée 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu au 1^{er} alinéa précédent. Elle prend effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois suivant la réception de sa notification. Elle emporte cessation d'octroi de toutes garanties.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations faites au bulletin d'adhésion (cas de déclaration inexacte), l'exclusion du participant peut être prononcée sans préavis. 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.

Article 12

Conséquences de la résiliation

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 subi, hors tout recours en justice que l'institution se réserve le droit de mettre en œuvre.

Article 13

Condition d'ouverture des droits

Le bénéfice de la prestation est dû à toute personne ayant fait l'objet d'une prescription médicale aux conditions suivantes :

- si à la date de la prescription médicale, fait générateur de la prestation, la personne est couverte en qualité d'adhérent ou en qualité de bénéficiaire d'un adhérent (après déclaration et prise en compte selon les dispositions de l'article 3) ;
- si l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations.

Article 14

Montant des remboursements

Le calcul de la prestation s'effectue par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur de la prestation. Il dépend du niveau des garanties souscrit, comme précisé dans l'annexe des garanties jointe au présent règlement.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime obligatoire d'assurance-maladie, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme.

Le cumul des remboursements effectués auprès 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 une caisse de sécurité sociale 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.

Les composantes de l'annexe des garanties stipulées en euros sont actualisées chaque année sur décision du conseil d'administration, et ratifiées par la plus proche commission paritaire.

Article 15

Support des remboursements

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

Lorsque aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par 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.

Article 16

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2006, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire ou postal.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme de 1 année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée au bénéficiaire dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

Si tel ne peut être le cas, elle est versée au terme d'un délai de 5 ans au fonds de régulation.

Article 17

Tiers payant

Lorsque les frais médicaux entrent dans le cadre de conventions de tiers payant signées par BTP-Prévoyance, les remboursements effectués par le régime sont destinés au signataire de la convention ayant fait l'avance des fonds. Dans ce cas, aucun plancher de versement de la prestation n'est appliqué.

Article 18

Délai de stage et de carence

Les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au 1^{er} jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option souscrite, sous réserve de justification de l'une des situations suivantes :

- le membre participant apporte la preuve qu'il bénéficiait d'une autre couverture complémentaire santé dans les 3 mois précédant l'adhésion (y compris couverture maladie universelle) ;
- les soins résultent d'un accident postérieur à la date d'adhésion ;
- l'adhésion fait suite à un changement de situation familiale ou d'option.

A défaut, un délai initial de 6 mois est appliqué au cours duquel les garanties optiques, dentaires et d'audioprothèse sont ramenées à l'option de base.

S'agissant des modules optionnels pouvant être souscrits par l'adhérent en complément de l'option, un délai de carence de 6 mois est appliqué si les adhésions au module et à l'option ne sont pas simultanées. Ce délai est porté à 300 jours pour l'allocation maternité.

Article 19

Prescription des droits à prestations

Excepté les cas de force majeure, tous les droits à prestations sont prescrits par 2 ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Article 20

Recours contre tiers responsable

BTP-Prévoyance est subrogée de plein droit à l'adhérent victime 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, à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 21

Mise en œuvre de la coassurance

Le régime prévu par le présent règlement peut être mis en œuvre par BTP-Prévoyance dans le cadre de coassurances territoriales avec des mutuelles.

Pour la mise en œuvre d'une coassurance territoriale, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de la mutuelle. En conséquence, le présent règlement respecte simultanément les dispositions du livre IX du code de la sécurité sociale et de la mutualité.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance, fixées par le conseil d'administration, sont portées à la connaissance de la plus prochaine commission paritaire. Ces conditions sont reprises dans une annexe de coassurance jointe au présent règlement.

En cas de cessation au 31 décembre d'un exercice de la coassurance, chaque adhérent peut conserver le bénéfice des dispositions du présent règlement au-delà de cette date. Sauf disposition contraire convenue conjointement entre les coassureurs, les engagements résultant du maintien de sa couverture – notamment en matière de cotisations et de prestations – sont poursuivis en totalité avec BTP-Prévoyance.

Article 22

Effet de la coassurance

Chaque coassureur n'est engagé, vis-à-vis de l'adhérent, qu'à hauteur de sa seule quote-part dans les opérations communes, dans la mesure où celle-ci a été portée à la connaissance de l'adhérent.

En cas de changement de domiciliation de l'adhérent en dehors du territoire de coassurance dont il relève, les conditions de mise en œuvre du présent règlement sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant. A défaut d'accord de l'intéressé sur ces modifications, la couverture peut être résiliée par l'organisme gestionnaire au 31 décembre.

Article 23

Information des adhérents

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

Sont communiquées à l'adhérent les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision ou effectuer toute réclamation concernant la gestion de sa couverture.

Article 24

Modification des conditions de couverture

Les adhérents sont informés par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- modifications apportées au présent règlement ;
- évolutions tarifaires ;
- mise en place d'une coassurance ou changement de coassureur.

Après information, tout adhérent peut, dans un délai de 1 mois, dénoncer son adhésion au présent règlement. Au-delà, les modifications de conditions de couverture s'appliquent de plein droit.

Article 25

Section financière et fonds de réserve

Il est institué pour le suivi du présent règlement une section financière et une réserve distincte au sein de l'institution.

Cette réserve est alimentée au 1^{er} décembre de chaque année par le solde des ressources et des charges de la section financière du présent règlement.

Le reliquat du compte de gestion est affecté chaque année, sur décision du conseil d'administration et après dotation éventuelle à une réserve de gestion, au fonds de réserve de la section financière.

En cas de déficit, un prélèvement serait opéré sur ce fonds de réserve.

Article 26

Ressources et charges de la section financière

26.1. Les ressources de la section financière comprennent :

- les cotisations acquises des adhérents ;
- la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- les produits des placements de la présente section financière ;
- le solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coassurance, les dotations de toute sorte.

26.2. Les charges de la section financière comprennent :

- les charges de prestations au titre de la présente section financière ;
- le cas échéant, la part des cotisations cédées au réassureur ;
- le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coassurance, un prélèvement sur les cotisations du présent régime pour l'alimentation du compte de gestion, tel que défini à l'article 25.3 ;
- les contributions, impôts et taxes de toute nature, relatifs aux opérations de la présente section financière.

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

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations du présent régime, selon un taux fixé à concurrence de 10 % des cotisations brutes de l'exercice.

Il appartient à la commission paritaire, après avis des commissions et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat du fonds de gestion.

Article 18

Conformément aux articles 6 et 13 du « Règlement des frais médicaux individuels retraités », les parties signataires décident de ratifier l'annexe des garanties et l'annexe tarifaire, annexées au présent avenant et numérotées X et XI.

Les parties signataires décident d'annexer au « Règlement des frais médicaux individuels retraités » l'annexe de coassurance, annexée au présent avenant et numérotée XII.

Article 19

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2006.

Article 20

Le texte du présent avenant sera déposé en nombres d'exemplaires suffisants à la direction départementale du travail et de l'emploi et de la formation professionnelle de Paris et au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris conformément aux dispositions de l'article L. 132-10 du code du travail.

Fait à Paris, le 22 décembre 2005.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

ANNEXE DES GARANTIES

Régimes de prévoyance collectifs. – Collège cadres

Gamme nationale 2006

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2006

Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du régime de base obligatoire.

PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE (RO' + T')	OPTION « Base + »	OPTION 4	OPTION 5	OPTION 6	OPTION 7	OPTION Tranche C
Capital décès							
Capital de base : décès toutes causes Participant célibataire, veuf ou divorcé	200 % SB		200 % SB		250 % SB	350 % SB	200 % TC
Participant marié	250 % SB		250 % SB		350 % SB	450 % SB	200 % TC
Majoration pour enfant à charge Complément par enfant à charge Complément par enfant à charge à partir du 3 ^e enfant	+ 40 % SB + 60 % SB			+ 40 % SB + 60 % SB			
Majoration pour décès accidentel Complément de capital	+ 100 % SB		+ 100 % SB		+ 200 % SB + doublement majoration enfant à charge		

PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE (RO' + T')	OPTION « Base + »	OPTION 4	OPTION 5	OPTION 6	OPTION 7	OPTION Tranche C
Majoration pour décès suite à AT-MP (1) Complément de capital	+ 300 % RA		+ 300 % RA		+ 250 % RA	+ 150 % RA	
Majoration pour décès du conjoint du participant Capital décès « double effet » (2)	oui			oui			oui
Versement anticipé du capital-décès Si invalidité totale ou permanente	oui			oui			oui
Conversion du capital en rente	oui			oui			oui
Rente éducation							
Rente éducation (par enfant à charge) Si orphelin du parent participant	7 % TA 9 % TB		8 % SB	9 % SB	12 % SB Mini : 12 % PASS	15 % SB Mini : 15 % PASS	
Si orphelin de père et de mère	14 % TA 18 % TB		16 % SB	18 % SB	24 % SB Mini : 24 % PASS	30 % SB Mini : 30 % PASS	

PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE (RO' + 1')	OPTION « Base + »	OPTION 4	OPTION 5	OPTION 6	OPTION 7	OPTION Tranche C
Indemnités journalières (3)							
Maladie ou accident de droit commun Prestation de base	65 % SB	75 % SB	85 % SB	90 % SB			80 % TC
Majoration par enfant à charge	+ 10 % de l'indemnité BTP-P						
AT-MP Montant de la prestation		85 % SB					80 % TC
Rente d'invalidité (3)							
Maladie ou accident de droit commun Invalidité de 1 ^{re} catégorie	60 % de la prestation pour invalidité de 2 ^e catégorie		60 % de la prestation pour invalidité de 2 ^e catégorie				42 % TC
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+ 5 % SB		+ 5 % SB				
Invalidité de 2 ^e catégorie	65 % SB		85 % SB				70 % TC

PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE (RO' + T')	OPTION « Base + »	OPTION 4	OPTION 5	OPTION 6	OPTION 7	OPTION Tranche C
Majoration si 1 enfant à charge	+5 % SB						
Majoration si 2 enfants à charge ou plus	+10 % SB						
Invalidité de 3 ^e catégorie	85 % SB		85 % SB				70 % TC
AT-PM							
(T : taux d'incapacité permanente défini par la SS) 33 % ≤ Taux d'incapacité SS < 66 %	1,5 x T x indemnisation pour invalidité de 2 ^e catégorie (4)						
Taux d'incapacité SS ≥ 66 %	100 % SB		100 % SB				70 % TC

PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE (RO' + T')	OPTION « Base + »	OPTION 4	OPTION 5	OPTION 6	OPTION 7	OPTION Tranche C
Chirurgie-maternité							
Frais de chirurgie	A concurrence des frais réels (3)						
Allocation maternité	3,2 % de PASS						
<div>(1) Pour chaque option, le montant global du capital-décès (capital de base + majorations applicables) ne peut jamais être inférieur au montant du capital-décès qui résulterait de l'application des garanties du régime de base.</div> <div>(2) Montant de la prestation « double effet » en cas de décès du conjoint : capital-décès de base + majoration pour enfant à charge.</div> <div>(3) Y compris les prestations versées par la SS (indemnités journalières, rentes d'invalidité-incapacité ou remboursement des dépenses de santé)</div> <div>(4) Les prestations de la sécurité sociale sont considérées forfaitairement à 50 % de la tranche A.</div> <div>PASS : plafond annuel de la sécurité sociale.</div> <div>SB : salaire de base en tranche A et tranche B.</div> <div>AT-MP : accident du travail ou maladie professionnelle.</div> <div>RA : rémunération annuelle brute (en tranche A et en tranche B) perçue au cours des 12 derniers mois.</div> <div>TC : salaire de base en tranche C.</div>							

GAMME NATIONALE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Garantie décès-invalidité accidentel					
Garantie 1 Capital en cas de décès (1) Capital en cas d'invalidité (2) $T = 100 \%$	100 % SB	200 % SB	300 % SB	400 % SB	500 % SB
	100 % SB	200 % SB	300 % SB	400 % SB	500 % SB
Garantie 2 Capital en cas de décès (1) Capital en cas d'invalidité (2) $15 \% < T \leq 100 \%$	100 % SB	200 % SB	300 % SB	400 % SB	500 % SB
	$T \times 100 \% \text{ SB}$	$T \times 200 \% \text{ SB}$	$T \times 300 \% \text{ SB}$	$T \times 400 \% \text{ SB}$	$T \times 500 \% \text{ SB}$
Garantie 3 Capital en cas de décès (1) Capital en cas d'invalidité (2) $66 \% < T \leq 15 \% < T \leq 66 \%$	100 % SB	200 % SB	300 % SB	400 % SB	500 % SB
	$100 \% \text{ SB} \times T/66 \%$	$200 \% \text{ SB} \times T/66 \%$	$300 \% \text{ SB} \times T/66 \%$	$400 \% \text{ SB} \times T/66 \%$	$500 \% \text{ SB} \times T/66 \%$
(1) Décès accidentel (toutes causes) ou décès pour maladie professionnelle. (2) Invalidité accidentelle (toutes causes) ou invalidité pour maladie professionnelle. SB : salaire de base.					

Barème d'incapacité de la garantie décès invalidité accidentels

A. – Conditions d'application du barème

1. Le taux d'incapacité correspondant aux indemnités qui ne figurent pas ci-dessous sera déterminé en comparant leur gravité à celle des cas prévus, sans que l'activité professionnelle de la victime puisse intervenir.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du tableau et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. S'il est médicalement établi que l'assuré est gaucher, le taux d'incapacité prévu pour le membre supérieur droit s'applique au membre supérieur gauche et inversement.
4. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'incapacité utilisé pour le calcul de la somme versée sera calculé en appliquant aux taux du barème ci-dessous la méthode retenue par la sécurité sociale pour la détermination du taux d'incapacité en cas d'accident du travail.
5. L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou d'un organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
6. L'application du barème ci-dessous suppose dans tous les cas que les conséquences de l'accident ne soient pas aggravées par l'action d'une maladie ou d'une infirmité antérieure et que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eues l'accident sur une personne se trouvant dans un état physique normal et ayant suivi un traitement médical normal.

B. – Barème d'incapacité (garantie décès-invalidité accidentels)

I. – Tête

Aliénation mentale incurable et totale	100 %
Epilepsie post-traumatique :	
– 1 crise par jour	50 %
– 1 à 2 crises par mois	25 %
Perte complète des yeux ou réduction de la vision à moins de 1/20	100 %
Perte totale d'un œil ou réduction de la vision d'un œil à moins de 1/20	25 %
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à :	
1/20	20 %
1/10	17 %
2/10	13 %
3/10	7 %
4/10	4 %

En cas de séquelles d'accident aux 2 yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus : il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de 2 fois celui de l'autre œil. L'acuité visuelle sera prise avec correction.

