

Brochure n° 3107

Accords collectifs nationaux

BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

AVENANT N° 6 DU 19 DÉCEMBRE 2007
À L'ACCORD DU 1^{ER} OCTOBRE 2001
INSTITUANT UN RÉGIME BTP-PRÉVOYANCE DES CADRES

NOR : ASET0850606M

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 ;

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

La fédération BATIMAT-TP CFTC ;

La fédération nationale des travailleurs de la construction CGT ;

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

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

CHAPITRE I^{er}

L'article 4 de la section 1 « Dispositions relatives aux entreprises et aux participants » du titre I^{er} « Régimes de prévoyance collectifs » figurant en première partie « Règlement des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » est modifié comme suit :

L'article 4 *a* est remplacé par le texte suivant :

« 4.1. Assiette

a) Assiette du régime de prévoyance de base (Ro' + T')

Les cotisations du régime de prévoyance de base des cadres sont calculées à partir des éléments de rémunération suivants :

- les mêmes éléments qui entrent dans l'assiette des cotisations du régime de retraite ARRCO, pour la partie du salaire limitée au plafond de la sécurité sociale (tranche A) ;
- les mêmes éléments qui entrent dans l'assiette des cotisations du régime de retraite AGIRC, pour la partie du salaire comprise entre 1 et 4 plafonds de la sécurité sociale (tranche B) ;

Lorsque l'entreprise adhère à une caisse de congés intempéries BTP et si l'entreprise relève du "mode direct" tel que défini à l'article 4.6 :

- la caisse de congés intempéries BTP déclare les indemnités de congés payés qu'elle a versées directement au cadre (y compris primes conventionnelles de congés) ;
- l'entreprise déclare tous les autres éléments de rémunération. L'application des plafonds des tranches A et B doit être proratisée pour tenir compte de la part déclarée par la caisse de congés intempéries BTP.

Dans tous les autres cas, l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse de congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations.

b) Assiette des options de prévoyance supplémentaire

L'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique à l'employeur pour le régime de prévoyance de base. »

Le titre 4 *b* « Période de cotisations » est remplacé par le titre 4.2 « Période de cotisations » sans que le contenu de l'article correspondant soit modifié.

L'article 4 *c* est remplacé par le texte suivant :

« 4.3. Taux

Le taux de cotisation du régime de prévoyance de base est fixé à :

- 1,50 % de S en tranche A ;
- 2,83 % de S en tranche B.

Ces taux intègrent le financement de la garantie "Chirurgie" définie au titre I^{er} des "Règlements des régimes de frais médicaux, catégorie Cadres".

La cotisation en tranche A est à la charge exclusive de l'employeur, conformément aux dispositions de l'article 7 de l'accord interprofessionnel du 14 mars 1947.

Concernant les options de prévoyance supplémentaire :

- pour les entreprises relevant du mode direct, les taux de cotisation sont précisés dans les annexes tarifaires ;
- pour les entreprises relevant du mode "déclaratif", les taux de cotisation sont déterminés par les services gestionnaires de l'institution en minorant de 14 % le taux qui figure dans les annexes tarifaires pour la garantie et pour l'option correspondantes.

La répartition des cotisations des options de prévoyance supplémentaires est libre entre l'employeur et les salariés.

Pour les retraités qui reprennent une activité en tant que salariés cadres du BTP, le taux de cotisation est maintenu à l'identique. »

L'article 4 *d* est remplacé par le texte suivant :

« 4.4. Exigibilité des cotisations

La fraction de la cotisation à charge du salarié est précomptée et versée à BTP-Prévoyance :

- par la caisse de congés intempéries BTP, concernant les indemnités de congés payés et pour le seul régime de prévoyance de base, si l'entreprise relève du mode direct ;
- par l'entreprise, pour tous les autres éléments de rémunération (y compris les indemnités de congés payés versées par une caisse congés intempéries BTP), si l'entreprise relève du mode déclaratif,

en tant que mandataires responsables du versement des cotisations auprès de BTP-Prévoyance.

La date d'exigibilité est fixée au premier jour du mois qui suit la période d'appel des cotisations :

- pour les entreprises qui occupent un ou plusieurs cadres, la date limite de paiement est fixée au dernier jour du mois qui suit chaque trimestre civil ;
- pour les entreprises affiliant ponctuellement un cadre, la date limite de paiement est fixée au dernier jour du mois qui suit la fin de l'exercice civil,

sauf disposition plus favorable à l'entreprise décidée par le conseil d'administration et adoptée, le cas échéant, par l'entreprise. »

Le titre 4 *e* « Déclaration des salaires » est remplacé par le titre 4.5. « Période de cotisations » sans que le contenu de l'article correspondant soit modifié.

L'article 4 *f* est remplacé par le texte suivant :

« 4.6. Recouvrement des cotisations

Il appartient à BTP-Prévoyance de recouvrer, soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit. A leur date d'exigibilité, les cotisations sont appelées par BTP-Prévoyance au moyen de bordereaux mensuels, trimestriels ou annuels et, le cas échéant, d'un appel régularisateur.

La fraction des cotisations due pour le régime de prévoyance de base au titre des indemnités de congés payés peut être recouvrée par BTP-Prévoyance :

- soit auprès de la caisse de congés intempéries BTP : dans ce cas, l'entreprise relève du mode de recouvrement dit en mode direct.
- soit auprès de l'entreprise : dans ce cas, l'entreprise relève du mode de recouvrement dit en mode déclaratif.

Ces modalités d'intégration des indemnités de congés dans l'assiette de cotisations sont communiquées à l'entreprise lors de son adhésion au présent régime ou en cas de modification ultérieure du mode de recouvrement.

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

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

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

Toutefois, la justification du précompte des cotisations au régime permet de maintenir les droits du participant non juridiquement responsable du défaut de paiement. »

CHAPITRE II

Les articles 7, 8, 9, 10 et 13 de la section 2 « Dispositions générales relatives aux garanties » du titre I^{er} « Régimes de prévoyance collectifs » figurant en première partie « Règlement des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » sont modifiés comme suit :

A l'article 7 « Maintien et cessation des garanties », la première phrase de cet article est remplacée par la phrase suivante :

- « Les garanties du régime visé par le présent règlement cessent :
- le jour où le participant ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié ;
 - à la date de radiation ou de démission de l'entreprise ;
 - pendant toute la durée d'une suspension du contrat de travail sans maintien de salaire. »

Le titre de l'article 8 « Prescription. – Rétroactivité » est remplacé par le titre « Prescription. – Déclaration tardive ».

L'article 8.1 « Prescription » est remplacé par le texte suivant :

« Toutes les actions dérivant des opérations relatives aux garanties du présent régime sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;

- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à :

- 5 ans en ce qui concerne la couverture du risque incapacité de travail et l'allocation maternité ;
- 10 ans en ce qui concerne la couverture du risque décès. »

Le titre de l'article 9 « Notion de conjoint et d'enfant à charge » est remplacé par le titre « Notion d'ayant droit ».

L'article 9.1 est remplacé par le texte suivant :

« 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 ;
- à défaut, 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 ;

A défaut, le concubin si les conditions suivantes sont réunies :

- a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
- b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
- c) Le participant et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union si le lien de filiation avec le participant décédé est reconnu par l'état-civil) ;
- d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le participant. »

L'article 9.2 est remplacé par le texte suivant :

« 9.2. Notion d'enfant à charge

Sont considérés comme à charge les enfants nés du participant ou adoptés par le participant :

- âgés de moins de 18 ans ;
- apprentis ou personnes en formation en alternance, célibataires ;
- âgés de 18 à 25 ans, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée, qui sont :
 - soit étudiants, affiliés au régime étudiant de la sécurité sociale ;
 - soit demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE et non indemnisés pas par le régime ASSEDIC ;
- reconnus atteints, avant 21 ans, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale, sans discontinuité.

Sont également considérés comme enfants à la charge du participant :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du participant ;

- les enfants du participant nés viables, moins de 300 jours après le décès de ce dernier. »

Les 3 premières phrases de l'article 10 « Base de calcul des prestations » sont remplacées par les 2 phrases suivantes :

« Toutes les prestations prévues par le présent règlement sont calculées en fonction du salaire de base.

Le salaire de base est le montant annuel de la rémunération brute du participant soumise à cotisations au titre du régime de prévoyance de base (Ro' + T') au cours de l'exercice de référence, défini comme étant l'exercice civil précédant celui où se situe l'événement à l'origine du droit à la prestation. »

CHAPITRE III

Les articles 15 et 17 de la section 3 « Dispositions spécifiques relatives à chaque garantie » du titre I^{er} « Régimes de prévoyance collectifs » figurant en première partie « Règlement des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » sont modifiés comme suit :

L'article 15.1 « Cas de décès quelle qu'en soit la cause » est remplacé par le texte suivant :

« Le montant du capital décès est exprimé en pourcentage du salaire de base en tranche A et en tranche B.

La garantie est différente suivant que le participant avait un conjoint ou était 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. »

L'article 17.5 « Cessation du versement de l'indemnité » est remplacé par le texte suivant :

« Le versement des prestations cesse de plein droit à la date à laquelle cessent les prestations d'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. »

Il est créé un article 21 au sein de la section 3 « Dispositions spécifiques relatives à chaque garantie » du titre I^{er} « Régimes de prévoyance collectifs » figurant en première partie « Règlement des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » suivant :

« Article 21

Allocation maternité

Une allocation est versée en cas de naissance d'un enfant ou d'adoption d'un enfant de moins de 7 ans ; son montant est fixé à 3,2 % du plafond annuel de la sécurité sociale de l'année au cours de laquelle intervient la naissance ou l'adoption. »

CHAPITRE IV

La section 4 « Dispositions financières » du titre I^{er} « Régimes de prévoyance collectifs » figurant en première partie « Règlement des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » est remplacée intégralement par le texte suivant :

« Article 22

Section financière et réserve

Pour le suivi des opérations des titres I^{er}, II et III des “Règlements des régimes de prévoyance, catégorie Cadres”, il est institué une section financière unique, ainsi qu’une réserve spécifique dans les fonds propres de l’institution.

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

- par le solde des ressources et des charges de la section financière pour l’exercice écoulé ;
- le cas échéant, par l’affectation d’une partie du résultat des comptes de gestion.

« Article 23

Ressources et charges de la section financière

23.1. Ressources de la section financière

Elles s’entendent :

- a) Des cotisations acquises des adhérents ;
- b) Des majorations et des pénalités de retard correspondantes ;
- c) De la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Des produits nets des placements de la section financière.

23.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière, déduction faite de la part de ces charges relevant du régime de base obligatoire de prévoyance des ETAM ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Un prélèvement sur les cotisations pour l’alimentation d’un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d’administration dans la limite de 8 % des cotisations acquises des adhérents ;
- d) Toute dotation pour le financement de prestations sociales en faveur des participants ;

e) Le cas échéant, toute dotation à une provision d'égalisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité.

23.3. Compte de gestion

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'institution dans le cadre de la présente section financière.

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 23.2.

Il appartient à la commission paritaire, après avis de la commission "Prévoyance et action sociale" et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations de la présente section financière.

« Article 24

Fonds social

Il est institué un fonds social en faveur des cadres. Ce fonds est destiné :

- à participer directement ou indirectement à des réalisations sociales collectives ;
- à la mise en œuvre d'aides sociales individuelles,

en faveur des participants cadres, des anciens participants cadres ou de leurs ayants droit respectifs.

Ce fonds social peut être alimenté :

- par toute dotation sociale prélevée sur les régimes, décidée annuellement par le conseil d'administration ;
- sur décision annuelle de la commission paritaire, après avis de la commission "Prévoyance et action sociale" et sur proposition du conseil d'administration, par une quote-part des produits financiers afférents aux réserves des régimes. »

CHAPITRE V

La section 4 « Dispositions financières » du titre II « Régimes de prévoyance individuels » figurant en première partie « Règlement des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » est remplacée intégralement par le texte suivant :

« Section 5

Dispositions financières

Article 9

Section financière et réserve

Le suivi des opérations nées du présent titre est mis en œuvre dans le cadre de la section financière et de la réserve prévues à l'article 22 du titre I^{er} des "Règlements des régimes de prévoyance, catégorie Cadres". »

CHAPITRE VI

L'article 2 de la section 1 « Dispositions générales relatives aux entreprises et aux participants » du titre III « Régime de prévoyance (tranche C) » figurant en première partie « Règlement des régimes de prévoyance »

des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » est remplacé intégralement par le texte suivant :

« Article 2

Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique à l'employeur pour le régime de retraite AGIRC, concernant la partie du salaire comprise entre 4 et 8 plafonds de la sécurité sociale (tranche C). En particulier :

- si l'entreprise relève du mode direct tel que défini à l'article 4.6 du règlement des régimes de prévoyance collectifs des cadres, il lui appartient de proratiser l'application du plafond de la tranche C pour tenir compte de la part déclarée par la caisse de congés intempéries BTP ;
- dans tous les autres cas, l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse de congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations. »

CHAPITRE VII

L'article 5 de la section 2 « Dispositions générales relatives aux garanties » du titre III « Régime de prévoyance (tranche C) » figurant en première partie « Règlement des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » est remplacé intégralement par le texte suivant :

« Article 5

Base de calcul des prestations

Toutes les prestations prévues par le présent règlement sont calculées en fonction du salaire de base en tranche C.

Le salaire de base en tranche C est le montant annuel de la rémunération brute du participant soumis à cotisations au titre du présent régime au cours de l'exercice de référence, défini comme étant l'exercice civil précédant celui où se situe l'événement à l'origine du droit à la prestation.

Lorsque l'entreprise relève du mode direct tel que défini à l'article 4.6 des régimes de prévoyance collectifs Cadres, le salaire de base en tranche C comprend également le montant des indemnités de congés versées par la caisse de congés intempéries BTP. »

CHAPITRE VIII

Le titre IV figurant en première partie « Règlement des régimes de prévoyance » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » est supprimé.

CHAPITRE IX

Le titre I^{er} « Régimes de base-garantie chirurgie-maternité » figurant en deuxième partie « Règlement des régimes de frais médicaux » des « Règle

« TITRE I^{er}

RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE GARANTIE CHIRURGIE

Article 1^{er}

Dispositions générales relatives aux entreprises et aux participants

Ce régime a pour objet de garantir aux participants des garanties en cas d'intervention chirurgicale. Ces garanties font partie intégrante des garanties de prévoyance dont doivent bénéficier les cadres du bâtiment et des travaux publics, en application des dispositions de l'article 5.2 des conventions collectives des cadres du 1^{er} juin 2004.

Il est précisé que, lorsque l'entreprise adhère pour ses salariés cadres aux dispositions du présent titre et à celles du titre II "Régimes collectifs supplémentaires de frais médicaux", il s'agit d'une adhésion à une seule et même opération collective de remboursements complémentaires de frais de santé.

S'appliquent au présent titre les dispositions définies aux articles 2 à 5 du titre II du "Règlement des régimes de frais médicaux, Cadres", à l'exception :

- des 3^e et 4^e alinéas de l'article 4 ;
- du 2^e alinéa de l'article 5.

Article 2

Dispositions relatives aux garanties

S'appliquent au présent titre les dispositions définies aux articles 11 à 12 et 14 à 18 du titre II du "Règlement des régimes de frais médicaux, catégorie Cadres".

Article 3

Participation aux frais chirurgicaux

3.1. Définition du risque chirurgical

Le risque chirurgical au sens du présent titre est un événement fortuit provoqué par un état pathologique.

Par acte chirurgical, il faut entendre tout acte pratiqué lors d'une intervention chirurgicale en établissement hospitalier et codée ADC à la classification commune des actes médicaux, et plus généralement toute intervention effectuée sous anesthésie générale.