Surdité totale bilatérale non appareillable	30 %
Surdité totale unilatérale non appareillable	5 %
Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs	2 � 5 %
Torticolis post-traumatiques	4 %

II. – Incapacité portant sur 2 membres

Perte complète de l'usage des 2 bras ou des 2 mains	100 %
Perte complète de l'usage des 2 jambes ou des 2 pieds	100 %
Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe (ou d'un pied)	100 %

III. – Membres supérieurs

	Droit —	Gauche —
Perte complète du bras	65 %	55 %
Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude)	60 %	50 %
Perte complète des mouvements de l'épaule	30 %	25 %
Perte complète des mouvements du poignet (ankylose en rectitude)	12 %	10 %
Perte complète des mouvements du poignet (en toute autre position)	20 %	15 %
Perte complète de la main (désarticulation radio- carpienne)	55 %	45 %
Perte complète du pouce	18 %	15 %
Perte complète de l'index	12 %	10 %
Perte complète du médius	6 %	5 %
Perte complète de l'annulaire	5 %	4 %
Perte complète de l'auriculaire	4 %	3 %
Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris entre 70� et 110�)	20 %	15 %
Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à-dire que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites précitées)	30 %	25 %
Ankylose totale du pouce	12 %	10 %
Ankylose partielle du pouce (phalange unguéale)	7 %	5 %
Paralyisie totale du membre supérieur	60 %	50 %

Paralysie du nerf circonflexe	20 %	15 %
Paralysie totale du nerf médian au bras	40 %	30 %
Paralysie totale du nerf médian au poignet	15 %	10 %
Paralysie totale du nerf cubital au bras	20 %	15 %
Paralysie totale du nerf cubital au poignet	10 %	8 %
Paralysie totale du nerf radial (paralysie des extenseurs)	30 %	20 %

IV. – Membres inférieurs

Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus)	55 %
Amputation d'une jambe	40 %
Perte totale des mouvements de la hanche	30 %
Désarticulation du genou	45 %
Amputation sus-malléolaire d'un pied	35 %
Désarticulation tibio-tarsienne	32 %
Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	20 %
Raccourcissement d'un membre de 7 cm	15 %
Raccourcissement d'un membre de 5 cm	10 %
Raccourcissement d'un membre de 3 cm	5 %
Perte du gros orteil	6 %
Perte complète de tous les orteils	10 %
Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle maximum de 45°)	20 %
Ankylose complète de genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	30 %
Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne ..	15 %
Paralysie du tronc du nerf sciatique	30 %
Paralysie du nerf sciatique poplité externe	20 %
Paralysie du nerf sciatique poplité interne	15 %

V. – Rachis-thorax

Fracture de la colonne vertébrale cervicale (sans lésion de la moelle épinière)	10 %
Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moelle épinière)	20 %
Tassement radiologique simple avec gêne moyenne .	10 %
Lumbago post-traumatique	4 %
Fracture de la clavicule avec séquelles nettes :	
– clavicule droite	4 %
– clavicule gauche	2 %
Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes	1 %

ANNEXE II

ANNEXES TARIFAIRES

Régimes de prévoyance collectifs. – Collège cadres*Taux contractuels et appelés*

Gamme nationale

TAUX CONTRACTUEL DE COTISATION au 1 ^{er} janvier 2006	RÉGIME de base	BASE +	OPTION 4	OPTION 5	OPTION 6	OPTION 7	OPTION TC
Indemnité journalière	0,19 % TA 0,75 % TB	0,40 % TA 1,05 % TB	0,60 % TA 1,35 % TB	0,88 % TA 1,44 % TB			3,60 % TC
Invalidité	0,26 % TA 0,94 % TB		0,66 % TA 1,49 % TB	0,70 % TA 1,58 % TB			
Capital décès	0,79 % TA 0,79 % TB		0,79 % TA 0,79 % TB	0,86 % TA 0,86 % TB	0,93 % TA 0,93 % TB	1,13 % TA 1,13 % TB	
Rente décès	0,15 % TA 0,15 % TB		0,20 % TA 0,20 % TB	0,23 % TA 0,23 % TB	0,32 % TA 0,32 % TB	0,40 % TA 0,40 % TB	
Chirurgie maternité	0,11 % TA 0,20 % TB		0,20 % TA 0,20 % TB	0,20 % TA 0,20 % TB			
Toutes garanties	1,50 % TA 2,83 % TB		2,45 % TA 4,03 % TB	2,67 % TA 4,31 % TB			

TAUX DE COTISATION effectivement appelé au 1 ^{er} janvier 2006	RÉGIME de base	BASE +	OPTION 4	OPTION 5	OPTION 6	OPTION 7	OPTION TC
Indemnité journalière	0,19 % TA 0,69 % TB	0,37 % TA 0,97 % TB	0,55 % TA 1,24 % TB	0,63 % TA 1,32 % TB			2,88 % TC
Invalidité	0,25 % TA 0,86 % TB		0,61 % TA 1,37 % TB	0,64 % TA 1,45 % TB			
Capital décès	0,73 % TA 0,73 % TB		0,73 % TA 0,73 % TB	0,79 % TA 0,79 % TB	0,86 % TA 0,86 % TB	1,04 % TA 1,04 % TB	
Rente décès	0,15 % TA 0,14 % TB		0,18 % TA 0,18 % TB	0,21 % TA 0,21 % TB	0,29 % TA 0,29 % TB	0,37 % TA 0,37 % TB	
Chirurgie maternité	0,18 % TA 0,18 % TB		0,18 % TA 0,18 % TB	0,18 % TA 0,18 % TB			
Toutes garanties	1,50 % TA 2,60 % TB		2,25 % TA 3,70 % TB	2,45 % TA 3,95 % TB			

ANNEXE III

Régime de frais médicaux collectifs. – Cadres groupe ouvert

Annexe des garanties 2006

Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en pourcentage 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 de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (1 € au 1^{er} janvier 2006) ;
- 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 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

GAMME NATIONALE	PART SS	MODULE S2	MODULE S3	MODULE S3 +	MODULE S4	MODULE S5
Soins. – Hospitalisation :						
– Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	100 %	150 %	300 %	300 %
– Auxiliaire médicaux, soins infirmiers	60 %	100 %	100 %	150 %	300 %	300 %
– Analyses	60 %	100 %	100 %	150 %	300 %	300 %
– Transports	65 %	100 %	100 %	150 %	300 %	300 %
– Soins externes	60 à 70 %	100 %	100 %	150 %	300 %	300 %

GAMME NATIONALE	PART SS	MODULE S2	MODULE S3	MODULE S3 +	MODULE S4	MODULE S5
- Actes techniques médicaux	70 %	100 %	100 %	150 %	100 %	300 %
- Radiologie	70 %	100 %	100 %	150 %	100 %	300 %
- Soins dentaires	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	300 %
- Pharmacie	65 %/35 %/15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (1) (2)	80 %	100 %	100 %	150 %	300 %	300 %
- Forfait journalier hospitalier (dès le 1 ^{er} jour) (2)	-	oui	oui	oui	oui	oui
- Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans) (2)	-	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
- Chambre particulière (dès le 1 ^{er} jour) (2)	-	-	21 € / jour	35 € / jour	44 € / jour	70 € / jour

(1) Pour les ETAM et les cadres, le régime de prévoyance prend en charge 100 % des frais réels en cas d'hospitalisation chirurgicale. Si l'entreprise n'adhère pas au régime de prévoyance, elle doit souscrire à la garantie « Chirurgie-Maternité » afin de garantir à ses salariés la même couverture en cas d'hospitalisation chirurgicale.