Les traitements de cobaltothérapie, de chimiothérapie et de corticothérapie sont assimilés à des interventions chirurgicales et à ce titre également pris en charge.

Seules les interventions chirurgicales considérées comme telles par la sécurité sociale et donnant lieu à un remboursement de cet organisme ouvrent droit à participation de l'institution.

3.2. Bénéficiaires

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

3.3. Frais pris en charge

Sont pris en charge les actes pour lesquels un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine accorde un remboursement et dans la limite des sommes déclarées à cet organisme.

Le cumul des remboursements effectués auprès du participant (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus.

Par extension, dans les limites éventuellement fixées par le conseil d'administration, sont également pris en charge, même s'ils ne donnent pas lieu à intervention d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine, les frais de chambre particulière, d'accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans et le forfait hospitalier.

3.4. 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 des participations forfaitaires mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, ;
- à l'exclusion (en cas d'intervention 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.

Article 4

Section financière et fonds de réserve

Le suivi des opérations nées du présent titre relève de la section financière et de la réserve prévues à l'article 24 du titre II du "Règlement des régimes de frais médicaux, Cadres". »

CHAPITRE X

Le titre II « Régimes collectifs supplémentaires de frais médicaux » figurant en deuxième partie « Règlement des régimes de frais médicaux » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« TITRE II

RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS

Section 1

Dispositions relatives aux entreprises et aux participants

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement a pour objet de rembourser, dans le cadre d'une couverture d'entreprise, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge

des participants cadres (ou de leurs ayants droit) par le régime de sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

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

Il est précisé que, lorsque l'entreprise adhère pour ses salariés cadres aux dispositions du présent titre et à celles du titre I^{er} "Régimes collectifs supplémentaires de frais médicaux", il s'agit d'une adhésion à une seule et même opération collective de remboursements complémentaires de frais de santé.

Article 2

Adhésion des entreprises

Les entreprises du bâtiment et des travaux publics peuvent librement adhérer au présent règlement.

Article 3

Modalités de l'adhésion

L'acte d'adhésion se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion par l'entreprise. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définies par le présent règlement.

L'adhésion fait suite à un choix de mise en place d'une couverture santé dans l'entreprise, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- suite à un accord collectif ;
- suite à la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (référéndum) ;
- suite à une décision unilatérale de l'employeur.

L'adhésion de l'entreprise est dite obligatoire lorsque les dispositions suivantes sont respectées :

- en cas de mise en place par accord collectif ou par référendum, tout ouvrier ou apprenti présent dans l'entreprise est obligatoirement affilié au présent règlement (sauf cas d'exception prévus par la réglementation encadrant les exonérations de cotisations de sécurité sociale) ;
- en cas de décision unilatérale de l'employeur :
 - tout cadre présent dans l'entreprise au jour de l'adhésion se voit proposé d'être couvert, sans être contraint à cotiser contre son gré ;
 - tout cadre embauché ultérieurement est obligatoirement affilié au régime.

L'adhésion de l'entreprise est dite facultative dans les autres cas, ce qui peut entraîner une surprime de cotisation.

En cas d'adhésion facultative, chaque salarié affilié doit formellement manifester auprès de l'employeur sa volonté de participer à ce régime.

Lors de sa demande d'adhésion, l'entreprise précise notamment à BTP-Prévoyance :

- le niveau des garanties retenues ;
- le mode de détermination des garanties collectives, au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;

- ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l’affiliation des participants concernés.

BTP-Prévoyance notifie l’enregistrement de l’adhésion par l’envoi à l’entreprise d’un certificat d’adhésion. En cas d’adhésion facultative, l’entreprise est informée des règles sociales et fiscales qui s’y rattachent.

Toute entreprise adhérente est tenue de signaler dans les 8 jours à BTP-Prévoyance toute embauche ou tout départ de son personnel cadre. En cas de non-respect de cette obligation, l’entreprise peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient éventuellement à être effectués.

Article 4

Bénéficiaires

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

- le participant ;
- ses ayants droit : son conjoint (tel que défini ci-après), 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 le participant ;
- à défaut, 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 ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont réunies :

- a) Le concubinage est notoire et est justifié d’un domicile commun ;
- b) Il n’existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d’autre ;
- c) Le participant et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus à la même adresse au cours de l’exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés) ;
- d) Le concubin ne bénéficie pas d’avantages de même nature au titre d’une autre personne que le participant.

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

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance. La modification est prise en compte au plus tard au premier jour suivant la déclaration.

Article 5

Date d’effet et modification de l’adhésion

La date d’effet de l’adhésion – ou de toute modification ultérieure des garanties – est fixée, selon la cadence d’appel des cotisations à laquelle est soumise l’entreprise, au premier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande.

Lorsque l'employeur souhaite modifier son adhésion pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment souscrite, cette modification implique le respect des termes et des conditions de l'article 8.1.

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

Article 6

Cotisations

Les cotisations peuvent être exprimées en euros par jour de présence, ou en pourcentage du salaire (dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale).

6.1. Assiette

Pour les cotisations exprimées en euros :

- les cotisations dépendent du nombre de jours de présence de chaque cadre affilié, au cours du trimestre écoulé ;
- le nombre de jours pris en compte par BTP-Prévoyance ne peut excéder 90 jours par cadre et par trimestre civil.

Pour les cotisations exprimées en pourcentage du salaire (dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale), l'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique à l'employeur pour les cotisations du régime de retraite ARRCO (tranche A). En particulier :

- dès lors que l'entreprise relève du mode direct (tel que défini à l'article 4.6 du titre I^{er} "Règlements des régimes de prévoyance, Cadres"), il lui appartient de proratiser l'application du plafond pour tenir compte de la part déclarée par la caisse de congés intempéries BTP ;
- dans tous les autres cas, l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités et primes de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations.

6.2. Montant ou taux

Le montant de cotisation dépend du niveau des options modulaires et des éventuels modules additionnels choisis par l'entreprise.

Lorsque l'entreprise a retenu une formule de cotisation exprimée en euros, les différents montants applicables sont précisés dans l'annexe tarifaire.

Lorsque l'entreprise a retenu une formule de cotisations exprimée en pourcentage du salaire :

- pour les entreprises relevant du mode direct, les taux de cotisation sont précisés dans l'annexe tarifaire ;
- pour les entreprises relevant du mode déclaratif, les taux de cotisation sont déterminés par les services gestionnaires de l'institution en minorant de 14 % le taux qui figure dans l'annexe tarifaire pour les options modulaires et les modules additionnels correspondants.

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

Quand l'adhésion couvre un effectif de participants représentant moins de 6 % du personnel cadre de l'entreprise, les montants ou taux de cotisations indiqués sont majorés de 20 %.

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

6.3. Autres dispositions

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

En complément, sont applicables au présent règlement les dispositions des articles 4.2, 4.4 (à l'exception du 1^{er} alinéa), 4.5 et 4.6 (à l'exception du 2^e alinéa) du titre I^{er} "Règlements des régimes de prévoyance, catégorie Cadres".

Article 7

Réserve

Article 8

Terme de l'adhésion

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

- en cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise ;
- en cas de liquidation, ou de cessation d'activité de l'entreprise sans reprise de contrat de travail ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;
- à la suite d'une absorption, fusion, cessation d'activité avec reprise de contrat de travail, harmonisation des régimes de prévoyance santé dans le cadre de l'article L. 122-12 du code du travail.

Dans tous les cas, les garanties dont bénéficiaient les participants et leurs ayants droit cessent au jour du terme (à l'exception des maintiens de garanties prévus à l'article 11).

En cas de redressement judiciaire, et sous réserve des dispositions qui suivent, l'administrateur ou le débiteur désigné est tenu de :

- maintenir les adhésions en cours aux régimes de BTP-Prévoyance ;
- verser les cotisations correspondantes.

8.1. Résiliation à l'initiative de l'entreprise

Toute entreprise qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit :

- signifier sa décision à l'institution par lettre recommandée avec accusé de réception ;

- s’assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l’article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et des procédures prévues, le cas échéant, par le code du travail.

Le terme de l’adhésion prend effet à la fin de l’exercice civil, sous réserve d’avoir été signifié à l’institution au moins 2 mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet, selon la cadence d’appel des cotisations à laquelle est soumise l’entreprise, au dernier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite, si l’entreprise relève d’une des situations suivantes :

- l’entreprise a été informée d’une augmentation du taux de cotisation ou d’une diminution des droits nés du présent règlement en faveur de ses salariés, et a formulé sa demande de démission dans les 30 jours qui s’ensuivent ;
- l’entreprise a changé de secteur d’activité.

8.2. Liquidation, cessation d’activité sans reprise de contrat de travail

En cas de liquidation d’une entreprise adhérente, le terme de l’adhésion prend effet au jour du jugement de clôture.

En cas de cessation d’activité sans reprise de contrat de travail, le terme de l’adhésion prend effet :

- à la date de la cessation d’activité, si la demande de résiliation a été notifiée par l’employeur à BTP-Prévoyance sous pli recommandé dans le délai de 1 mois ;
- à la date de réception de la demande, dans le cas contraire.

8.3. Résiliation à l’initiative de l’institution

En cas de défaut de déclaration ou de versement des cotisations impliquant l’application de majorations et/ou de pénalités de retard et l’engagement de poursuites judiciaires, l’institution peut mettre un terme à l’adhésion de l’entreprise.

Le terme de l’adhésion prend effet à la fin de l’exercice civil, sous réserve d’avoir été signifié à l’entreprise au moins 2 mois auparavant.

8.4. Absorption, fusion, cessation d’activité avec reprise de contrat de travail, harmonisation des régimes de prévoyance santé dans le cadre de l’article L. 122-12 du code du travail

Dans ces différents cas, la date d’effet de la résiliation peut intervenir en cours d’année, avec un préavis de 2 mois.

La décision doit être signifiée à l’institution par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 9

Réserve

Section 2

Dispositions relatives aux garanties

Article 10

Conditions d’ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est dû à tout participant affilié par l’entreprise au régime et à tout ayant droit inscrit auprès de l’institution, à la date où se produit le fait générateur du risque couvert.

Article 11

Maintien et cessation des garanties

Les garanties servies par BTP-Prévoyance cessent automatiquement :

- au jour du terme de l'adhésion de l'entreprise au présent règlement ;
- au jour où le participant change de catégorie professionnelle au sein de l'entreprise ;
- en cas d'adhésion facultative, au jour où le salarié renonce à être affilié au présent règlement ;
- ou au jour où le participant quitte son emploi dans une entreprise adhérente.

Le droit au maintien des garanties est par ailleurs prolongé, sans contrepartie de cotisations, au participant à ses ayants droit préalablement inscrits auprès de l'institution :

- pour une période de 6 mois de date à date, lorsque le participant a été licencié et justifie pendant cette période :
 - d'une indemnisation ASSEDIC au titre du chômage ou de la préretraite ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du bâtiment et des travaux publics ou agréé par les commissions nationales paritaires de l'emploi du bâtiment et des travaux publics ;
- sans limitation de durée, lorsque le participant :
 - a fait l'objet d'une mesure de licenciement alors qu'il était en arrêt de travail, et continue de bénéficier de prestations des régimes de prévoyance de BTP-Prévoyance ;
 - a été reconnu invalide par la sécurité sociale, contrat de travail non rompu et n'exerce aucune activité rémunérée.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties cessent d'être accordées pendant toute la durée de la suspension.

En cas de décès du participant, le maintien des garanties est accordé pour une durée de 6 mois, sans contrepartie de cotisations, aux anciens ayants droit du participant.

Les participants et leurs ayants droit qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice des garanties peuvent adhérer aux règlements de frais médicaux individuels (actifs ou retraités) de BTP-Prévoyance.

Article 12

Montant des remboursements

Le montant de la prestation est calculé :

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

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

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

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

Les remboursements forfaitaires et les plafonds de remboursement pourront être ajustés chaque année sur décision du conseil d'administration.

Toute actualisation de l'annexe des garanties relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

Article 13

Support des remboursements

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

Lorsqu'aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par BTP-Prévoyance, le participant 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, le participant peut être conduit à fournir tous éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2008, 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 d'une 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 solde du compte prévu à l'article 24.

Article 15

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 16

Réservé

Article 17

Prescription

Sont prescrits par 2 ans à compter de l'événement qui leur donne naissance :

- tous les droits à prestations issus du présent règlement ;
- toutes actions relatives aux droits et obligations nés du présent règlement.

Toutefois, le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour :

- de mise en œuvre, par l'institution ou par son mandataire, de toute action de recouvrement des cotisations restant dues ;
- de réception, par l'institution, de toute demande écrite d'un bénéficiaire ou de l'entreprise adhérente, concernant le règlement d'une prestation.

Article 18

Recours contre tiers responsable

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

Article 19

Mise en œuvre de coassurance

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

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du IX^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance sont exposées dans une annexe de coassurance jointe au présent règlement.

En cas de cessation de la coassurance au 31 décembre d'un exercice, chaque adhérent conserve le bénéfice des dispositions du présent règlement. Au-delà de cette date, les droits et obligations du participant sont poursuivis en totalité avec BTP-Prévoyance (sauf autre disposition de répartition des engagements convenue conjointement entre les coassureurs).

Article 20

Effet de la coassurance

Chaque coassureur n'est engagé, vis-à-vis de l'entreprise adhérente, 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'entreprise adhérente en dehors du territoire de coassurance dont elle relève, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation.

Section 3

Information des adhérents, modification des conditions de couverture

Article 21

Information des entreprises adhérentes et des participants

L'information des entreprises adhérentes est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une application satisfaisante du présent règlement. En particulier, lors de l'adhésion, est remise à l'entreprise une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des participants, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

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

Article 22

Modification des conditions de couverture

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

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

Après information, les modifications de conditions de couverture s'appliquent de plein droit.

Section 4

Dispositions financières

Article 23

Section financière et réserve

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

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

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

Article 24

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 23 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

24.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

- a) Des cotisations acquises des adhérents ;
- b) Des majorations et pénalités de retard correspondantes ;
- c) De la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Des produits nets des placements de la section financière ;
- e) Du solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance.

24.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- d) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 10 % des cotisations acquises des adhérents.

24.3. Compte de gestion

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'institution dans le cadre de la présente section financière.

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 25.2.

Il appartient à la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations de la présente section financière. »

CHAPITRE XI

L'article 3 de la section 1 « Dispositions générales relatives aux entreprises » figurant en troisième partie « Règlement du régime de mensualisation » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 3

Cotisations

3.1. Assiette

L'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique à l'employeur pour le régime de prévoyance de base tel que défini au titre I^{er} "Règlements des régimes de prévoyance, catégorie Cadres".

3.2. Taux

Le taux de cotisation dépend de l'option choisie :

- pour les entreprises relevant du mode direct, ce taux est précisé dans les annexes tarifaires ;
- pour les entreprises relevant du mode déclaratif, ce taux est déterminé en minorant de 14 % le taux qui figure dans les annexes tarifaires pour l'option correspondantes.

La cotisation est exclusivement à la charge de l'employeur.

3.3. Autres dispositions

S'agissant de prestations payées en contrepartie d'obligations conventionnelles des employeurs, et de cotisations à leur charge exclusive, aucun règlement de prestation ne peut intervenir en l'absence de paiement des cotisations se rapportant à la période considérée et aux périodes précédentes.