(2) Non limité en nombre.

GAMME NATIONALE	PART SS	MODULE P2	MODULE P3	MODULE P3 +	MODULE P4	MODULE P5
Complément (dentaire, optique...) : Pour l'adulte : – Monture et/ou verres simples (3) – Monture et/ou verres progressifs (3) (4)	65 %	100 % + 60 € 100 % + 120 €	100 % + 120 € 100 % + 180 €	100 % + 200 € 100 % + 300 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €	100 % + 550 € 100 % + 650 €
Pour l'enfant : – Monture et/ou verres simples (3) – Monture et/ou verres progressifs (3) (4)	65 % 65 %	250 % 250 %	Verres : 300 % Montures : 100 % + 80 €	100 % + 225 € 100 % + 300 €	100 % + 250 € 100 % + 550 €	100 % + 300 € 100 % + 650 €
– Lentilles remboursées par la SS (3)	65 %	250 %	300 % ou 100 % + 80 € (5)	500 % ou 100 % + 125 € (5)	100 % + 90 % frais réels Remb. SS ou 100 % + 125 € (5)	100 % + 90 % frais réels Remb. SS ou 100 % + 175 € (5)
– Lentilles remboursées par la SS (3)	–	–	80 €	125 €	125 €	175 €
Prothèses dentaires : – Prothèses dentaires remboursées par la SS . – Prothèses dentaires refusées par la SS – Orthodontie	70 % 100 %	250 % – 200 %	300 % – 200 %	90 % FR-BR limité à 500 % (6) – 250 %	90 % FR-BR limité à 550 % (6) – 200 %	90 % FR-BR limité à 600 % (6) – 400 %

GAMME NATIONALE	PART SS	MODULE P2	MODULE P3	MODULE P3 +	MODULE P4	MODULE P5
Autres prothèses et divers : – Prothèses auditives – Appareillages orthopédiques et autres problèmes	65 % 65 %	250 % 250 %	300 % 300 %	500 % 500 %	550 % 550 %	600 % 600 %
– Cures thermales (7)	65 %	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 322,50 €	100 % + 322,50 €
(3) Montant en euros : forfait annuel, par personne, pour la part excédant le tarif de la sécurité sociale. (4) Sous condition que la sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs. (5) C'est la formule la plus avantageuse pour l'adhérent qui est appliquée. (6) Ne pouvant être inférieur à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale. (7) Remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire.						

Module additionnel optionnel : « Présence + »

Assistance 24 heures sur 24 en cas d'hospitalisation :

- allocation hospitalière du 3^e au 90^e jour : 17,50 € ;
- allocation obsèques : 1 400 €.

Module additionnel optionnel : « Jeunes jusqu'à 25 ans »

Prise en charge des enfants étudiants, apprentis, chômeurs non indemnisés, non à charge au sens de la sécurité sociale.

Régime de frais médicaux collectifs. – Cadres groupe fermé

Annexe des garanties 2006

Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en pourcentage 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 de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (1 € au 1^{er} janvier 2006) ;
- 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 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION base	OPTION 1	OPTION 1 avant 1994 secteur conventionné	OPTION 1 avant 1994 secteur non conventionné	OPTION 2 avant 1994 secteur conventionné	OPTION 2 avant 1994 secteur non conventionné
Soins. – Hospitalisation : – Consultations, visites (généralistes, spécialistes) – Auxiliaire médicaux, soins infirmiers	70 %	100 %	100 %	C 12,36 € CS 32,94 € CNP 48,57 €	V 17,34 € VS 37,24 € VNP 66,08 €	100 %	C 17,34 € CS 37,07 € CNP 60,75 €
	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	V 23,51 € VS 44,97 € VNP 71,57 € 120 % ou 95 % FR-Remb

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION base	OPTION 1	OPTION 1 avant 1994 secteur conven- tionné	OPTION 1 avant 1994 secteur non conventionné	OPTION 2 avant 1994 secteur conven- tionné	OPTION 2 avant 1994 secteur non conventionné
- Analyses	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 % ou 95 % FR - Remb SS (3)	SS (3)
- Transports	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %		100 % ou 95 % FR - Remb SS (3)
- Soins externes	60 à 70 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
- Actes techniques médicaux	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
- Radiologie	70 %	100 %	100 %	119 %	119 %	119 % ou 95 % FR - Remb SS (3)	140 % ou 95 % FR - Remb SS (3)
- Soins dentaires	70 %	100 %	100 %	119 %	280 %		280 % ou 95 % FR - Remb SS (3)
- Pharmacie	65 %, 35 %, 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (1) (2)	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Forfait journalier hospitalier (dès le 1 ^{er} jour) (2)	-	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION base	OPTION 1	OPTION 1 avant 1994 secteur conven- tionné	OPTION 1 avant 1994 secteur non conventionné	OPTION 2 avant 1994 secteur conven- tionné	OPTION 2 avant 1994 secteur non conventionné
<ul style="list-style-type: none"> - Lit accompagnant (enfant) de moins de 12 ans) (2) - Chambre particulière (dès le 1^{er} jour) (2) 	-	Non Non	Non Non	Non 100 % FR	Non 100 % FR	Non 100 % FR	Non 100 % FR
Complément (dentaire, optique :							
<ul style="list-style-type: none"> - Pour l'adulte 	65 %	191,95 %	196,50 %	325 %	325 %	325 % ou 79 € (3) pour la monture	325 % ou 95 % de FR - Remb SS (3) pour les verres
<ul style="list-style-type: none"> - Monture et/ou verres simples 	65 %	191,95 %	196,50 %	325 %	325 %	325 % ou 79 € (3) pour la monture 325 % ou 95 % de FR - Remb SS (3) pour les verres	
<ul style="list-style-type: none"> - Monture et/ou verres progressifs - Pour l'enfant : - Monture et/ou verres simples ... - Monture et/ou verres progressifs - Lentilles remboursées par la SS .. - Lentilles refusées par la SS 	65 % -	191,95 % -	196,50 % -	- -	- -	- -	- -

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION base	OPTION 1	OPTION 1 avant 1994 secteur conven- tionné	OPTION 1 avant 1994 secteur non conventionné	OPTION 2 avant 1994 secteur conven- tionné	OPTION 2 avant 1994 secteur non conventionné
Prothèses dentaires : - Prothèses dentaires remboursées par la SS - Prothèses dentaires refusées par la SS	70 %	193,10 % -	197 % -	154 % -	154 % -	154 % ou 80 % FR - Remb SS (3) 140 % TR	280 % ou 80 % FR - Remb SS (3) 140 % TR
- Orthodontie	100 %	200 %	200 %	170 %	170 %	170 % ou 95 % de FR - Remb SS (3)	170 % ou 95 % de FR - Remb SS (3)

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION base	OPTION 1	OPTION 1 avant 1994 secteur conven- tionné	OPTION 1 avant 1994 secteur non conventionné	OPTION 2 avant 1994 secteur conven- tionné	OPTION 2 avant 1994 secteur non conventionné
Autres prothèses et divers : - Prothèses auditives - Appareillages orthopédiques et autres prothèses - Cures thermales (4)	65 %	192 %	197 %	130 %	130 %	130 % ou 95 % FR - Remb SS (3)	130 % ou 95 % FR - Remb SS (3)
	65 %	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 197,18 €	100 % + 197,18 €	100 % + 525,85 €	100 % + 322,50 €

(1) Pour les ETAM et les cadres, le régime de prévoyance prend en charge 100 % des frais réels en cas d'hospitalisation chirurgicale. Si l'entreprise n'adhère pas au régime de prévoyance, elle doit souscrire à la garantie « Chirurgie-Maternité » afin de garantir à ses salariés la même couverture en cas d'hospitalisation chirurgicale.