En complément, sont applicables au présent règlement les dispositions des articles 4.2, 4.4 (à l'exception du 1^{er} alinéa), 4.5 et 4.6 (à l'exception du 2^e et des 2 derniers alinéas) du titre I^{er} "Règlements des régimes de prévoyance, catégorie Cadres". »

CHAPITRE XII

Les articles 11 et 12 de la section 4 « Dispositions financières » figurant en troisième partie « Règlement du régime de mensualisation » des « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres » sont intégralement remplacés comme suit :

« Article 11

Section financière et réserve

Il est constitué pour le suivi du présent règlement une section financière spécifique, ainsi qu'une réserve distincte dans les fonds propres de l'institution.

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

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

Article 12

Ressources et charges de la section financière

12.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

- a) Des cotisations acquises des adhérents au titre du présent règlement ;
- b) Des majorations et pénalités de retard correspondantes ;
- c) Des produits nets des placements de la section financière.

12.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre du présent régime ;
- b) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 8 % des cotisations acquises des adhérents.

12.3. Compte de gestion

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

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 12.2.

Il appartient à la commission paritaire, après avis de la commission Prévoyance et action sociale et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations du présent règlement. »

CHAPITRE XIII

Le « Règlement de frais médicaux individuels Actifs » figurant dans la partie « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, Tous collèges » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge d'actifs par le régime de sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées s'adressent prioritairement à des actifs qui ne 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 (y compris les intérimaires œuvrant dans une entreprise du BTP) ;
- les jeunes en formation au sein de centres du BTP, ou apprentis de la profession ou étudiants d'une école 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.

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants affiliés à un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

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

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'adhésion 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 4

Bénéficiaires

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

- l'adhérent, signataire du bulletin d'adhésion ;

- son conjoint, défini comme :
 - la personne ayant un lien matrimonial en cours avec l'adhérent ;
 - à défaut, 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 l'adhérent ;
 - à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont réunies :
 - a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
 - c) L'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés) ;
 - d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que l'adhérent.
- leurs 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 premier 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 5

Date d'effet. – Modifications de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au premier jour du mois civil qui suit l'adhésion 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, sauf terme de l'adhésion tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

Toutefois, pour les adhérents apprentis ou en formation en alternance, âgés de moins de 26 ans, la date annuelle d'échéance de l'adhésion peut être fixée à leur demande 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 qui le souhaitent), sous réserve que la demande soit intervenue dans les 2 mois qui précèdent.

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

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 déclarée à l'institution ;
- de l'âge de l'adhérent et de son lieu de résidence.

Si la composition familiale intègre des enfants, ne donnent pas lieu à cotisation :

- les 2 premiers enfants nés, tant qu'ils sont âgés de moins de 3 ans ;
- à compter du 3^e enfant né, tout enfant tant qu'il est âgé de moins de 20 ans ou de moins de 25 ans s'il poursuit des études.

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

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission Santé et 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 peuvent être imputés à l'adhérent.

Article 8

Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion au présent règlement peut intervenir dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
- en cas d'exclusion à l'initiative de l'institution ;
- automatiquement dans l'une ou l'autre des situations suivantes : en cas de décès de l'adhérent, ou lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine, ou en cas de transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités.

8.1. Résiliation à l'initiative de l'adhérent

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit formuler sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le terme de son adhésion prend effet en fin d'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié à l'institution au moins 2 mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet au dernier jour du mois de la demande écrite formulée par l'adhérent, s'il relève d'une des situations suivantes :

- l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation, ou plus généralement de toute modification des dispositions du présent règlement et de ses différentes annexes, et a formulé sa demande de démission dans les 30 jours qui s'ensuivent ;
- l'adhérent est affilié à un régime complémentaire frais de santé par son entreprise ;
- l'adhérent a changé de profession, de domicile ou de régime matrimonial au cours des 3 derniers mois.

8.2. Exclusion à l'initiative de l'institution

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

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations faites au bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), 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.

En outre, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due, et indépendamment du droit pour l'institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie pourra être résiliée 40 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès de l'adhérent. Cette mise en demeure ne peut être notifiée qu'après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la date à laquelle les cotisations doivent être payées.

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, selon la procédure prévue à l'alinéa qui précède. 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.

8.3. 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 9

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

Article 10

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 11

Réservé

Article 12

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 de base 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 le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

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

Toute actualisation de l'annexe des garanties relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

Article 13

Support des remboursements

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

Lorsqu'aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par BTP-Prévoyance, l'adhérent doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

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

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2008, 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 d'une 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 solde du compte prévu à l'article 24.

Article 15

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 16

Délai de stage et de carence

Les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier 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 6 mois précédant l'adhésion (y compris couverture maladie universelle complémentaire) ;
- le membre participant a fourni un certificat d'apprentissage ou de contrat par alternance dans le bâtiment et les travaux publics ;
- les soins sont directement liés à 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 la couverture en optique, en dentaire et en audioprothèse est ramenée aux garanties de la première option, telle que précisées dans l'annexe des garanties.

S'agissant des modules de garanties additionnelles 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 17

Prescription

Sont prescrits par 2 ans à compter de l'événement qui leur donne naissance :

- tous les droits à prestations issus du présent règlement ;
- toutes actions relatives aux droits et obligations nés du présent règlement.

Toutefois, le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour de réception, par l'institution, de toute demande écrite d'un bénéficiaire concernant le règlement d'une prestation.

Article 18

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 et dans les conditions et limites légales.

Article 19

Mise en œuvre de 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 telle coassurance territoriale, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du IX^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance sont exposées dans une annexe de coassurance jointe au présent règlement.

En cas de cessation de la coassurance au 31 décembre d'un exercice, chaque adhérent conserve le bénéfice des dispositions du présent règlement. Au-delà de cette date, les droits et obligations du participant sont poursuivis en totalité avec BTP-Prévoyance (sauf autre disposition de répartition des engagements convenue conjointement entre les coassureurs).

Article 20

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 21

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. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'assuré, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

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 22

Modification des conditions de couverture

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

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

Après information, les modifications de conditions de couverture s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits de l'adhérent nés du présent règlement, celui-ci peut dénoncer sa participation dans un délai de 30 jours suivant son information.

Article 23

Section financière et réserve

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

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

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

Article 24

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 23 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

24.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

- a) Des cotisations acquises des adhérents ;
- b) De la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- c) Des produits nets des placements de la section financière ;
- d) Le solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance.

24.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- d) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 10 % des cotisations acquises des adhérents.

24.3. Compte de gestion

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'institution dans le cadre de la présente section financière.

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 24.2.

Il appartient à la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations de la présente section financière. »

CHAPITRE XIV

Le « Règlement de frais médicaux individuels, Retraités » figurant dans la partie « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, Tous collègues » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge de retraités par le régime de sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées s'adressent prioritairement 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 liquidé 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 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.

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants affiliés à un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

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

Article 3

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'adhésion 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 individuels, 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 4 *Bénéficiaires*

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

- L'adhérent, signataire du bulletin d'adhésion ;
 - Son conjoint, défini comme :
 - la personne ayant un lien matrimonial en cours avec l'adhérent ;
 - à défaut, 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 l'adhérent ;
 - à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont réunies :
 - a) Concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
 - c) L'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés) ;
 - d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que l'adhérent.
- Les enfants nés de l'adhérent ou adoptés par 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 d'emploi inscrit à l'ANPE et non indemnisés par les ASSE-DIC ;
 - 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'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 premier 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 5

Date d'effet, modifications de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au premier jour du mois civil qui suit l'adhésion 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, sauf terme de l'adhésion tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

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.

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

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 déclarée à l'institution (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.

En cas de décès d'un ancien participant affilié à un régime de frais médicaux collectifs tel que défini dans les règlements des régimes de BTP-Prévoyance, son conjoint bénéficie d'une gratuité de cotisation durant les 6 premiers mois de son adhésion au présent règlement, si la demande d'adhésion a été signifiée à l'institution dans les 6 mois suivant le décès.

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission Santé et 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 peuvent être imputés à l'adhérent.

Article 8

Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion au présent règlement peut intervenir dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
- en cas d'exclusion à l'initiative de l'institution ;
- automatiquement, en cas de décès de l'adhérent, ou lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

8.1. Résiliation à l'initiative de l'adhérent

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit formuler sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le terme de son adhésion prend effet en fin d'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié à l'institution au moins 2 mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet au dernier jour du mois de la demande écrite formulée par l'adhérent, s'il relève d'une des situations suivantes :

- l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation, ou d'une diminution de ses droits nés du présent règlement, et a formulé sa demande de démission dans les 30 jours qui s'ensuivent ;

- l'adhérent, qui reprend une activité salariée, est affilié à un régime complémentaire frais de santé par son entreprise ;
- l'adhérent a changé de profession, de domicile ou de régime matrimonial au cours des 3 derniers mois.

8.2. Exclusion à l'initiative de l'institution

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

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations faites au bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), 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.

En outre, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due, et indépendamment du droit pour l'institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie pourra être résiliée 40 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès de l'adhérent. Cette mise en demeure ne peut être notifiée qu'après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la date à laquelle les cotisations doivent être payées.

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, selon la procédure prévue à l'alinéa qui précède. 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.

Article 9

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.

Article 10

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 11

Réservé

Article 12

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 de base 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 le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

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

Toute actualisation de l'annexe des garanties relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

Article 13

Support des remboursements

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

Lorsqu'aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par BTP-Prévoyance, l'adhérent doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

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

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est

égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2008, 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 d'une 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 solde du compte prévu à l'article 24.

Article 15

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 16

Délai de stage et de carence

Les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier 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 6 mois précédant l'adhésion (y compris couverture maladie universelle complémentaire) ;
- le membre participant a fourni un certificat d'apprentissage ou de contrat par alternance dans le bâtiment et les travaux publics ;
- les soins sont directement liés à 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 la couverture en optique, en dentaire et en audioprothèse est ramenée aux garanties de la première option, telles que précisées dans l'annexe des garanties.

S'agissant des modules de garanties additionnelles 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 17

Prescription

Sont prescrits par 2 ans à compter de l'événement qui leur donne naissance :

- tous les droits à prestations issus du présent règlement ;
- toutes actions relatives aux droits et obligations nés du présent règlement.

Toutefois, le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour de réception, par l'institution, de toute demande écrite d'un bénéficiaire concernant le règlement d'une prestation.

Article 18

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, et dans les conditions et limites légales.

Article 19

Mise en œuvre de 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 telle coassurance territoriale, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du IX^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

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

En cas de cessation de la coassurance au 31 décembre d'un exercice, chaque adhérent conserve le bénéfice des dispositions du présent règlement. Au-delà de cette date, les droits et obligations du participant sont poursuivis en totalité avec BTP-Prévoyance (sauf autre disposition de répartition des engagements convenue conjointement entre les coassureurs).

Article 20

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 21

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. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'assuré, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

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 22

Modification des conditions de couverture

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

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

Après information, les modifications de conditions de couverture s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits de l'adhérent nés du présent règlement, celui-ci peut dénoncer sa participation dans un délai de 30 jours suivant son information.

Article 23

Section financière et réserve

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

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

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

Article 24

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 23 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

24.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

- a) Des cotisations acquises des adhérents ;
- b) De la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;

- c) Des produits nets des placements de la section financière ;
- d) Du solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance.

24.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- d) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 10 % des cotisations acquises des adhérents.

24.3. Compte de gestion

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'institution dans le cadre de la présente section financière.

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 24.2.

Il appartient à la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations de la présente section financière. »

CHAPITRE XV

Le « Règlement des compléments individuels de frais médicaux » figurant dans la partie « Règlement des régimes de BTP-Prévoyance, Tous collèges » est modifié comme suit :

L'article 3 « Bénéficiaires du complément individuel » prend sa place en article 4 du règlement, sans que le contenu de l'article soit modifié.

L'article 4 « Modalités de mise en œuvre » prend sa place en article 3 du règlement, sans que le contenu de l'article soit modifié.

L'article 5 « Date d'effet et modifications de la garantie » est remplacé par le texte suivant :

« Article 5

Date d'effet. – Modifications de la participation

La date d'effet du complément individuel est fixée au plus tard au premier jour du mois civil suivant la demande et ne peut être rétroactive. Par exception, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit l'affiliation au socle collectif, cette date peut être fixée à la demande du participant rétroactivement au jour de son affiliation.

La date d'effet du complément individuel est spécifiée sur le bulletin de participation.

La participation au complément individuel est conclue jusqu'à la fin de l'exercice civil et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf terme de la participation tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

Les demandes de changement d'option prennent effet au plus tard au 1^{er} janvier suivant, sous réserve que la demande soit formulée avant le 31 octobre. Toutefois, toute demande de changement d'option formulée dans un délai de 30 jours suivant information sur une augmentation de la cotisation du complément individuel, quelle qu'en soit la cause, est prise en compte au premier jour du mois suivant la demande.

Tout changement de domicile doit également être déclaré par le participant. A défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu du participant produisent tous leurs effets. »

L'article 6 « Détermination des cotisations » est remplacé par le texte suivant :

« Article 6

Détermination des cotisations

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

Le montant de la cotisation dépend du choix personnel du participant en termes de niveau de garanties dans le dispositif de couverture santé à étages.

Ce montant est également fonction de paramètres préalablement fixés dans le socle collectif de frais médicaux : bénéficiaires, niveau de garanties du socle collectif.

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration. »

L'article 12 « Conséquences du terme de la participation » prend sa place en article 9 du règlement, sans que le contenu de l'article soit modifié.

L'article 13 « Condition d'ouverture et d'application » des droits prend sa place en article 10 du règlement, sans que le contenu de l'article soit modifié.

Les articles 14, 15, et 16 sont remplacés par les articles 12, 13, et 14 suivants :

« Article 12

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 de base d'assurance maladie dans la limite des sommes déclarées à cet organisme.

Quel que soit le niveau des garanties choisi par le participant au titre du présent règlement, les prestations du dispositif de couverture santé à étages respectent le cahier des charges des contrats d'assurance santé complémentaires dits "responsables" résultant de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

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

- en priorité, au titre du présent règlement ;
- au-delà, s'il est applicable, au titre du règlement du socle collectif.

Toute actualisation de l'annexe des garanties relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

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

Article 13

Support des remboursements

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

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre du dispositif de couverture santé à étages est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme totale due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2008, 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 d'une 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 solde du compte prévu à l'article 24. »

L'article 17 « Tiers payant » prend sa place en article 15 du règlement, sans que le contenu de l'article soit modifié.

L'article 18 « Délai de stage et de carence » prend sa place en article 16 du règlement, sans que le contenu de l'article soit modifié.

L'article 19 « Prescription » prend sa place en article 17 du règlement et est modifié comme suit :

« Article 17

Prescription

Sont prescrits par 2 ans à compter de l'événement qui leur donne naissance :

- tous les droits à prestations issus du présent règlement ;
- toutes actions relatives aux droits et obligations nés du présent règlement.

Toutefois, le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour de réception, par l'institution, de toute demande écrite d'un bénéficiaire concernant le règlement d'une prestation. »

L'article 20 « Recours contre tiers responsable » prend sa place en article 18 du règlement, sans que le contenu de l'article soit modifié.

L'article 21 « Mise en œuvre de coassurance » prend sa place en article 19 du règlement et est modifié comme suit :

« Article 19

Mise en œuvre de coassurance

Lorsque le socle collectif est mis en œuvre par BTP-Prévoyance dans le cadre de coassurances territoriales avec des mutuelles relevant du code de la mutualité, le complément individuel prévu par le présent règlement fait également l'objet d'une coassurance territoriale avec les mêmes mutuelles.

Pour la mise en œuvre d'une telle coassurance territoriale, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du IX^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance sont exposées dans une annexe de coassurance jointe au présent règlement.

En cas de cessation de la coassurance au 31 décembre d'un exercice, chaque participant conserve le bénéfice des dispositions du présent règlement. Au-delà de cette date, les droits et obligations du participant sont poursuivis en totalité avec BTP-Prévoyance (sauf autre disposition de répartition des engagements convenue conjointement entre les coassureurs). »

L'article 22 « Effet de la coassurance » prend sa place en article 20 du règlement, sans que le contenu de l'article soit modifié.

Les articles 23 à 26 sont remplacés par les articles 21 à 24 suivants :

« Article 21

Information des participants

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

En particulier, préalablement à la participation au présent règlement, sont remis au salarié un bulletin de participation et une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'assuré, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

S'agissant des annexes de garanties, l'information faite au participant lui présente les garanties globales résultant du socle collectif et du complément individuel.

Article 22

Modification des conditions de couverture

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

- suite à modification des garanties prises en charge par le socle collectif ;
- suite à modifications apportées au présent règlement ;
- suite à évolutions tarifaires ;
- suite à mise en place d'une coassurance ou changement de coassureur.

Après information, les modifications de conditions de couverture s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits du participant nés du présent règlement, celui-ci peut dénoncer sa participation dans un délai de 30 jours suivant son information.

Article 23

Section financière et réserve

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

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

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

Article 24

Ressources et charges de la section financière

24.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

- a) Des cotisations individuelles acquises des participants ;
- b) De la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- c) Des produits nets des placements de la section financière ;
- d) Du solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance.

24.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations différentielles versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- d) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 1 % des cotisations différentielles acquises des participants.

24.3. Compte de gestion

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'institution dans le cadre de la présente section financière.

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 24.2.

Il appartient à la commission paritaire, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations de la présente section financière. »

CHAPITRE XVI

Les parties décident de ratifier :

- les annexes des garanties et les annexes tarifaires du « Règlement des régimes de prévoyance » de la partie « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres », telles qu'elles figurent en annexe I du présent avenant ;
- les annexes des garanties, les annexes tarifaires et les annexes de coassurance du règlement de frais médicaux de la partie « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres », telles qu'elles figurent en annexe II du présent avenant ;
- les annexes des garanties et les annexes tarifaires du règlement du régime de mensualisation de la partie « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie Cadres », telles qu'elles figurent en annexe III du présent avenant ;
- les annexes des garanties, les annexes tarifaires et les annexes de coassurance du règlement de frais médicaux individuels, Retraités » de la partie « Règlement des régimes de BTP-Prévoyance, Tous collègues », telles qu'elles figurent en annexe IV du présent avenant ;
- les annexes des garanties, les annexes tarifaires et les annexes de coassurance du règlement de frais médicaux individuels, Actifs de la partie « Règlement des régimes de BTP-Prévoyance, Tous collègues », telles qu'elles figurent en annexe V du présent avenant ;
- les annexes des garanties, les annexes tarifaires du « Règlement des compléments individuels de frais médicaux » de la partie « Règlement des régimes de BTP-Prévoyance, Tous collègues », telles qu'elles figurent en annexe VI du présent avenant.

CHAPITRE XVII

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2008.

CHAPITRE XVIII

Le texte du présent avenant sera déposé en nombre d'exemplaires suffisant aux services centraux du ministre chargé du travail 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 19 décembre 2007.

(Suivent les signatures.)

Nota. – Les annexes I à III au présent avenant ne sont pas reproduites dans la présente parution mais consultables sur le site : journal-officiel.gouv.fr, rubrique : BO conventions collectives.

ANNEXE N°1

Annexes des GARANTIES et annexes TARIFAIRES
du « Règlement des Régimes de Prévoyance »

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2008
Gamme

Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du régime de base obligatoire	Régime de prévoyance de base	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 avec conjoint	250% SB		250% SB	350% SB	450% SB		250% TC
Majoration pour enfant à charge							
Complément par enfant à charge	+40% SB			+40% SB			+40% TC
Complément par enfant à partir du 3ème enfant	+60% SB			+60% SB			+60 % TC
Majoration pour décès accidentel							
Complément de capital	+100% SB		+100% SB	+ 200% SB + doublement la majorat. enfant à charge			+100% TC
Majoration pour décès suite à AT/MP (1)							
Complément de capital	+300% RA		+ 300% RA	+ 250% RA	+ 150% RA		+300 % TC
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	

(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

(2) Montant de la prestation "double effet" en cas de décès du conjoint : capital-décès de base + majoration pour enfant à charge

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

PASS : Plafond annuel de la Sécurité Sociale
 RA : Rémunération annuelle brute (en tranche A et en tranche B) perçue au cours des douze derniers mois
 SB : Salaire de base en tranche A et tranche B
 TC : Salaire de base en tranche C

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2008
Gamme

Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du régime de base obligatoire	Régime de prévoyance de base	Option "BASE +"	Option 3	Option 4	Option 5	Option 6	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			85% SB			80% TC
> Rente d'Invalidité (3)							
Maladie ou accident de droit commun							
Invalidité de 1ère catégorie	60% de la prestation pour invalidité de 2ème catégorie			60% de la prestation pour invalidité de 2ème catégorie			42% TC
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+5% SB			+5% SB			-
Invalidité de 2ème catégorie	65% SB			80% SB	85% SB		70% TC
Majoration si 1 enfant à charge	+5% SB			+5% SB (4)	-		-
Majoration si 2 enfants à charge ou plus	+10% SB			-			-
Invalidité de 3ème catégorie	85% SB			85% SB			70% TC
AT/MP							
(T : Taux d'incapacité permanente défini par la S.S.) 33% ≤ Taux d'incapacité S.S. < 66%	1,5 x T X indemnisation pour invalidité de 2ème catégorie (5)			1,5 x T X indemnisation pour invalidité de 2ème catégorie (5)			1,5 x T x 50% de TC
Majoration si 1 enfant à charge	+5% SB			+5% SB (4)	-		
Majoration si 2 enfants à charge ou plus	+10% SB			-			
Taux d'incapacité S.S. ≥ 66%	100% SB			100% SB			70% TC
> Maternité							
Allocation maternité	3,2 % de PASS						
> Chirurgie							
Frais de chirurgie	Oui (6)						

(3) Y compris les prestations versées par la S.S. (indemnités journalières, rentes d'invalidité / incapacité).

(4) Quel que soit le nombre d'enfants à charge.

(5) Les prestations de la Sécurité Sociale sont considérées forfaitairement à 50 % de la tranche A

(6) Module Chirurgie : à concurrence des frais réels, dans les conditions et limites définies au titre I du Règlement des régimes de Frais médicaux collectifs - Catégorie Cadres. Lorsque l'entreprise adhère pour ses salariés Cadres aux dispositions du titre I et du titre II – Régimes collectifs supplémentaires de frais médicaux - Catégorie Cadres, il s'agit d'une adhésion à une seule et même opération collective de remboursements complémentaires de frais de santé.

PASS : Plafond annuel de la Sécurité Sociale
 SB : Salaire de base en tranche A et tranche B

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle
 RA : Rémunération annuelle brute (en tranche A et en tranche B) perçue au cours des douze derniers mois
 TC : Salaire de base en tranche C

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2008
Gamme

Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

> Garantie Décès Invalidité Accidentel

Garantie 1

Capital en cas de décès (5)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (6) T = 100 %	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB

Garantie 2

Capital en cas de décès (5)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (6) 15% < T ≤ 100 %	T x 100% SB	T x 200% SB	T x 300% SB	T x 400% SB	T x 500% SB

Garantie 3

Capital en cas de décès (5)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (6) 66% < T	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
15% < T ≤ 66 %	100% SB x T / 66 %	200% SB x T / 66 %	300% SB x T / 66 %	400% SB x T / 66 %	500% SB x T / 66 %

(5) Décès accidentel (toutes causes) ou décès pour maladie professionnelle

(6) Invalidité accidentelle (toutes causes) ou invalidité pour maladie professionnelle

SB : Salaire de base

T : Taux d'incapacité permanente défini par la SS

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
ANNEXES TARIFAIRES du 1er janvier 2008
Gamme

1) Régime de prévoyance de base :

	Taux contractuel	Taux appelé
Capital Décès	0,79 % TA 0,79 % TB	0,73 % TA 0,73 % TB
Rentes Décès	0,15 % TA 0,15 % TB	0,15 % TA 0,14 % TB
Indemnité Journalière	0,19 % TA 0,75 % TB	0,19 % TA 0,69 % TB
Invalidité	0,26 % TA 0,94 % TB	0,25 % TA 0,86 % TB
Maternité	0,01 % TA 0,10 % TB	0,08 % TA 0,08 % TB
Chirurgie *	0,10 % TA 0,10 % TB	0,10 % TA 0,10 % TB
Toutes garanties	1,50 % TA 2,83 % TB	1,50 % TA 2,60 % TB

* Garantie Chirurgie : lorsque l'entreprise adhère pour ses salariés cadres aux dispositions du titre I et du titre II – Régimes de frais médicaux collectifs - Catégorie Cadres, il s'agit d'une adhésion à une seule et même opération collective de remboursements complémentaires de frais de santé.

2) Options de prévoyance supplémentaire :

2.1 - Entreprises relevant du "mode direct" :

(cf. article 4.4 du règlement des Régimes de prévoyance collectifs des Cadres)

	Base +	Option 3	Option 4	Option 5	Option 6	Option 7	Option TC
Capital Décès				+0,07 % TA +0,07 % TB	+0,15 % TA +0,15 % TB	+0,35 % TA +0,35 % TB	3,28 % TC
Rentes Décès			+0,03 % TA +0,05 % TB	+0,07 % TA +0,08 % TB	+0,16 % TA +0,17 % TB	+0,25 % TA +0,26 % TB	
Indemnité Journalière	+0,21 % TA +0,32 % TB		+0,41 % TA +0,62 % TB	+0,50 % TA +0,72 % TB			
Invalidité		+0,31 % TA +0,46 % TB	+0,41 % TA +0,58 % TB				
Toutes garanties			+0,85 % TA +1,25 % TB	+1,14 % TA +1,61 % TB			

Les taux des options ci-dessus sont exprimés en taux additionnel, en complément du taux du régime de base.

> Garantie Décès Invalidité Accidentel					
en % de TA et TB*	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
Garantie 1	0,05 %	0,11 %	0,17 %	0,22 %	0,28 %
Garantie 2	0,09 %	0,18 %	0,27 %	0,36 %	0,45 %
Garantie 3	0,12 %	0,25 %	0,37 %	0,50 %	0,62 %

* TA = Tranche A

TB = Tranche B telles que définies à l'article 4 du Titre I des Régimes de prévoyance collectifs - Catégorie Cadres

2.2 - Entreprises relevant du mode "déclaratif" :

Les taux de cotisation sont déterminés par les services gestionnaires de l'institution en minorant de 14% les taux figurant ci-dessus pour la garantie et pour l'option correspondantes.

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2008
Option fermée

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

Option
5

> Rente d'Invalidité (1)

Maladie ou accident de droit commun	60% de la prestation pour invalidité de 2ème catégorie
Invalidité de 1ère catégorie	
Invalidité de 2ème catégorie	90% SB
Invalidité de 3ème catégorie	100% SB
Majoration pour enfant à charge	+10% de la prestation
Invalidité de 3ème catégorie	85% SB
AT/MP	
(T : Taux d'incapacité permanente défini par la S.S.)	
33% ≤ Taux d'incapacité S.S. < 66%	1,5 x T X indemnisation pour invalidité de 2ème catégorie (2)
Taux d'incapacité S.S. ≥ 66%	100% SB
Majoration pour enfant à charge	+10% de la prestation

(1) Y compris les prestations versées par la S.S.

(2) Les prestations de la Sécurité Sociale sont considérées forfaitairement à 50 % de la tranche A

SB : Salaire de base en tranche A et tranche B

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
ANNEXES TARIFAIRES du 1er janvier 2008
Option fermée

Options de prévoyance supplémentaire :

1 - Entreprises relevant du "mode direct" :

(cf. article 4.4 du règlement des Régimes de prévoyance collectifs des Cadres).

	Option 5
Invalidité	+0,50 % TA +0,74 % TB

Le taux de l'option ci-dessus est exprimé en taux additionnel, en complément du taux du régime de base.

2 - Entreprises relevant du mode "déclaratif" :

Les taux de cotisation sont déterminés par les services gestionnaires de l'institution en minorant de 14% les taux figurant ci-dessus pour la garantie et pour l'option correspondantes.

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2008
Gamme fermée à l'adhésion

Option NT	Option ST	Option ST bis option A	Option ST bis option B	Option ST1	Option ST1 bis	Option ST2	Option ST3	Option Tranche C
-----------	-----------	------------------------	------------------------	------------	----------------	------------	------------	------------------

> Capital-Décès								
Capital de base : décès toutes causes								
Participant célibataire, veuf ou divorcé	200% SB	220% SB	250% SB	200% SB	220% SB	200% SB	350% SB	200% TC
Participant marié	250% SB	275% SB	315% SB	250% SB	275% SB	250% SB	350% SB	250% TC
Majoration pour enfant à charge								
Complément par enfant à charge	+40% SB	+45% SB	-	+40% SB	+45% SB	+40% SB	-	40% TC
Complément par enfant à partir du 3ème enfant	+60% SB	+70% SB	-	+60% SB	+70% SB	+60% SB	-	60% TC
Majoration pour maladie professionnelle ou accident (toutes causes)								
Complément de capital	+100% du Capital de base			+100% du Capital de base et +100% SB		+100% du Capital de base		+300 % TC
Complément par enfant à charge	-	y compris Majoration pour enfant	-	y compris Majoration pour enfant		-		-
Majoration pour décès suite à AT/MP (1)								
Complément de capital								+300 % TC
Majoration pour décès du 2ème parent								
Capital-décès "double effet" (1)	oui						-	oui
Indemnité au décès du conjoint								
Montant de la prestation	-	4 000 €						-
Indemnité au décès d'un enfant à charge								
Montant de la prestation	-	850 €						-
Versement anticipé du capital-décès								
Si incapacité permanente, totale et définitive	oui							oui

> Rente Éducation								
Par enfant à charge	3 910 €	4 325 €		4 325 €		7 200 €		
Si orphelin de père et de mère	7 820 €	8 650 €		8 650 €		14 400 €		

> Indemnités Journalières			
Arrêt suite à maladie (hors accident du travail et maladie professionnelle)			
Prestation de base	35% TA 85% TB	40% TA 90% TB	80% TC
Majoration par enfant à charge	+10% de la prestation		-
Arrêt suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle			
Montant de la prestation (2)	100% SB		80% TC

> Rente d'Invalidité				
Invalidité de droit commun (hors ATMP)				
Invalidité de 1ère catégorie	60% de la prestation pour invalidité de 2ème catégorie			42% TC
Invalidité de 2ème catégorie	35% TA	40 % TA		70% TC
	85% TB	90% TB		
Invalidité de 3ème catégorie (2)	100% SB			70% TC
Majoration par enfant à charge si 2ème catég.	+10% de la rente			-
Invalidité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle				
(T : Taux d'incapacité permanente de la S.S.)				
33% ≤ Taux d'incapacité S.S. < 66%	1,5 x T x indemnisation pour invalidité de 2ème catégorie			1,5 x T x 50% TC
Taux d'incapacité S.S. ≥ 66% (2)	100% SB			70% TC

> Maternité								
Allocation maternité								
Indemnité de base	3,2% du PASS							
Majoration par enfant suppl. si naissance mult.	+50% de l'indemnité de base							

> Chirurgie								
Frais de chirurgie								
	Oui (3)							

Module additionnel : "Article 58"
Capital de base (décès suite à ATMP) : 300 % RA quel que soit le statut familial

(1) Montant de la prestation "double -effet" en cas de décès du conjoint : capital-décès de base + majoration pour enfant à charge

(2) Y compris les indemnités journalières ou rentes d'invalidité / incapacité ou remboursements versés par la S.S.