(2) Non limité en nombre.

(3) C'est la formule la plus avantageuse pour l'adhérent qui est appliquée.

(4) Remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire.

TR : tarif de responsabilité.

Module additionnel optionnel : « Présence + »

Assistance 24 heures sur 24 en cas d'hospitalisation :

- allocation hospitalière du 3^e au 90^e jour : 17,50 € ;
- allocation obsèques : 1 400 €.

Module additionnel optionnel : « Jeunes jusqu'à 25 ans »

Prise en charge des enfants étudiants, apprentis, chômeurs non indemnisés, non à charge au sens de la sécurité sociale.

ANNEXE IV

Régime de frais médicaux collectifs. – Cadres groupe ouvert

Annexe tarifaire au 1^{er} janvier 2006

Cotisation annuelle

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME DE L'EST
Options de la gamme		
S2	597,60 €	158,40 €
P2	183,60 €	111,60 €
S3	633,60 €	223,20 €
P3	338,40 €	216,00 €
S3 +	777,60 €	331,20 €
P3 +	525,60 €	388,80 €
S4	882,00 €	378,00 €
P4	806,40 €	579,60 €
S5	1 076,40 €	572,40 €
P5	1 134,00 €	1 033,20 €
Chirurgie - maternité	126,00 €	39,60 €
Modules additionnels		
Présence +	64,80 €	64,80 €
Jeunes jusqu'à 25 ans	Surcotisation : + 5 % de la cotisation	Surcotisation : + 5 % de la cotisation
Non conventionné	50,40 €	50,40 €
S = Soins et hospitalisation. P = Complément dentaire et optique.		

Régime de frais médicaux collectifs. – Cadres groupe fermé

Annexe tarifaire au 1^{er} janvier 2006

Cotisation annuelle

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME DE L'EST
Options de la gamme		
Option 1 ancienne gamme	554,40 €	399,60 €
Option 2 ancienne gamme	1 411,20 €	871,20 €
Option de base	367,20 € 129,60 €	
Option 1	428,40 € 151,20 €	104,40 € 79,20 €
Modules additionnels		
Présence +	64,80 €	64,80 €
Jeunes jusqu'à 25 ans	Surcotisation : + 5 % de la cotisation	Surcotisation : + 5 % de la cotisation
Non conventionné	50,40 €	50,40 €
S = Soins et hospitalisation. P = Complément dentaire et optique.		

ANNEXE V

Régime de frais médicaux individuels. – Retraités cadres. – Groupe fermé

Annexe des garanties 2006

Toutes les garanties formulées en pourcentage 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 de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (1 € au 1^{er} janvier 2006) ;
- 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 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Base »	OPTION 2 « Bien-être »	OPTION 3 « Quiétude »	OPTION 3 + « Vitalité »	OPTION 4 « Privilège »
Soins. – Hospitalisation :						
– Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Transports	65 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Soins externes	60 à 70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Soins dentaires	70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %
– Radiologie, actes techniques médicaux	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Base »	OPTION 2 « Bien-être »	OPTION 3 « Quiétude »	OPTION 3 + « Vitalité »	OPTION 4 « Privilège »
<ul style="list-style-type: none"> Pharmacie Actes médicaux supérieurs à 91 € Hospitalisation : frais de séjour, honoraires .. Frais de séjours, honoraires Forfait journalier hospitalier dès le 1^{er} jour (1) Chambre particulière dès le 1^{er} jour (2) Frais d'accompagnement (acceptés par la SS) 	65 %, 35 %, 15 % 100 %-18 € 80 % 80 % – – –	100 % 100 % 100 % 100 % oui – –	100 % 100 % 100 % 100 % oui – –	100 % 100 % 100 % 100 % oui 21 €/jour –	100 % 100 % 150 % 150 % oui 35 €/jour –	100 % 100 % 300 % 300 % oui 44 €/jour –
Complément (dentaire, optique...) : Optique : <ul style="list-style-type: none"> Pour l'adulte : <ul style="list-style-type: none"> Monture et/ou verres simples (3) Monture et/ou verres progressifs (3) (4) ... Pour l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> Monture et/ou verres simples (3) Monture et/ou verres progressifs (3) (4) ... Lentilles remboursées par la SS (3) Lentilles refusées par la SS (3) 	65 % 65 % 65 % 65 % –	200 % 200 % 200 % 200 % –	100 % + 60 € 100 % + 120 € 250 % 250 % –	100 % + 120 % 100 % + 180 € Verres : 300 % Monture : 100 % + 80 € 300 % ou 100 % + 80 € (5) 80 €	100 % + 200 € 100 % + 300 € 100 % + 300 € 500 % ou 100 % + 125 € (5) 125 €	100 % + 475 € 100 % + 550 € 100 % + 550 € 100 % + 90 % fr. réels-remb, SS ou 100 % + 125 € (5) 125 €

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Base »	OPTION 2 « Bien-être »	OPTION 3 « Quiétude »	OPTION 3 + « Vitalité »	OPTION 4 « Privilège »
Prothèses dentaires :						
– Prothèses dentaires remboursées par la SS .	70 %	100 %	250 %	300 %	90 % FR-BR limité à 500 % (6)	90 % FR-BR limité à 550 % (6)
– Prothèses dentaires refusées par la SS	–	–	–	–	–	–
– Orthodontie	100 %	100 %	200 %	200 %	250 %	200 %
Autres prothèses et divers :						
– Prothèses auditives	65 %	100 %	250 %	300 %	500 %	550 %
– Appareillages orthopédiques et autres prothèses	65 %	100 %	250 %	300 %	500 %	550 %
– Cures thermales (7)	65 %	100 % + 1 €	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50	100 % + 322,50 €

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Base »	OPTION 2 « Bien-être »	OPTION 3 « Quiétude »	OPTION 3 + « Vitalité »	OPTION 4 « Privilège »
Décès : – Frais d'obsèques – Indemnité au décès accidentel du souscrip- teur	– –					
Maternité :						
(1) Non limité en nombre. (2) Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation. (3) Ne pouvant être inférieur à 100 % de la base de remboursement SS. (4) Sous condition que la sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs. (5) C'est la formule la plus avantageuse pour l'adhérent qui est retenue. (6) Forfait annuel maximal par bénéficiaire pour les lentilles refusées. (7) Remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire.						

Module Atout +

Chambre particulière dès le 1^{er} jour : 31 € par jour (1).

Chambre d'accompagnement pour hospitalisation d'enfant de moins de 12 ans : 25 € par jour (2).

Forfait d'optique : 41 €/jour (2).

(1) Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation.

(2) En complément des remboursements prévus dans le cadre de l'option souscrite, dans la limite des frais engagés.