(3) Module Chirurgie : à concurrence des frais réels, dans les conditions et limites définies au titre I du Règlement des régimes de Frais médicaux collectifs - Catégorie Cadres. Lorsque l'entreprise adhère pour ses salariés Cadres aux dispositions du titre I et du titre II – Régimes collectifs supplémentaires de frais médicaux - Catégorie Cadres, il s'agit d'une adhésion à une seule et même opération collective de remboursements complémentaires de frais de santé.

SB : Salaire de base en tranche A (TA) et tranche B (TB)
TC : Salaire de base en tranche C

PASS : Plafond annuel de la Sécurité Sociale
AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
ANNEXES TARIFAIRES du 1er janvier 2008
Gamme fermée à l'adhésion

Taux contractuel	Option NT	Option ST - STbis	Option ST1	Option ST1bis	Option ST2	Option ST3
Autres risques	2,60 % TA 2,60 % TB					
Chirurgie	0,10 % TA 0,10 % TB					
Toutes garanties	2,70 % TA 2,70 % TB	3,00 % TA 3,00 % TB	3,10 % TA 3,10 % TB	3,20 % TA 3,20 % TB	3,15 % TA 3,15 % TB	3,30 % TA 3,30 % TB

Taux appelé	Option NT	Option ST - STbis	Option ST1	Option ST1bis	Option ST2	Option ST3
Autres risques	2,384 % TA 2,384 % TB					
Chirurgie	0,100 % TA 0,100 % TB					
Toutes garanties	2,484 % TA 2,484 % TB	2,760 % TA 2,760 % TB	2,852 % TA 2,852 % TB	2,944 % TA 2,944 % TB	2,898 % TA 2,898 % TB	3,036 % TA 3,036 % TB

Module additionnel

Taux contractuel	Module additionnel
"Article 58"	0,03 % TC

Taux appelé	Module additionnel
"Article 58"	0,03 % TC

ANNEXE N°2

Annexes des GARANTIES, annexes TARIFAIRES et annexes de CO-ASSURANCE du
« Règlement des Régimes de Frais Médicaux »

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2008
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A 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

Options								
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Module SNle1	Module S2	Module S3	Module S3+	Module S4	Module S5	Module S6
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	100%	100%	150%	300%	300%	400%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (1) (2)	80%							300%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%							
Transports	65%							
Soins externes	60 à 70%							
Radiologie, actes techniques médicaux	70%				150%			
Soins dentaires	70%							
Pharmacie	65% / 35% / 15%				100%	100%	100%	
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €							
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (2)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	-	-	25,00 € / jour	40,00 € / jour	55,00 € / jour	70,00 € / jour	90,00 € / jour
ans	-	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Module PNle1	Module P2	Module P3	Module P3+	Module P4	Module P5	Module P6
Optique	65%	200%	100 % + 80 € 100 % + 140 €	100 % + 140 € 100 % + 200 €	100 % + 200 € 100 % + 300 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €	100 % + 550 € 100 % + 650 €	100 % + 800 € 100 % + 1000€
<u>Verres et montures</u>								
- Pour l'adulte								
Monture et / ou verres simples (3)								
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)								
- Pour l'enfant	65 %	250%	100 % + 100 €	100 % + 225 € 100 % + 300 €	100 % + 250 € 100 % + 550 €	100 % + 300 € 100 % + 650 €	100 % + 400 € 100 % + 700 €	
Monture et / ou verres simples (3)								
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)								
Lentilles remboursées par la S.S.								
Lentilles refusées par la S.S. (5)								
Prothèses dentaires	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	250%	300%	500%	550%	600%	650%
- Implants (6)	-	-	-	-	-	300 €	350 €	400 €
- Orthodontie	100%	175%	200%	200%	250%	250%	400%	400%
Autres prothèses & divers								
- Prothèses auditives	65%	175%	250%	300%	500%	550%	600%	750%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses								
- Cures thermales (7)	65%	100%	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100%+322,50 €	100%+322,50 €	100%+322,50 €

(1) Pour les Cadres, l'hospitalisation chirurgicale doit être prise en charge à 100% des frais réels dans le cadre de la couverture conventionnelle de prévoyance. Si l'entreprise n'est pas adhérente à l'institution pour cette couverture, elle peut néanmoins adhérer à la fraction "Chirurgie" du régime de prévoyance de BTP-PREVOYANCE pour garantir une couverture globale frais médicaux et chirurgie.

(2) Non limité en nombre

(3) Montant en € : 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) Plafond par an et par bénéficiaire

(6) Forfait par an et par bénéficiaire

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

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel "Présence +"	
Assistance 24h / 24 en cas d'hospitalisation	
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	17,50 €
Allocation obsèques	1 400 €

Module additionnel "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 des Frais Médicaux Collectifs Cadres

Tarification Globale Famille

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008

Gamme nationale

Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
<i>Cotisation annuelle</i>		

SNle1	604,80 €	172,80 €
PNle1	140,40 €	72,00 €
S2	604,80 €	172,80 €
P2	190,80 €	122,40 €
S3	644,40 €	212,40 €
P3	342,00 €	226,80 €
S3+	788,40 €	313,20 €
P3+	547,20 €	435,60 €
S4	896,40 €	363,60 €
P4	838,80 €	702,00 €
S5	1 090,80 €	543,60 €
P5	1 180,80 €	1 166,40 €
S6	1 407,60 €	885,60 €
P6	1 587,60 €	1 573,20 €
Chirurgie	72,00 €	21,60 €
Maternité	72,00 €	21,60 €

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels		
Présence +	68,40 €	68,40 €
Jeunes jusqu'à 25 ans	surcotation : +7% de la cotisation	surcotation : +7% de la cotisation
Non Conventionné	54,00 €	54,00 €

Régime de Frais Médicaux Collectifs Cadres

Tarification Conjoint Distinct

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008

Tarif forfaitaire en euros

Gamme nationale

Cotisation Salarié + enfants		
	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle forfaitaire		
Nle 1	396,00 €	169,20 €
Nle 1	86,40 €	75,60 €
S2	396,00 €	172,80 €
P2	118,80 €	100,80 €
S3	417,60 €	180,00 €
P3	223,20 €	194,40 €
S3+	511,20 €	208,80 €
P3+	352,80 €	324,00 €
S4	579,60 €	244,80 €
P4	547,20 €	554,40 €
S5	709,20 €	324,00 €
P5	766,80 €	759,60 €
S6	1 054,80 €	550,80 €
P6	1 191,60 €	1 162,80 €

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Cotisation Salarié + enfants + Conjoint		
Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle forfaitaire		
Nle 1	662,40 €	284,40 €
Nle 1	111,60 €	97,20 €
S2	662,40 €	291,60 €
P2	187,20 €	158,40 €
S3	691,20 €	298,80 €
P3	342,00 €	295,20 €
S3+	864,00 €	352,80 €
P3+	590,40 €	536,40 €
S4	928,80 €	396,00 €
P4	903,60 €	918,00 €
S5	1 166,40 €	532,80 €
P5	1 386,00 €	1 371,60 €
S6	1 612,80 €	838,80 €
P6	1 987,20 €	1 929,60 €

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Jeunes jusqu'à 25 ans	Majoration de 10% par rapport au tarif de Base
------------------------------	---

Régime de Frais Médicaux Collectifs Cadres

Tarification Conjoint Distinct

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008

Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la tranche A

Gamme nationale

Cotisation Salarié + enfants		
	Régime Général	Régime de l'Est
<i>Cotisation annuelle en pourcentage de salaire</i>		
Nle 1	1,47%	0,60%
Nle 1	0,30%	0,26%
S2	1,47%	0,60%
P2	0,44%	0,36%
S3	1,55%	0,63%
P3	0,83%	0,68%
S3+	1,90%	0,78%
P3+	1,28%	1,06%
S4	2,15%	0,92%
P4	1,98%	1,77%
S5	2,63%	1,22%
P5	2,78%	2,65%
S6	3,77%	1,89%
P6	4,21%	4,01%

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Cotisation Salarié + enfants + Conjoint		
Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
<i>Cotisation annuelle en pourcentage de salaire</i>		
Nle 1	2,46%	1,01%
Nle 1	0,39%	0,33%
S2	2,46%	1,01%
P2	0,69%	0,57%
S3	2,57%	1,07%
P3	1,27%	1,03%
S3+	3,21%	1,32%
P3+	2,14%	1,75%
S4	3,45%	1,49%
P4	3,28%	2,93%
S5	4,34%	2,00%
P5	5,03%	4,78%
S6	5,76%	2,88%
P6	7,03%	6,69%

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Jeunes jusqu'à 25 ans	Majoration de 7% par rapport au tarif de Base
------------------------------	--

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2008
Options régionales

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :
- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale
- Part de la Sécurité Sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :
- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A 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

Options							
Départements où l'adhésion est possible		59,62		01,03,07,15,21,26,38,42,53,58,63,69,71,73,74,89		27,76	
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Sécurité	Confort	RS2	RS3	Boissière 1	Boissière 2
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	175%	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur conventionné : 126 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,3% PMSS Spécialistes : 0,5% PMSS Neuropsychiatres : 1% PMSS	Pour le secteur conventionné : 150 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5% PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (1) (2)	80%		100%	100 % FR	100 % FR	110%	130%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		175%	100%	100%	100%	150%
Transports	65%					110%	130%
Soins externes	60 à 70%					100%	100%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%						
Soins dentaires	70%						
Pharmacie	45% / 35%						
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €						
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (1) (2)	-	100% des FR sauf téléphone	100% des FR sauf téléphone	100 % FR	100 % FR	20,00 € / jour	42,00 € / jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique (2)	-	38,11 € / jour	38,11 € / jour	-	-	-	-
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	-	-	-	0,6% PMSS / jour (enfants de moins de 15 ans)	16,00 € / jour	24,00 € / jour
Allocation maternité (3)	-	-	-	6% PMSS	15% PMSS de l'année précédente	-	-
Optique, prothèses et divers	Part S.S.						
Optique							
<u>Verres et montures</u>							
Verres remboursés par la sécurité sociale (2)	65%	Adultes 100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 200 € pour un équipement à Verres simples	Adultes 100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 300 € pour un équipement à Verres simples	85% FR	85% FR	100% + 150 € par an et par bénéficiaire	100% + 375€ par an et par bénéficiaire
Monture		Enfants 100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 160 € pour un équipement à Verres simples	Enfants 100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 250 € pour un équipement à Verres simples	2% PMSS par an et par personne	3% PMSS par an et par personne		
Lentilles remboursées par la S.S.	65 %	100% + 100 €	100% + 125 €	70% FR	85% FR	80% FR	80% FR
Lentilles refusées par la S.S.	-	100 €	125 €	4% PMSS par an et par personne	5% PMSS par an et par bénéficiaire	120 €	200 €
Prothèses dentaires							
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	350%	375%	250%	350%	200% (dans la limite de 600 € par an et par personne)	350% (dans la limite de 800 € par an et par personne)
- Implants (4)	-	-	-	200 €	350 €	-	-
- Orthodontie	100%	200%	250%	235%	400%	200%	300%
Autres prothèses & divers							
- Prothèses auditives	65%	350%	375%	250%	300,0%	100% + 150 €	100% + 250 € 300% Sauf prothèses capillaire et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 100 € Prothèses mammaires : 100% + 50 €
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		350%	375%	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 4 % PMSS)	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 4% PMSS)	100% (y compris prothèses capillaire et mammaires)	
- Vaccin non remboursé	-	-	-	-	-	15 €	30 €
- Ostéodensitométrie osseuse non prise en charge par la SS	-	-	-	-	-	20 €	40 €
- Patch et substitut nicotinique	dans la limite de 50 € / an / bénéficiaire	-	-	-	-	20 €	40 €
- Cures thermales	65%	100% + 187,5 €	100% + 322,50€	7% PMSS par an et par personne	12% PMSS par an et par personne	100%	100%+ 150 €
SERVICE PLUS		Compris	Compris				
SANTE PLUS		En option	Compris				

- (1) Pour les Cadres, l'hospitalisation chirurgicale doit être prise en charge à 100% des frais réels dans le cadre de la couverture conventionnelle de prévoyance. Si l'entreprise n'est pas adhérente à l'institution pour cette couverture, elle peut néanmoins adhérer à la fraction "Chirurgie" du régime de prévoyance de BTP-PREVOYANCE pour garantir une couverture globale frais médicaux et chirurgie.
- (2) Non limité en nombre
- (3) L'allocation maternité concerne exclusivement les ouvriers. Pour les ETAM et les cadres, cette prestation est prise en charge par la Garantie Chirurgie-Maternité du régime de prévoyance
- (4) Forfait par an et par bénéficiaire

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel "Service Plus"	
Assistance 24h / 24 en cas d'hospitalisation	Oui
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	15,85 €
Allocation obstétriques (en cas de décès avant 65 ans)	1 324 €
Protection juridique et assurance vie quotidienne	Oui
Prime événements familiaux : mariage / naissance	76,25 €
Extension Tiers Payant accès aux œuvres mutualistes	Oui

Module additionnel "Santé Plus"	
Chambre particulière en secteur psychiatrique	53,36 €/jour
Prothèses auditives refusées par la sécurité sociale	381,12 € / an
Prothèses capillaires et mammaires refusées par la sécurité sociale	266,79 € / an
Orthodontie adulte refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Orthodontie enfant refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Vaccin anti-grippe pour personnes de moins de 65 ans	100% Frais réels
Vaccin non remboursable	114,54 € / an
Contraception en vitro	571,68 € / an
Prothèses AOD	3,72 € / acte
Indopur	114,54 € / an
Pain	57,17 € / an
Chirurgie	50% frais réels
Prothèses dentaires	76,27 € / an

Module additionnel "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 des Frais Médicaux Collectifs Cadres

Tarification Globale famille

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008

Options régionales

	Régime Général	Régime de l'Est
<i>Cotisation annuelle</i>		

Sécurité	1 170,20 €	
Confort	1 576,80 €	
RS2	882,00 €	388,80 €
RS3	1 198,80 €	669,60 €
Boissière 1	885,60 €	
Boissière 2	1 170,00 €	

Modules additionnels		
Service +	90,00 €	
Santé +	100,80 €	
Jeunes jusqu'à 25 ans	Majoration de cotisation : +7%	

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2008

Mutuelle partenaire	Départements	Taux de co-assurance (1)	
		BTP-PREVOYANCE	Mutuelle partenaire
MBTP du Nord	59-62	60%	40%
MBTPSE	01-07-26-38-42-69-71-73-74	50%	50%
	03-15-21-43-58-63-89	75%	25%
Mutuelle Boissière du BTP	27-76	75%	25%

(1) Taux applicable pour les adhésions souscrites auprès du règlement de BTP-PREVOYANCE

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2008
Options fermées à l'adhésion

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A 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

Options fermées à l'adhésion			
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Option Base	Option 1
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	100%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (1) (2)	80%		
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%		
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		
Soins dentaires	70%		
Pharmacie	65% / 35%		
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €		
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (2)	-	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	-	-
ans	-	20,00 € / jour	20,00 € / jour
Optique, prothèses et divers	Part S.S.		
Optique			
<u>Verres et montures</u>	65%	200%	200%
- Pour l'adulte			
Monture et / ou verres simples (3)			
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)			
- Pour l'enfant	65 %		
Monture et / ou verres simples (3)			
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)			
Lentilles remboursées par la S.S.	65 %		
Lentilles refusées par la S.S. (5)	-	-	-
Prothèses dentaires			
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	175%
- Implants (6)	-	-	-
- Orthodontie	100%	175%	175%
Autres prothèses & divers			
- Prothèses auditives	65%	175%	175%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses			
- Cures thermiques (7)	65%	100%	100%

(1) Pour les Cadres, l'hospitalisation chirurgicale doit être prise en charge à 100% des frais réels dans le cadre de la couverture conventionnelle de prévoyance. Si l'entreprise n'est pas adhérente à l'institution pour cette couverture, elle peut néanmoins adhérer à la fraction "Chirurgie" du régime de prévoyance de BTP-PREVOYANCE pour garantir une couverture globale frais médicaux et chirurgie.