Module additionnel optionnel : secteur non conventionné

	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 3 +	OPTION 4
Soins. – Hospitalisation : – Consultations, visites – Radiologie, analyses, auxiliaires médicaux, actes techniques médicaux, soins extrêmes, transport, soins dentaires – Hospitalisation	23,50 € 100 % 80 %	23,50 € 100 % 80 %	23,50 € 100 % 80 %	39,00 € 100 % 80 %
Optique : – Verres (1) – Montures (1)	150 % 150 %	200 % 80,00 €	400 % 125,00 €	Idem secteur conventionné Idem secteur conventionné
Prothèses dentaires : – Prothèses dentaires remboursées par la SS (*)	150 %	200 %	90 % frais réels (3) dans la limite de 400 %	90 % frais réels (3) dans la limite de 450 %
Autres prothèses et divers : – Prothèses auditives (*) – Appareillages orthopédiques et autres prothèses (*) – Cures thermales (*) (2)	150 % 187,50 €	200 % 187,50 €	400 % 187,50 €	90 % frais réels - Remboursement SS 322,50 €

	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 3 +	OPTION 4
Plafond annuel par an et par famille : - (*) Pour les prothèses, l'orthodontie et les cures, secteurs conventionné et non conventionné confondus	655 €	820 €	1 440 €	2 015 €
(1) Non limité en nombre. (2) Forfait annuel maximal par bénéficiaire pour les lentilles refusées.				

Module additionnel optionnel : « Chirurgie – Maternité »

En cas d'hospitalisation chirurgicale : 100 % des frais réels.

Allocation maternité : 2,5 % du plafond annuel sécurité sociale.

Régime de frais médicaux individuels. – Retraités cadres. – Groupe fermé

Annexe tarifaire 2006

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple ^(*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 2 – « Base »	56-59 ans	489	441	561	185
	60 ans	510	459	567	185
	61 ans	519	474	567	185
	62 ans	528	492	567	185
	63 ans	540	513	570	185
	64 ans	549	531	567	185
	65 ans	561	552	570	185
	66 ans et plus	570	570	201	185
Option 2 « Bien-être »	56-59 ans	591	522	666	185
	60 ans	606	549	675	185
	61 ans	606	570	678	185
	62 ans	630	591	678	185
	63 ans	642	612	678	185

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
	64 ans	657	636	681	185
	65 ans	669	657	681	185
	66 ans et plus	681	681	240	185
Option 3 « Quiétude »	56-59 ans	717	633	807	185
	60 ans	723	654	807	185
	61 ans	738	678	807	185
	62 ans	753	705	810	185
	63 ans	768	729	810	185
	64 ans	783	756	810	185
	65 ans	798	783	813	185
	66 ans et plus	813	813	375	185
Option 3 + « Vitalité »	56-59 ans	1 110	972	1 242	186
	60 ans	1 095	990	1 221	186
	61 ans	1 116	1 029	1 224	186
	62 ans	1 140	1 065	1 224	186
	63 ans	1 161	1 107	1 230	186
	64 ans	1 185	1 149	1 230	186
	65 ans	1 209	1 188	747	186

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
	66 ans et plus	1 233	1 233	759	186
Option 4 « Privilège »	56-59 ans	1 422	1 233	1 578	188
	60 ans	1 398	1 263	1 557	188
	61 ans	1 425	1 311	1 560	188
	62 ans	1 455	1 359	1 563	188
	63 ans	1 482	1 413	1 566	18%
	64 ans	1 512	1 464	1 569	188
	65 ans	1 542	1 518	1 572	188
	66 ans et plus	1 572	1 572	1 230	188
(*) Pour le deuxième adulte couvert, la cotisation est fixée en multipliant la cotisation de référence par le coefficient couple indiqué.					

ANNEXE VII

Régime de frais médicaux individuels. – Tous collèges. – Actifs

Annexe des garanties 2006

Toutes les garanties formulées en pourcentage 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 de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (1 € au 1^{er} janvier 2006) ;
- 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 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Economique »	OPTION 2 « Essentielle »	OPTION 3 « Equilibre »	OPTION 3 + « Performance »	OPTION 4 « Optimale »
Soins. – Hospitalisation :						
– Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Transports	65 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Soins externes	60 à 70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Soins dentaires	70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %
– Radiologie, actes techniques médicaux	70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Economique »	OPTION 2 « Essentielle »	OPTION 3 « Equilibre »	OPTION 3 + « Performance »	OPTION 4 « Optimale »
<ul style="list-style-type: none"> – Pharmacie – Actes médicaux supérieurs à 91 € – Hospitalisation : frais de séjour, honoraires .. – Forfait journalier dès le 1^{er} jour (1) – Chambre particulière dès le 1^{er} jour (2) – Frais d'accompagnement (acceptés par la SS) 	65 %, 35 %, 15 % 100 % – 18 € 80 % – – –	100 % 100 % 100 % oui – –	100 % 100 % 100 % oui – –	100 % 100 % 100 % oui 21 €/jour –	100 % 100 % 150 % oui 35 €/jour –	100 % 100 % 300 % oui 44 €/jour –
Complément (dentaire, optique...) : Optique : – Pour l'adulte : – Monture et/ou verres simples (3) – Monture et/ou verres progressifs (3) (4) ... – Pour l'enfant – Monture et/ou verres simples (3) – Monture et/ou verres progressifs – Lentilles remboursées par la SS (3)	65 % 65 % 65 % 65 % 65 %	200 % 200 % 200 % 200 % 200 %	100 % + 60 € 100 % + 120 € 250 % 250 % 250 %	100 % + 120 % 100 % + 180 € Verre : 300 % Monture : 100 % + 80 € 300 % ou 100 % + 80 € (5)	100 % + 200 € 100 % + 300 € 100 % + 225 € 100 % + 300 € 500 % ou 100 % + 125 € (5)	100 % + 475 € 100 % + 550 € 100 % + 250 € 100 % + 550 € 100 % + 90 % fr. réels-Remb, SS ou 100 % + 125 € (5) 125 €
– Lentilles refusées par la SS (6)	–	–	–	80 €	125 €	

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Economique »	OPTION 2 « Essentielle »	OPTION 3 « Equilibre »	OPTION 3 + « Performance »	OPTION 4 « Optimale »
Prothèses dentaires : – Prothèses dentaires remboursées par la SS .	70 %	100 %	250 %	300 %	90 % FR-BR limité à 500 % (3)	90 % FR-BR limité à 550 % (3)
– Prothèses dentaires refusées par la SS – Orthodontie.....	– 100 %	– 100 %	– 200 %	– 200 %	– 250 %	– 200 %
Autres prothèses et divers : – Prothèses auditives – Appareillages orthopédiques et autres pro- thèses	65 % 65 %	100 % 100 %	250 % 250 %	300 % 300 %	500 % 500 %	550 % 550 %
– Cures thermales (7)	65 %	100 %	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 322,50 €

(1) Non limité en nombre.

(2) Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation.

(3) Ne pouvant être inférieur à 100 % de la base de remboursement SS.

(4) Sous condition que la sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.

(5) C'est la formule la plus avantageuse pour l'adhérent qui est retenue.

(6) Forfait annuel maximal par bénéficiaire pour les lentilles refusées.

(7) Remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire.

Module additionnel BPT « Santé + »plus

	NIVEAU 1	NIVEAU 2
Améliorations de prises en charge : <ul style="list-style-type: none"> - Complément sur dépassements d'honoraires hospitaliers (1) (2) (3) - Complément sur chambre particulière en cas d'hospitalisation (2) (4) - Complément au plafond optique annuel par bénéficiaire (2) (5) 	500 € 25 € -	1 500 € 40 € 40 €
Prestations supplémentaires : <ul style="list-style-type: none"> - Lit accompagnant pour hospitalisation d'enfant < 12 ans (4) - Lit accompagnant pour hospitalisation d'un adhérent > 70 ans (6) - Allocation maternité (7) 	20 € 20 € 1 % PASS	20 € 20 € 1,6 % PASS
Modalités de déclenchement des garanties de BTP « Santé + » : <ul style="list-style-type: none"> - déclenchement immédiat si souscription simultanée à celle de l'option ; - carence de 6 mois (portée à 300 jours pour l'allocation maternité), (1) En cas d'hospitalisation chirurgicale exclusivement. (2) En complément des remboursements prévus dans le cadre de l'option souscrite, dans la limite des frais engagés. (3) Par hospitalisation. (4) Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation. (5) Par exception, module directement intégré dans l'option « 4 ». (6) Dans la limite de 7 jours par hospitalisation. (7) Pour chaque naissance, ou pour adoption d'un enfant de moins de 7 ans.		