(2) Non limité en nombre

(3) Montant en € : 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) Plafond par an et par bénéficiaire

(6) Forfait par an et par bénéficiaire

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

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel "Présence +"	
Assistance 24h / 24 en cas d'hospitalisation	
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	17,50 €
Allocation obsèques	1 400 €

Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres

Tarification Globale famille

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008

Options fermées à l'adhésion

Option Base	Module S	374,40 €	
	Module P	133,20 €	
	Sous-total	507,60 €	
Option 1	Module S	442,80 €	108,00 €
	Module P	158,40 €	79,20 €
	Sous-total	601,20 €	187,20 €

Module additionnel fermé		
Non Conventionné	54,00 €	54,00 €

Régime de Frais Médicaux Individuels Retraités - Cadres
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2008
Options fermées à l'adhésion

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A 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

Options de la Gamme nationale	Part S.S.	Option 2- "Base"	Option 2 "Bien-Être"	Option 3 "Quiétude"	Option 3 + "Vitalité"	Option 4 "Privilège"
Soins - Hospitalisation		100%	100%	100%	175%	300%
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%					
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%					
Transports	65%					
Soins externes	60 à 70%				150%	
Soins dentaires	70%					
Radiologie, actes techniques médicaux	70%					
Pharmacie	65% / 35% / 15%				100%	100%
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €				100%	100%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%				150%	300%
Frais de séjours, honoraires	80%					
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	Oui	Oui	Oui		
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	-	-	25,00 € / jour	40,00 € / jour	55,00 € / jour
Frais d'accompagnement (acceptés par la SS)	-	-	-	-	-	-
Optique, prothèses et divers		200%	100 % + 80 € 100 % + 140 €	100 % + 140 € 100 % + 200 €	100 % + 200 € 100 % + 300 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €
Optique	65%					
- Pour l'adulte						
Monture et / ou verres simples (3)						
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)						
- Pour l'enfant	65 %					
Monture et / ou verres simples (3)						
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)						
Lentilles remboursées par la S.S. (3)	65 %	250%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	
Lentilles refusées par la S.S. (5)	-	-	-	80 €	125 €	125 €
Prothèses dentaires						
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	250%	300%	500%	550%
- Implants (6)	-	-	-	-	-	300 €
- Orthodontie	100%	175%	200%	200%	250%	250%
Autres prothèses & divers						
- Prothèses auditives	65%	175%	250%	300%	500%	550%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses						
- Cures thermales (7)	65%	100% + 1,00€	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 S.S.

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

(5) Forfait annuel maximal par bénéficiaire pour les lentilles refusées

(6) Forfait par an et par bénéficiaire

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

Module additionnel optionnel : Atout +	
Chambre particulière dès le 1er jour	31 € / jour (2)
Chambre d'accompagnant pour hospitalisation d'enfant de - de 12 ans	25 € / jour (2)
Forfait d'optique	41 € (8)

8) en complément des remboursements prévus dans le cadre de l'option souscrite, dans la limite des frais engagés

Module additionnel Optionnel : "Chirurgie - Maternité"	
En cas d'hospitalisation chirurgicale	100 % des frais réels
Allocation maternité	3,2 % du Plafond annuel Sécurité Sociale

(9) Ne pouvant être inférieur à 100% de la base de remboursement

Régime de Frais Médicaux Individuels - Cadres - Retraités

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008

Options fermées à l'adhésion

		Régime général			Régime de l'Est		
		Régime général	Départements en sous-cotisation : 01 20 28 73 74 77 91 93 95	Départements en surcotisation : 06 11 13 30 31 34 54 65 83		Coefficient couple*	
			Cotisation annuelle				
Option 2- "Base"	56 - 59 ans	537 €	483 €	618 €	216 €	178%	
	60 ans	582 €	525 €	645 €	222 €	175%	
	61 ans	591 €	540 €	645 €	225 €	175%	
	62 ans	603 €	561 €	645 €	231 €	175%	
	63 ans	615 €	585 €	648 €	234 €	175%	
	64 ans	630 €	609 €	651 €	240 €	175%	
	65 ans	642 €	630 €	654 €	243 €	175%	
	66 ans et plus	654 €	654 €	654 €	249 €	175%	
Option 2 "Bien-être"	56 - 59 ans	636 €	573 €	732 €	273 €	178%	
	60 ans	684 €	615 €	759 €	273 €	175%	
	61 ans	699 €	639 €	762 €	279 €	175%	
	62 ans	711 €	663 €	762 €	285 €	175%	
	63 ans	726 €	690 €	765 €	291 €	175%	
	64 ans	741 €	717 €	768 €	297 €	175%	
	65 ans	756 €	744 €	771 €	303 €	175%	
	66 ans et plus	771 €	771 €	771 €	309 €	175%	
Option 3 "Quiétude"	56 - 59 ans	738 €	663 €	849 €	378 €	178%	
	60 ans	786 €	708 €	873 €	378 €	175%	
	61 ans	801 €	735 €	873 €	387 €	175%	
	62 ans	819 €	762 €	879 €	393 €	175%	
	63 ans	834 €	792 €	879 €	402 €	175%	
	64 ans	852 €	822 €	882 €	408 €	175%	
	65 ans	867 €	852 €	882 €	417 €	175%	
	66 ans et plus	885 €	885 €	885 €	474 €	175%	
Option 3+ "Vitalité"	56 - 59 ans	1 080 €	972 €	1 242 €	660 €	183%	
	60 ans	1 122 €	1 011 €	1 245 €	684 €	180%	
	61 ans	1 143 €	1 047 €	1 248 €	699 €	180%	
	62 ans	1 167 €	1 089 €	1 251 €	711 €	180%	
	63 ans	1 191 €	1 131 €	1 254 €	726 €	180%	
	64 ans	1 215 €	1 173 €	1 257 €	741 €	180%	
	65 ans	1 239 €	1 218 €	1 260 €	756 €	180%	
	66 ans et plus	1 263 €	1 263 €	1 263 €	771 €	180%	
Option 4 "Privilège"	56 - 59 ans	1 404 €	1 263 €	1 614 €	1 107 €	183%	
	60 ans	1 491 €	1 341 €	1 656 €	1 125 €	184%	
	61 ans	1 521 €	1 392 €	1 659 €	1 146 €	184%	
	62 ans	1 551 €	1 446 €	1 662 €	1 170 €	184%	
	63 ans	1 584 €	1 503 €	1 668 €	1 194 €	184%	
	64 ans	1 614 €	1 560 €	1 671 €	1 218 €	184%	
	65 ans	1 647 €	1 620 €	1 677 €	1 242 €	184%	
	66 ans et plus	1 680 €	1 680 €	1 680 €	1 266 €	184%	

Supplément annuel "Atout santé +" : 33,00 € par personne soit 2,75 € par mois

ANNEXE N°3

Annexes des GARANTIES et annexes TARIFAIRES
du « Règlement du régime de mensualisation »

Régime de Mensualisation - Cadres
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2008
Gamme

		Option 1	Option 3	Option 5
Délai de carence		En-deçà du conventionnel		Conventionnel
Maternité		15 j	3 j	0 j
Maladie				
Accident du travail ou maladie professionnelle				
Accident de trajet	Arrêt ≤ 30 jours Arrêt > 30 jours			
Garanties		En-deçà du conventionnel		Conventionnel
Maladie		100 % SB du 16 ^{ème} au 90 ^{ème} jour	100 % SB du 4 ^{ème} au 90 ^{ème} jour	100 % SB du 1 ^{er} au 90 ^{ème} jour
Accident du travail ou maladie professionnelle				
Accident de trajet	Arrêt ≤ 30 jours Arrêt > 30 jours			
Maternité		100 % SB du 16 ^{ème} au 112 ^{ème} jour	100 % SB du 4 ^{ème} au 112 ^{ème} jour	100 % SB du 1 ^{er} au 112 ^{ème} jour

SB : Salaire de base

Régime de Mensualisation - Collège CADRES
ANNEXES TARIFAIRES du 1er janvier 2008
Gamme

1. Entreprises relevant du "mode direct" :

(cf. article 4.4 du règlement des Régimes de prévoyance collectifs des Cadres)

<i>Taux de cotisation au 1er janvier 2008 (TA, TB)</i>	Option 1	Option 3	Option 5
- Taux contractuel	1,15 %	1,95 %	2,35 %
- Taux appelé	0,75 %	1,27 %	1,53 %

2. Entreprises relevant du mode "déclaratif" :

Les taux de cotisation sont déterminés par les services gestionnaires de l'institution en minorant de 14% les taux figurant ci-dessus pour la garantie et pour l'option correspondantes.

ANNEXE N°4

Annexes des GARANTIES, annexes TARIFAIRES et annexes de CO-ASSURANCE du
« Règlement de frais médicaux individuels- actifs»

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2008
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A 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

Options de la Gamme nationale	Part S.S.	Option N°1 "Base"	Option 2 "Bien-Être"	Option 3 "Quiétude"	Option 3 + "Vitalité"	Option 4 "Priviège"	Option 5 "Expert"	Option 6 "Excellence"							
Soins - Hospitalisation		100%	100%	100%		300%	300%	400%							
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%				175%										
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%				150%										
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%														
Transports	65%														
Soins externes	60 à 70%				100%										
Radiologie, actes techniques médicaux	70%					150%									
Soins dentaires	70%					100%									
Pharmacie	65% / 35%				100%	100%	100%	100%							
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €														
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui							
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	-	-	25,00 € / jour	40,00 € / jour	55,00 € / jour	70,00 € / jour	90,00 € / jour							
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour							
Optique, prothèses et divers		200%													
Optique															
Verres et montures															
- Pour l'adulte	65%								100 % + 80 € 100 % + 140 €	100 % + 140 € 100 % + 200 €	100 % + 200 € 100 % + 300 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €	100 % + 550 € 100 % + 650 €	100 % + 800 € 100 % + 1000 €	
Monture et / ou verres simples (3) Monture et / ou verres progressifs (3) (4)															
- Pour l'enfant									250%	Verres : 300 Monture : 100 % + 80 €	100 % + 225 € 100 % + 300 €	100 % + 250 € 100 % + 550 €	100 % + 300 € 100 % + 650 €	100 % + 400 € 100 % + 700 €	
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)															
Lentilles remboursées par la S.S.	65 %								250%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €	
Lentilles refusées par la S.S. (5)	-								-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
Prothèses dentaires															
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	250%	300%	500%	550%	600%	650%							
- Implants (6)	-	-	-	-	-	300 €	350 €	400 €							
- Orthodontie	100%	175%	200%	200%	250%	250%	400%	400%							
Autres prothèses & divers															
- Prothèses auditives	65%	175%	250%	300%	500%	550%	600%	750%							
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses															
- Cures thermales (7)	65%	100%	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100%+322,50 €	100%+322,50 €	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 S.S.

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

(5) Forfait annuel maximal par bénéficiaire pour les lentilles refusées

(6) Forfait par an et par bénéficiaire

(7) remboursement limite à une cure par an et par bénéficiaire

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel "BTP Santé Plus"	Base	Niveau 1	Niveau 2
Services d'assistance (7)	Oui	Oui	Oui
Améliorations de prises en charge			
- Complément sur dépassements d'honoraires hospitaliers (9) (10) (11)	-	500 €	1 500 €
- Complément sur chambre particulière en cas d'hospitalisation (2) (10)	-	25 €	40 €
- Complément au plafond optique annuel par bénéficiaire (10) (12)	-	-	40 €
Prestations supplémentaires			
- Allocation obsèques (13)	-	-	1 500 €
- Lit accompagnant pour hospitalisation d'un adhérent > 70 ans (14)	-	20 €	20 €
- Allocation maternité (15)	-	1% PASS	1,6 % PASS
Prise d'effet des garanties de "BTP Santé Plus":			
- Couverture immédiate si souscription simultanée à celle de l'option			
- A défaut, carence de 6 mois (portée à 300 jours pour l'Allocation maternité)			

(8) Par exception, module directement intégré dans l'option "6"

(9) En cas d'hospitalisation chirurgicale exclusivement

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

(11) Par hospitalisation

(12) Par exception, module directement intégré dans les options "4", "5" et "6"

(13) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans

(14) Dans la limite de 7 jours par hospitalisation

(15) Pour chaque naissance, ou pour adoption d'un enfant de moins de 7 ans

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008
Gamme Nationale

		Régime général			Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale	Départements en sous-cotisation :	Départements en surcotisation :		
			01 20 28 73 74 77 91 93 95	06 11 13 30 31 34 54 65 83		
			Cotisation annuelle			
2- Base	enfant et <=25 ans	216 €	195 €	216 €	87 €	
	26 ans	243 €	219 €	267 €	99 €	
	27 ans	249 €	225 €	273 €	102 €	
	28 ans	255 €	231 €	282 €	105 €	
	29 ans	261 €	234 €	288 €	108 €	
	30 ans	267 €	240 €	294 €	111 €	
	31 - 35 ans	297 €	267 €	342 €	120 €	
	36 - 40 ans	336 €	303 €	387 €	135 €	
	41 - 45 ans	372 €	336 €	429 €	150 €	
	46 - 50 ans	414 €	372 €	477 €	165 €	
	51 - 55 ans	456 €	411 €	525 €	186 €	
	56 ans	513 €	462 €	591 €	207 €	178%
	57 ans	522 €	471 €	600 €	210 €	
	58 ans	528 €	474 €	606 €	213 €	
	59 ans	537 €	483 €	618 €	216 €	
	60 ans	582 €	525 €	645 €	234 €	175%
	61 ans	591 €	540 €	645 €	240 €	
	62 ans	603 €	561 €	645 €	243 €	
	63 ans	615 €	585 €	648 €	249 €	
	64 ans	630 €	609 €	651 €	255 €	
	65 ans inclus	642 €	630 €	654 €	258 €	
	66 ans et plus	654 €	654 €	654 €	264 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans		753 €	753 €	753 €	303 €
2 Bien-être	enfant et <=25 ans	267 €	240 €	267 €	135 €	
	26 ans	297 €	267 €	327 €	150 €	
	27 ans	303 €	273 €	333 €	153 €	
	28 ans	309 €	279 €	339 €	156 €	
	29 ans	315 €	285 €	348 €	159 €	
	30 ans	321 €	288 €	354 €	162 €	
	31 - 35 ans	357 €	321 €	411 €	177 €	
	36 - 40 ans	390 €	351 €	450 €	198 €	
	41 - 45 ans	432 €	390 €	498 €	216 €	
	46 - 50 ans	480 €	432 €	552 €	240 €	
	51 - 55 ans	537 €	483 €	618 €	255 €	
	56 ans	609 €	549 €	699 €	285 €	178%
	57 ans	618 €	555 €	711 €	291 €	
	58 ans	627 €	564 €	720 €	294 €	
	59 ans	636 €	573 €	732 €	300 €	
	60 ans	684 €	615 €	759 €	303 €	175%
	61 ans	699 €	639 €	762 €	309 €	
	62 ans	711 €	663 €	762 €	315 €	
	63 ans	726 €	690 €	765 €	321 €	
	64 ans	741 €	717 €	768 €	330 €	
	65 ans inclus	756 €	744 €	771 €	336 €	
	66 ans et plus	771 €	771 €	771 €	342 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans		885 €	885 €	885 €	396 €