ANNEXE VIII

Régime de frais médicaux individuels. – Actifs à défaut de collectif

Annexe tarifaire 2006

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 2 – « Base »	enfant	210	189	210	84
	< 20 ans	210	189	210	84
	21-25 ans	231	207	243	93
	26-30 ans	264	237	291	105
	31-35 ans	291	261	336	117
	36-40 ans	327	294	375	132
	41-45 ans	363	327	417	147
	46-50 ans	405	366	465	162
	51-55 ans	438	393	504	177
	56-59 ans	489	441	561	190
	60 ans	525	474	582	178
	61 ans	534	489	582	175
	62 ans	543	507	582	175
	63 ans	555	528	585	175
	64 ans	564	546	585	175
	65 ans inclus	576	567	585	175

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple. (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 2 « Bien-être »	enfant	261	234	261	132
	< 20 ans	261	234	261	132
	21-25 ans	279	252	294	141
	26-30 ans	315	285	348	159
	31-35 ans	348	312	399	174
	36-40 ans	381	342	438	192
	41-45 ans	420	378	483	210
	46-50 ans	468	420	537	234
	51-55 ans	519	468	597	246
	56-59 ans	579	522	666	273
	60 ans	618	555	687	276
	61 ans	630	576	687	279
	62 ans	642	597	687	285
	63 ans	654	621	690	291
	64 ans	669	645	693	297
	65 ans inclus	681	669	693	303

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 3 « Quiétude »	enfant				
	< 20 ans	303	273	303	183
	21-25 ans	303	273	303	183
	26-30 ans	327	294	342	190
	31-35 ans	366	330	402	190
	36-40 ans	411	369	474	190
	41-45 ans	462	417	531	190
	46-50 ans	510	459	588	190
	51-55 ans	573	516	660	190
	56-59 ans	633	570	729	190
	60 ans	675	609	777	178
	61 ans	711	639	789	175
	62 ans	726	666	792	175
	63 ans	738	687	792	175
	64 ans	753	714	792	175
	65 ans inclus	768	741	795	175
		780	788	795	175

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 3 + « Vitalité »	enfant	450	405	450	291
	< 20 ans	450	405	450	190
	21-25 ans	492	444	516	190
	26-30 ans	552	498	606	190
	31-35 ans	612	552	705	190
	36-40 ans	672	606	774	190
	41-45 ans	741	666	852	190
	46-50 ans	810	729	933	190
	51-55 ans	873	786	1 005	190
	56-59 ans	954	858	1 098	183
	60 ans	1 032	930	1 146	180
	61 ans	1 050	963	1 146	180
	62 ans	1 071	999	1 149	180
	63 ans	1 092	1 035	1 149	180
	64 ans	1 113	1 074	1 152	180
	65 ans inclus	1 134	1 116	1 155	180

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 4 – « Optimale »	enfant				
	< 20 ans	501	450	501	351
	21-25 ans	501	450	501	351
	26-30 ans	555	501	582	387
	31-35 ans	630	567	693	441
	36-40 ans	693	624	798	486
	41-45 ans	750	675	864	525
	46-50 ans	840	756	966	588
	51-55 ans	945	852	1 086	663
	56-59 ans	1 053	948	1 212	735
	60 ans	1 158	1 041	1 332	777
	61 ans	1 158	1 041	1 332	777
	62 ans	1 269	1 161	1 383	849
	63 ans	1 269	1 161	1 383	849
	64 ans	1 269	1 161	1 383	849
	65 ans inclus	1 269	1 161	1 383	849

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple. (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 4 « Privilège »	enfant	525	474	525	369
	< 20 ans	525	474	525	369
	21-25 ans	582	525	612	408
	26-30 ans	663	597	729	465
	31-35 ans	729	657	837	510
	36-40 ans	789	711	906	552
	41-45 ans	882	795	1 014	618
	46-50 ans	993	894	1 143	696
	51-55 ans	1 074	966	1 236	774
	56-59 ans	1 116	1 005	1 284	849
	60 ans	1 176	1 059	1 305	897
	61 ans	1 200	1 098	1 308	912
	62 ans	1 221	1 137	1 308	930
	63 ans	1 245	1 182	1 311	948
	64 ans	1 269	1 227	1 314	966
	65 ans inclus	1 293	1 272	1 317	984
(*) Pour le deuxième adulte couvert, la cotisation est fixée en multipliant la cotisation de référence par le coefficient couple indiqué.					

ANNEXE IX

Régime de frais médicaux individuels actifs. – Tous collèges

*Annexe de coassurance*Au 1^{er} janvier 2006

MUTUELLE PARTENAIRE	DÉPARTEMENTS	TAUX DE CO-ASSURANCE (1)	
		BTP-Prévoyance	Mutuelle partenaire
MBTP du Nord	59, 62 02, 60, 80	50 % 75 %	50 % 25 %
MBTPSE	01, 07, 26, 38, 42, 69, 71, 73, 74 03, 15, 21, 53, 58, 63, 89	50 % 75 %	50 % 25 %
Mutuelle Boissière du BTP	27, 76	50 %	50 %
Mutuelle du Limousin	87	80 %	20 %
Mutuelle Creusoise	23	80 %	20 %
(1) Taux applicable pour les adhésions souscrites auprès du règlement de BTP-Prévoyance.			

ANNEXE X

Régime de frais médicaux individuels. – Tous collèges. – Retraités

Annexe des garanties 2006

Toutes les garanties formulées en pourcentage 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 de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (1 € au 1^{er} janvier 2006) ;
- 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 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Base »	OPTION 2 « Bien-être »	OPTION 3 « Quiétude »	OPTION 3 + « Vitalité »	OPTION 4 « Privilège »
Soins. – Hospitalisation :						
– Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Transports	65 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Soins externes	60 à 70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	300 %
– Soins dentaires	70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %
– Radiologie, actes techniques médicaux	70 %	100 %	100 %	100 %	150 %	100 %