		Régime général			Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale	Départements en sous-cotisation :	Départements en surcotisation :		
			01 20 28 73 74 77 91 93 95	06 11 13 30 31 34 54 65 83		
			Cotisation annuelle			
3 Quiétude	enfant et <=25 ans	312 €	282 €	312 €	189 €	
	26 ans	354 €	318 €	390 €	213 €	
	27 ans	363 €	327 €	399 €	219 €	
	28 ans	372 €	336 €	408 €	225 €	
	29 ans	381 €	342 €	420 €	231 €	
	30 ans	390 €	351 €	429 €	237 €	
	31 - 35 ans	420 €	378 €	483 €	252 €	
	36 - 40 ans	474 €	426 €	546 €	282 €	
	41 - 45 ans	522 €	471 €	600 €	315 €	
	46 - 50 ans	588 €	528 €	675 €	336 €	
	51 - 55 ans	654 €	588 €	753 €	369 €	
	56 ans	708 €	636 €	813 €	411 €	
	57 ans	717 €	645 €	825 €	417 €	178%
	58 ans	729 €	657 €	837 €	423 €	
	59 ans	738 €	663 €	849 €	429 €	175%
	60 ans	786 €	708 €	873 €	441 €	
	61 ans	801 €	735 €	873 €	447 €	
	62 ans	819 €	762 €	879 €	456 €	
	63 ans	834 €	792 €	879 €	465 €	
	64 ans	852 €	822 €	882 €	477 €	
	65 ans inclus	867 €	852 €	882 €	486 €	
	66 ans et plus	885 €	885 €	885 €	495 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 017 €	1 017 €	1 017 €	570 €	
	3+ Vitalité	enfant et <=25 ans	462 €	417 €	462 €	297 €
26 ans		516 €	465 €	567 €	333 €	
27 ans		528 €	474 €	582 €	342 €	
28 ans		540 €	486 €	594 €	351 €	
29 ans		555 €	501 €	612 €	360 €	
30 ans		570 €	513 €	627 €	369 €	
31 - 35 ans		627 €	564 €	720 €	408 €	
36 - 40 ans		690 €	621 €	795 €	450 €	
41 - 45 ans		759 €	684 €	873 €	492 €	
46 - 50 ans		831 €	747 €	957 €	540 €	
51 - 55 ans		900 €	810 €	1 035 €	588 €	
56 ans		990 €	891 €	1 140 €	633 €	
57 ans		1 005 €	906 €	1 155 €	642 €	183%
58 ans		1 020 €	918 €	1 173 €	651 €	
59 ans		1 035 €	933 €	1 191 €	660 €	180%
60 ans		1 122 €	1 011 €	1 245 €	684 €	
61 ans		1 143 €	1 047 €	1 248 €	699 €	
62 ans		1 167 €	1 089 €	1 251 €	711 €	
63 ans		1 191 €	1 131 €	1 254 €	726 €	
64 ans		1 215 €	1 173 €	1 257 €	741 €	
65 ans inclus		1 239 €	1 218 €	1 260 €	756 €	
66 ans et plus		1 263 €	1 263 €	1 263 €	771 €	
Adhésion entre 67 et 70 ans		1 452 €	1 452 €	1 452 €	888 €	

		Régime général			Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale	Départements en sous-cotisation : 01 20 28 73 74 77 91 93 95	Départements en surcotisation : 06 11 13 30 31 34 54 65 83		
		Cotisation annuelle				
4 Privilège	enfant et <=25 ans	552 €	498 €	552 €	387 €	
	26 ans	624 €	561 €	687 €	438 €	
	27 ans	639 €	576 €	702 €	450 €	
	28 ans	654 €	588 €	720 €	462 €	
	29 ans	669 €	603 €	735 €	474 €	
	30 ans	687 €	618 €	756 €	486 €	
	31 - 35 ans	765 €	690 €	879 €	537 €	
	36 - 40 ans	828 €	744 €	951 €	579 €	
	41 - 45 ans	927 €	834 €	1 065 €	648 €	
	46 - 50 ans	1 044 €	939 €	1 200 €	732 €	
	51 - 55 ans	1 140 €	1 026 €	1 311 €	822 €	
	56 ans	1 200 €	1 080 €	1 380 €	915 €	183%
	57 ans	1 221 €	1 098 €	1 404 €	927 €	
	58 ans	1 239 €	1 116 €	1 425 €	942 €	
	59 ans	1 257 €	1 131 €	1 446 €	957 €	180%
	60 ans	1 341 €	1 206 €	1 488 €	1 017 €	
	61 ans	1 368 €	1 254 €	1 491 €	1 038 €	
	62 ans	1 395 €	1 299 €	1 494 €	1 059 €	
	63 ans	1 422 €	1 350 €	1 497 €	1 080 €	
	64 ans	1 449 €	1 401 €	1 500 €	1 101 €	
	65 ans inclus	1 479 €	1 455 €	1 506 €	1 125 €	
	66 ans et plus	1 509 €	1 509 €	1 509 €	1 146 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 659 €	1 659 €	1 659 €	1 260 €	
5 Expert	enfant et <=25 ans	744 €	669 €	744 €	522 €	
	26 ans	840 €	756 €	924 €	591 €	
	27 ans	861 €	774 €	948 €	606 €	
	28 ans	882 €	795 €	969 €	621 €	
	29 ans	903 €	813 €	993 €	636 €	
	30 ans	927 €	834 €	1 020 €	651 €	
	31 - 35 ans	1 032 €	930 €	1 188 €	726 €	
	36 - 40 ans	1 119 €	1 008 €	1 287 €	780 €	
	41 - 45 ans	1 251 €	1 125 €	1 440 €	876 €	
	46 - 50 ans	1 416 €	1 275 €	1 629 €	993 €	
	51 - 55 ans	1 545 €	1 392 €	1 776 €	1 116 €	
	56 ans	1 620 €	1 458 €	1 863 €	1 233 €	183%
	57 ans	1 629 €	1 467 €	1 872 €	1 239 €	
	58 ans	1 638 €	1 473 €	1 884 €	1 248 €	
	59 ans	1 650 €	1 485 €	1 899 €	1 254 €	180%
	60 ans	1 758 €	1 581 €	1 950 €	1 341 €	
	61 ans	1 794 €	1 644 €	1 956 €	1 368 €	
	62 ans	1 830 €	1 707 €	1 962 €	1 395 €	
	63 ans	1 866 €	1 770 €	1 965 €	1 422 €	
	64 ans	1 902 €	1 836 €	1 968 €	1 449 €	
	65 ans inclus	1 941 €	1 908 €	1 977 €	1 479 €	
	66 ans et plus	1 980 €	1 980 €	1 980 €	1 509 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	2 277 €	2 277 €	2 277 €	1 734 €	
6 Excellence	enfant et <=25 ans	1 041 €	936 €	1 041 €	732 €	
	26 ans	1 176 €	1 059 €	1 293 €	828 €	
	27 ans	1 206 €	1 086 €	1 326 €	849 €	
	28 ans	1 236 €	1 113 €	1 359 €	870 €	
	29 ans	1 266 €	1 140 €	1 392 €	870 €	
	30 ans	1 299 €	1 170 €	1 428 €	891 €	
	31 - 35 ans	1 446 €	1 302 €	1 662 €	1 014 €	
	36 - 40 ans	1 566 €	1 410 €	1 800 €	1 092 €	
	41 - 45 ans	1 752 €	1 578 €	2 016 €	1 224 €	
	46 - 50 ans	1 971 €	1 773 €	2 268 €	1 380 €	
	51 - 55 ans	2 085 €	1 878 €	2 397 €	1 506 €	
	56 ans	2 121 €	1 908 €	2 439 €	1 614 €	183%
	57 ans	2 133 €	1 920 €	2 454 €	1 623 €	
	58 ans	2 145 €	1 932 €	2 466 €	1 632 €	
	59 ans	2 160 €	1 944 €	2 484 €	1 644 €	180%
	60 ans	2 286 €	2 058 €	2 538 €	1 743 €	
	61 ans	2 331 €	2 136 €	2 544 €	1 776 €	
	62 ans	2 379 €	2 217 €	2 550 €	1 812 €	
	63 ans	2 427 €	2 304 €	2 556 €	1 848 €	
	64 ans	2 475 €	2 391 €	2 562 €	1 887 €	
	65 ans inclus	2 523 €	2 481 €	2 568 €	1 923 €	
	66 ans et plus	2 574 €	2 574 €	2 574 €	1 962 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	2 961 €	2 961 €	2 961 €	2 256 €	

Chapeau BTPsanté + 2008				
	Base	Niveau 1	Niveau 2	coefficient couple
jusqu'à 55 ans	12,00 €	75,00 €	153,00 €	190%
de 56 à 59 ans		87,00 €	189,00 €	178%
de 60 à 65 ans		102,00 €	219,00 €	175%
66 ans et plus		120,00 €	210,00 €	
si 1 ou plusieurs enfants à charge (uniquement pour les Actifs)		33,00 €	33,00 €	

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2008
Options régionales

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :
- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale
- Part de la Sécurité Sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A 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.162-3-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale

Options							
Départements où l'adhésion est possible		59,62		01,03,07,15,21,26,38,42,53,58,63,69,71,73,74,89		27,76	
		Sécurité	Confort	Tranquillité	Sérénité	Boissière 1	Boissière 2
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	175%	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 12,95 € Spécialistes : 25,89 € Neuropsychiatres : 51,78 €	Pour le secteur conventionné : 126 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 12,95 € Spécialistes : 25,89 € Neuropsychiatres : 51,78 €	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 7,77 € Spécialistes : 12,95 € Neuropsychiatres : 25,89 €	Pour le secteur conventionné : 150 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 12,95 € Spécialistes : 25,89 € Neuropsychiatres : 51,78 €
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%		100%	100 % FR	100 % FR	110%	130%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		175%	100%	100%	100%	150%
Transports	65%					110%	130%
Soins externes	60 à 70%					100%	150%
Actes techniques médicaux	70%						
Radiologie	70%						
Soins dentaires	70%					100%	100%
Pharmacie	65% / 35% / 15%						
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €						
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	100% FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	20,00 € / jour	42,00 € / jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique (2)	-	38,11 € / jour	38,11 € / jour	-	-	-	-
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	-	-	-	20 € / jour	16,00 € / jour	24,00 € / jour
Allocation maternité (3) ou Prime de Naissance	-	76,25 €	114,35 €	77,67 €	15% PMSS de l'année précédente	-	-
Optique, prothèses et divers	Part S.S.						
Optique							
Verres et montures							
Verres remboursés par la sécurité sociale (2)	65%	100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 200 € pour un équipement à Verres simples	100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 300 € pour un équipement à Verres simples	85% FR	85% FR	100% + 150 € par an et par bénéficiaire	100% +375€ par an et par bénéficiaire
Monture				2% PMSS par an et par personne	3% PMSS par an et par personne		
Lentilles remboursées par la S.S.	65 %	100% + 100 €	100% + 125 €	70% FR	85% FR	80% FR	80% FR
Lentilles refusées par la S.S.	-	100 €	125 €	4% PMSS par an et par personne	5% PMSS par an et par bénéficiaire	120 €	200 €
Prothèses dentaires							
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	350%	375%	250%	350%	200% (dans la limite de 600 € par an et par personne)	350% (dans la limite de 800 € par an et par personne)
- Implants (4)	-	-	-	200 €	350 €	-	-
- Orthodontie	100%	200%	250%	235%	400%	200%	300%
Autres prothèses & divers							
- Prothèses auditives	65%	350%	375%	250%	300,0%	100% + 150 €	100% + 250 € 300%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		350%	375%	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires :103,56 €)	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires :103,56 €)	100% (y compris prothèses capillaire et mammaires)	Sauf prothèses capillaire et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 100 € Prothèses mammaires : 100% + 50 €
- Vaccin non remboursé	-	-	-	-	-	-	16 €
- Ostéodensitométrie osseuse non prise en charge par la SS	-	-	-	-	20 €	40 €	
- Patch et substitut nicotinique	dans la limite de 50 € / an / bénéficiaire	-	-	-	20 €	40 €	
- Cures thermales	65%	100% + 187,5 €	100% + 322,50€	105,34 €	258,90 €	100%	100%+ 150 €

(1) Non limité en nombre
(2) Limité à 90 jours par hospitalisation
(3) L'allocation maternité concerne exclusivement les ouvriers. Pour les ETAM et les cadres, cette prestation est prise en charge par la Garantie Maternité du régime de prévoyance
(4) Forfait par an et par bénéficiaire

SECURITE PLUS	Compris	Compris
CONFORT PLUS		Compris

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel "Sécurité Plus"	
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	15,85 € / j
Prime de mariage	76,25 €
Frais d'obsèques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524,49 €
Module additionnel "Confort Plus"	
Collants ou bas à varices	114,35 € / an
Pédicure	114,35 € / an
Densitométrie Osseuse	76,25 € / an
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	15,85 € / j
Prime de mariage	76,25 €
Frais d'obsèques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524,49 €
Vaccin refusé par la Sécurité Sociale	100% frais réels
Chiropracteur	50% frais réels

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008

Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation annuelle		
"Tranquillité"	enfant et <=25 ans	354 €	213 €	
	26 ans	399 €	240 €	
	27 ans	408 €	246 €	
	28 ans	417 €	252 €	
	29 ans	426 €	258 €	
	30 ans	438 €	264 €	
	31 - 35 ans	480 €	291 €	
	36 - 40 ans	540 €	327 €	
	41 - 45 ans	597 €	360 €	
	46 - 50 ans	660 €	399 €	
	51 - 55 ans	714 €	432 €	
	56 ans	783 €	471 €	
	57 ans	786 €	474 €	183%
	58 ans	786 €	474 €	
	59 ans	789 €	474 €	180%
	60 ans	879 €	531 €	
	61 ans	897 €	540 €	
	62 ans	915 €	552 €	
	63 ans	933 €	564 €	
	64 ans	951 €	573 €	
	65 ans inclus	972 €	585 €	
	66 ans et plus	990 €	597 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 140 €	687 €	
Sérénité	enfant et <=25 ans	477 €	309 €	
	26 ans	540 €	348 €	
	27 ans	555 €	357 €	
	28 ans	570 €	366 €	
	29 ans	585 €	375 €	
	30 ans	600 €	384 €	
	31 - 35 ans	663 €	432 €	
	36 - 40 ans	714 €	465 €	
	41 - 45 ans	798 €	522 €	
	46 - 50 ans	897 €	582 €	
	51 - 55 ans	978 €	639 €	
	56 ans	1 041 €	678 €	
	57 ans	1 050 €	681 €	183%
	58 ans	1 059 €	687 €	
	59 ans	1 065 €	693 €	180%
	60 ans	1 182 €	771 €	
	61 ans	1 206 €	786 €	
	62 ans	1 230 €	801 €	
	63 ans	1 254 €	816 €	
	64 ans	1 281 €	834 €	
	65 ans inclus	1 305 €	849 €	
	66 ans et plus	1 332 €	867 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 533 €	996 €	
Boissière 1	enfant et <=25 ans	273 €	165 €	
	26 ans	303 €	183 €	
	27 ans	309 €	186 €	
	28 ans	315 €	189 €	
	29 ans	321 €	192 €	
	30 ans	327 €	195 €	
	31 - 35 ans	372 €	225 €	
	36 - 40 ans	417 €	249 €	
	41 - 45 ans	459 €	276 €	
	46 - 50 ans	519 €	315 €	
	51 - 55 ans	591 €	357 €	
	56 ans	648 €	390 €	
	57 ans	648 €	390 €	183%
	58 ans	648 €	390 €	
	59 ans	648 €	390 €	180%
	60 ans	693 €	417 €	
	61 ans	705 €	423 €	
	62 ans	720 €	432 €	
	63 ans	735 €	441 €	
	64 ans	750 €	450 €	
	65 ans inclus	765 €	459 €	
	66 ans et plus	780 €	468 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	897 €	537 €	