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Base »	OPTION 2 « Bien-être »	OPTION 3 « Quiétude »	OPTION 3 + « Vitalité »	OPTION 4 « Privilège »
<ul style="list-style-type: none"> Pharmacie Actes médicaux supérieurs à 91 € Hospitalisation : frais de séjour, honoraires .. Forfait journalier hospitalier dès le 1^{er} jour (1) Chambre particulière dès le 1^{er} jour (2) Frais d'accompagnement (acceptés par la SS) 	65 %, 35 %, 15 % 100 %-18 € 80 % – – –	100 % 100 % 100 % oui – –	100 % 100 % 100 % oui – –	100 % 100 % 100 % oui 21 €/jour –	100 % 100 % 150 % oui 35 €/jour –	100 % 100 % 300 % oui 44 €/jour –
Complément (dentaire, optique...) : Optique : – Pour l'adulte : – Monture et/ou verres simples (3) – Monture et/ou verres progressifs (3) (4) ... – Pour l'enfant – Monture et/ou verres simples (3) – Monture et/ou verres progressifs (3) (4) ... – Lentilles remboursées par la SS (3) – Lentilles refusées par la SS (6)	65 % 65 % 65 % 65 % 65 % 65 % –	200 % 200 % 200 % 200 % 200 % 200 % –	100 % + 60 € 100 % + 120 € 250 % 250 % 250 % 250 % –	100 % + 120 € 100 % + 180 € Verres : 300 % Monture : 100 % + 80 € 100 % + 300 € 300 % 100 % + 80 € (5) 80 €	100 % + 200 € 100 % + 300 € 100 % + 225 € 100 % + 300 € 500 % 100 % + 125 € (5) 125 €	100 % + 475 € 100 % + 550 € 100 % + 250 € 100 % + 550 € 100 % + 90 % fr. réels-Rem. SS ou 100 % + 125 € (5) 125 €

GAMME NATIONALE	PART SS	OPTION 2 – « Base »	OPTION 2 « Bien-être »	OPTION 3 « Quiétude »	OPTION 3 + « Vitalité »	OPTION 4 « Privilège »
Prothèses dentaires : – Prothèses dentaires remboursées par la SS .	70 %	100 %	250 %	300 %	90 % FR-BR limité à 500 % (3)	90 % FR-BR limité à 550 % (3)
– Prothèses dentaires refusées par la SS – Orthodontie	– 100 %	– 100 %	– 200 %	– 200 %	– 250 %	– 200 %
Autres prothèses et divers : – Prothèses auditives – Appareillages orthopédiques et autres prothèses	65 % 65 %	100 % 100 %	250 % 250 %	300 % 300 %	500 % 500 %	550 % 550 %
Cures thermales (7)	65 %	100 %	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 322,50 €

(1) Non limité en nombre.

(2) Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation.

(3) Ne pouvant être inférieur à 100 % de la base de remboursement SS.

(4) Sous condition que la sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.

(5) C'est la formule la plus avantageuse pour l'adhérent qui est retenue.

(6) Forfait annuel maximal par bénéficiaire pour les lentilles refusées.

(7) Remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire.

Module additionnel BTP « Santé + »

	NIVEAU 1	NIVEAU 2
Améliorations de prises en charge : <ul style="list-style-type: none"> – Complément sur dépassements d'honoraires hospitaliers (1) (2) (3) – Complément sur chambre particulière en cas d'hospitalisation (2) (4) – Complément au plafond optique annuel par bénéficiaire (2) (5) Prestations supplémentaires : <ul style="list-style-type: none"> – Lit accompagnant pour hospitalisation d'enfant < 12 ans (4) – Lit accompagnant pour hospitalisation d'un adhérent > 70 ans (6) – Allocation maternité (7) 	500 € 25 € – 20 € 20 € 1 % PASS	1 500 € 40 € 40 € 20 20 € 1,6 % PASS
Modalités de déclenchement des garanties de BTP santé plus : <ul style="list-style-type: none"> – déclenchement immédiat si souscription simultanée à celle de l'option ; – carence de 6 mois (portée à 300 jours pour l'allocation maternité). (1) En cas d'hospitalisation chirurgicale exclusivement. (2) En complément des remboursements prévus dans le cadre de l'option souscrite, dans la limite des frais engagés. (3) Par hospitalisation. (4) Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation. (5) Par exception, module directement intégré dans l'option « 4 ». (6) Dans la limite de 7 jours par hospitalisation. (7) Pour chaque naissance, ou pour adoption d'un enfant de moins de 7 ans.		

ANNEXE XI

Régime de frais médicaux individuels. – Tous collèges. – Retraités

Annexe tarifaire 2006

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 2 – « Base »	56-59 ans	489	441	561	195
	60 ans	525	474	582	213
	61 ans	534	489	582	216
	62 ans	543	507	582	219
	63 ans	555	528	585	225
	64 ans	564	546	585	228
	65 ans	576	567	585	234
	66 ans et plus	588	588	588	237
	Adhésion entre 67 et 70 ans	675	675	675	273
					178
					175
					175
					175
					175
					175
					175

GAMME NATIONALE		RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
		Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 3 « Quiétude »	56-59 ans	675	609	777	393	178
	60 ans	711	639	789	396	175
	61 ans	726	666	792	405	175
	62 ans	738	687	792	411	175
	63 ans	753	714	792	420	175
	64 ans	768	741	795	426	175
	65 ans	780	768	795	435	175
	66 ans et plus	795	795	795	444	175
	Adhésion entre 67 et 70 ans	915	915	915	510	175

GAMME NATIONALE		RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
		Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 3 + « Vitalité »	56-59 ans	954	858	1 098	612	183
	60 ans	1 032	930	1 146	630	180
	61 ans	1 050	963	1 146	642	180
	62 ans	1 071	999	1 149	654	180
	63 ans	1 092	1 035	1 149	669	180
	64 ans	1 113	1 074	1 152	681	180
	65 ans	1 134	1 116	1 155	693	180
	66 ans et plus	1 155	1 155	1 155	705	180
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 329	1 116	1 329	810	180

GAMME NATIONALE	RÉGIME GÉNÉRAL (en euros)			RÉGIME DE L'EST (en euros)	COEFFICIENT couple (*) (en %)
	Tarif national	Sous-cotisation départements : 01, 20, 28, 73, 74, 77, 91, 93, 95	Surcotisation départements : 06, 11, 13, 30, 31, 34, 54, 65, 83		
Option 4 « Privilège »	56-59 ans	1 116	1 005	1 284	849
	60 ans	1 176	1 059	1 305	897
	61 ans	1 200	1 098	1 308	912
	62 ans	1 221	1 137	1 308	930
	63 ans	1 245	1 182	1 311	948
	64 ans	1 269	1 227	1 314	966
	65 ans	1 293	1 272	1 317	984
	66 ans et plus	1 317	1 317	1 317	1 002
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 515	1 515	1 317	1 152
					183
					180
					180
(*) Pour le deuxième adulte couvert, la cotisation est fixée en multipliant la cotisation de référence par le coefficient couple indiqué.					180

Anciens ouvriers : réduction pour ancienneté BTP

	ÂGE DE L'ADHÉRENT	TAUX DE RÉDUCTION (*)	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME DE L'EST
Isolé	Jusqu'à 66 ans De 67 ans à 70 ans	- 7 % - 3,5 %	- 48,66 € - 24,50 €	- 20,00 € - 10,00 €
(*) La réduction est définie en pourcentage de la cotisation annuelle de l'option 2 (« Bien-être ») dans la tranche « 66 ans et plus », avec arrondi pour permettre un tarif mensuel.				

ANNEXE XII

Régime de frais médicaux individuels. – Tous collèges. – Retraités

Annexe de coassurance

Au 1^{er} janvier 2006

MUTUELLE PARTENAIRE	DÉPARTEMENTS	TAUX DE COASSURANCE (1)	
		BTP-Prévoyance	Mutuelle partenaire
MBTP du Nord	02, 59, 60, 62, 80	75 %	25 %
MBTPSE	01, 07, 26, 38, 42, 69, 71, 73, 74 03, 15, 21, 53, 58, 63, 89	50 % 75 %	50 % 25 %
Mutuelle Boissière du BTP	27, 76	75 %	25 %
(1) Taux applicable pour les adhésions souscrites auprès du règlement de BTP-Prévoyance.			