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation annuelle		
Boissière 2	enfant et <=25 ans	399 €	261 €	
	26 ans	459 €	300 €	
	27 ans	468 €	306 €	
	28 ans	477 €	312 €	
	29 ans	486 €	318 €	
	30 ans	495 €	324 €	
	31 - 35 ans	543 €	354 €	
	36 - 40 ans	597 €	390 €	
	41 - 45 ans	654 €	396 €	
	46 - 50 ans	717 €	432 €	
	51 - 55 ans	822 €	495 €	
	56 ans	876 €	525 €	183%
	57 ans	876 €	525 €	
	58 ans	876 €	525 €	
	59 ans	876 €	525 €	180%
	60 ans	909 €	546 €	
	61 ans	927 €	558 €	
	62 ans	945 €	567 €	
	63 ans	963 €	579 €	
	64 ans	984 €	591 €	
	65 ans inclus	1 002 €	603 €	
	66 ans et plus	1 023 €	615 €	
Adhésion entre 67 et 70 ans		1 176 €	708 €	
Sécurité	enfant et <=25 ans	423 €	303 €	
	26 ans	477 €	342 €	
	27 ans	489 €	342 €	
	28 ans	501 €	342 €	
	29 ans	513 €	342 €	
	30 ans	525 €	342 €	
	31 - 35 ans	579 €	378 €	
	36 - 40 ans	639 €	417 €	
	41 - 45 ans	702 €	459 €	
	46 - 50 ans	765 €	498 €	
	51 - 55 ans	840 €	543 €	
	56 ans	909 €	591 €	183%
	57 ans	924 €	600 €	
	58 ans	936 €	609 €	
	59 ans	951 €	615 €	180%
	60 ans	1 023 €	663 €	
	61 ans	1 044 €	678 €	
	62 ans	1 065 €	690 €	
	63 ans	1 086 €	705 €	
	64 ans	1 107 €	717 €	
	65 ans inclus	1 128 €	732 €	
	66 ans et plus	1 152 €	747 €	
Adhésion entre 67 et 70 ans		1 326 €	858 €	
Confort	enfant et <=25 ans	537 €	378 €	
	26 ans	606 €	426 €	
	27 ans	621 €	438 €	
	28 ans	636 €	450 €	
	29 ans	651 €	462 €	
	30 ans	666 €	474 €	
	31 - 35 ans	741 €	519 €	
	36 - 40 ans	804 €	564 €	
	41 - 45 ans	897 €	630 €	
	46 - 50 ans	1 008 €	717 €	
	51 - 55 ans	1 113 €	777 €	
	56 ans	1 197 €	840 €	183%
	57 ans	1 215 €	852 €	
	58 ans	1 230 €	864 €	
	59 ans	1 248 €	876 €	180%
	60 ans	1 308 €	921 €	
	61 ans	1 335 €	939 €	
	62 ans	1 362 €	960 €	
	63 ans	1 389 €	978 €	
	64 ans	1 416 €	999 €	
	65 ans inclus	1 443 €	1 017 €	
	66 ans et plus	1 473 €	1 038 €	
Adhésion entre 67 et 70 ans		1 695 €	1 194 €	

* Pour le deuxième adulte couvert, la cotisation est fixée en multipliant la cotisation de référence par le coefficient couple indiqué

Régime de Frais Médicaux Individuels Actifs - Tous collègues

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2008

Mutuelle partenaire	Départements	Taux de co-assurance (1)	
		BTP-PREVOYANCE	Mutuelle partenaire
MBTP du Nord	59-62	50%	50%
MBTPSE	01-07-26-38-42-69-71-73-74	50%	50%
	03-15-21-43-58-63-89	75%	25%
Mutuelle Boissière du BTP	27-76	50%	50%

(1) Taux applicable pour les adhésions souscrites auprès du règlement de BTP-PREVOYANCE

ANNEXE N°5

Annexes des GARANTIES, annexes TARIFAIRES et annexes de CO-ASSURANCE du
« Règlement de frais médicaux individuels- retraités»

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collègues - Retraités
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2008
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A 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

	Part S.S.	Option N°1 "Base"	Option 2 "Bien-Être"	Option 3 "Quiétude"	Option 3 + "Vitalité"	Option 4 "Privilège"	Option 5 "Expert"	Option 6 "Excellence"							
Soins - Hospitalisation		100%	100%	100%		300%	300%	400%							
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%														
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%				175%										
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%				150%										
Transports	65%														
Soins externes	60 à 70%														
Radiologie, actes techniques médicaux	70%				150%	100%									
Soins dentaires	70%				100%										
Pharmacie	65% / 35%				100%		100%								
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €								100%	100%					
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui								
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	-	-	25,00 € / jour	40,00 € / jour	55,00 € / jour	70,00 € / jour	90,00 € / jour							
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour							
Optique, prothèses et divers		200%													
Optique															
Verres et montures															
- Pour l'adulte	65%								100 % + 80 € 100 % + 140 €	100 % + 140 € 100 % + 200 €	100 % + 200 € 100 % + 300 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €	100 % + 550 € 100 % + 650 €	100 % + 800 € 100 % + 1000 €	
Monture et / ou verres simples (3) Monture et / ou verres progressifs (3) (4)															
- Pour l'enfant	250%								Verres : 300 % Monture : 100 % + 80 €	100 % + 225 € 100 % + 300 €	100 % + 250 € 100 % + 550 €	100 % + 300 € 100 % + 650 €	100 % + 400 € 100 % + 700 €		
Monture et / ou verres simples (3) Monture et / ou verres progressifs (3) (4)															
Lentilles remboursées par la S.S.	65 %								250%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €	
Lentilles refusées par la S.S. (5)	-								-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
Prothèses dentaires															
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	250%	300%	500%	550%	600%	650%							
- Implants (6)	-	-	-	-	-	300 €	400 €	400 €							
- Orthodontie	100%	175%	200%	200%	250%	250%	400%	400%							
Autres prothèses & divers															
- Prothèses auditives	65%	175%	250%	300%	500%	550%	600%	750%							
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses															
- Cures thermales (7)	65%	100%	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100%+322,50 €	100%+322,50 €	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 S.S.

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

(5) Forfait annuel maximal par bénéficiaire pour les lentilles refusées

(6) Forfait par an et par bénéficiaire

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

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel "BTP Santé Plus"	Base	Niveau 1	Niveau 2
Services d'assistance (7)	Oui	Oui	Oui
Améliorations de prises en charge			
- Complément sur dépassements d'honoraires hospitaliers (9) (10) (11)	-	500 €	1 500 €
- Complément sur chambre particulière en cas d'hospitalisation (2) (10)	-	25 €	40 €
- Complément au plafond optique annuel par bénéficiaire (10) (12)	-	-	40 €
Prestations supplémentaires			
- Allocation obsèques (13)	-	-	1 500 €
- Lit accompagnant pour hospitalisation d'un adhérent > 70 ans (14)	-	20 €	20 €
- Allocation maternité (15)	-	1% PASS	1,6 % PASS

Prise d'effet des garanties de "BTP Santé Plus":

(8) Par exception, module directement intégré dans l'option "6"

(9) En cas d'hospitalisation chirurgicale exclusivement

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

(11) Par hospitalisation

(12) Par exception, module directement intégré dans les options "4", "5" et "6"

(13) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans

(14) Dans la limite de 7 jours par hospitalisation

(15) Pour chaque naissance, ou pour adoption d'un enfant de moins de 7 ans

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008
Gamme Nationale

		Régime général			Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale	Départements en sous-cotisation : 01 20 28 73 74 77 91 93 95	Départements en surcotisation : 06 11 13 30 31 34 54 65 83		
		Cotisation annuelle				
2 - Base	56 ans	513 €	462 €	591 €	207 €	178%
	57 ans	522 €	471 €	600 €	210 €	
	58 ans	528 €	474 €	606 €	213 €	
	59 ans	537 €	483 €	618 €	216 €	
	60 ans	582 €	525 €	645 €	234 €	175%
	61 ans	591 €	540 €	645 €	240 €	
	62 ans	603 €	561 €	645 €	243 €	
	63 ans	615 €	585 €	648 €	249 €	
	64 ans	630 €	609 €	651 €	255 €	
	65 ans inclus	642 €	630 €	654 €	258 €	
	66 ans et plus	654 €	654 €	654 €	264 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans					
		753 €	753 €	753 €	303 €	
2 Bien-être	56 ans	609 €	549 €	699 €	285 €	178%
	57 ans	618 €	555 €	711 €	291 €	
	58 ans	627 €	564 €	720 €	294 €	
	59 ans	636 €	573 €	732 €	300 €	
	60 ans	684 €	615 €	759 €	303 €	175%
	61 ans	699 €	639 €	762 €	309 €	
	62 ans	711 €	663 €	762 €	315 €	
	63 ans	726 €	690 €	765 €	321 €	
	64 ans	741 €	717 €	768 €	330 €	
	65 ans inclus	756 €	744 €	771 €	336 €	
	66 ans et plus	771 €	771 €	771 €	342 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans					
		885 €	885 €	885 €	396 €	
3 Quiétude	56 ans	708 €	636 €	813 €	411 €	178%
	57 ans	717 €	645 €	825 €	417 €	
	58 ans	729 €	657 €	837 €	423 €	
	59 ans	738 €	663 €	849 €	429 €	
	60 ans	786 €	708 €	873 €	441 €	175%
	61 ans	801 €	735 €	873 €	447 €	
	62 ans	819 €	762 €	879 €	456 €	
	63 ans	834 €	792 €	879 €	465 €	
	64 ans	852 €	822 €	882 €	477 €	
	65 ans inclus	867 €	852 €	882 €	486 €	
	66 ans et plus	885 €	885 €	885 €	495 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans					
		1 017 €	1 017 €	1 017 €	570 €	
3+ Vitalité	56 ans	990 €	891 €	1 140 €	633 €	183%
	57 ans	1 005 €	906 €	1 155 €	642 €	
	58 ans	1 020 €	918 €	1 173 €	651 €	
	59 ans	1 035 €	933 €	1 191 €	660 €	
	60 ans	1 122 €	1 011 €	1 245 €	684 €	180%
	61 ans	1 143 €	1 047 €	1 248 €	699 €	
	62 ans	1 167 €	1 089 €	1 251 €	711 €	
	63 ans	1 191 €	1 131 €	1 254 €	726 €	
	64 ans	1 215 €	1 173 €	1 257 €	741 €	
	65 ans inclus	1 239 €	1 218 €	1 260 €	756 €	
	66 ans et plus	1 263 €	1 263 €	1 263 €	771 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans					
		1 452 €	1 452 €	1 452 €	888 €	

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008
Gamme Nationale

		Régime général			Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale	Départements en sous-cotisation : 01 20 28 73 74 77 91 93 95	Départements en surcotisation : 06 11 13 30 31 34 54 65 83		
			Cotisation annuelle			
4 Privilège	56 ans	1 200 €	1 080 €	1 380 €	915 €	183%
	57 ans	1 221 €	1 098 €	1 404 €	927 €	
	58 ans	1 239 €	1 116 €	1 425 €	942 €	
	59 ans	1 257 €	1 131 €	1 446 €	957 €	
	60 ans	1 341 €	1 206 €	1 488 €	1 017 €	180%
	61 ans	1 368 €	1 254 €	1 491 €	1 038 €	
	62 ans	1 395 €	1 299 €	1 494 €	1 059 €	
	63 ans	1 422 €	1 350 €	1 497 €	1 080 €	
	64 ans	1 449 €	1 401 €	1 500 €	1 101 €	
	65 ans inclus	1 479 €	1 455 €	1 506 €	1 125 €	
	66 ans et plus	1 509 €	1 509 €	1 509 €	1 146 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans					
	1 659 €	1 659 €	1 659 €	1 260 €		
5 Expert	56 ans	1 620 €	1 458 €	1 863 €	1 233 €	183%
	57 ans	1 629 €	1 467 €	1 872 €	1 239 €	
	58 ans	1 638 €	1 473 €	1 884 €	1 248 €	
	59 ans	1 650 €	1 485 €	1 899 €	1 254 €	
	60 ans	1 758 €	1 581 €	1 950 €	1 341 €	180%
	61 ans	1 794 €	1 644 €	1 956 €	1 368 €	
	62 ans	1 830 €	1 707 €	1 962 €	1 395 €	
	63 ans	1 866 €	1 770 €	1 965 €	1 422 €	
	64 ans	1 902 €	1 836 €	1 968 €	1 449 €	
	65 ans inclus	1 941 €	1 908 €	1 977 €	1 479 €	
	66 ans et plus	1 980 €	1 980 €	1 980 €	1 509 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans					
	2 277 €	2 277 €	2 277 €	1 734 €		
6 Excellence	56 ans	2 121 €	1 908 €	2 439 €	1 614 €	183%
	57 ans	2 133 €	1 920 €	2 454 €	1 623 €	
	58 ans	2 145 €	1 932 €	2 466 €	1 632 €	
	59 ans	2 160 €	1 944 €	2 484 €	1 644 €	
	60 ans	2 286 €	2 058 €	2 538 €	1 743 €	180%
	61 ans	2 331 €	2 136 €	2 544 €	1 776 €	
	62 ans	2 379 €	2 217 €	2 550 €	1 812 €	
	63 ans	2 427 €	2 304 €	2 556 €	1 848 €	
	64 ans	2 475 €	2 391 €	2 562 €	1 887 €	
	65 ans inclus	2 523 €	2 481 €	2 568 €	1 923 €	
	66 ans et plus	2 574 €	2 574 €	2 574 €	1 962 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans					
	2 961 €	2 961 €	2 961 €	2 256 €		

Chapeau BTPsanté + 2008				
	Base	Niveau 1	Niveau 2	coefficient couple
jusqu'à 55 ans	12,00 €	75,00 €	153,00 €	190%
de 56 à 59 ans		87,00 €	189,00 €	178%
de 60 à 65 ans		102,00 €	219,00 €	175%
66 ans et plus		120,00 €	210,00 €	
si 1 ou plusieurs enfants à charge (uniquement pour les Actifs)		33,00 €	33,00 €	

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2008
Options régionales

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :
- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale
- Part de la Sécurité Sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A 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

Options							
Départements où l'adhésion est possible		59,62		01,03,07,15,21,26,38,42,53,58,63,69,71,73,74,89		27,76	
		Sécurité	Confort	Tranquillité	Sérénité	Boissière 1	Boissière 2
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%		175%	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 12,95 € Spécialistes : 25,89 € Neuropsychiatres : 51,78 €	Pour le secteur conventionné : 126 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 12,95 € Spécialistes : 25,89 € Neuropsychiatres : 51,78 €	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 7,77 € Spécialistes : 12,95 € Neuropsychiatres : 25,89 €	Pour le secteur conventionné : 150 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 12,95 € Spécialistes : 25,89 € Neuropsychiatres : 51,78 €
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (1) (2)	80%	100%	100%	100 % FR	100 % FR	110%	130%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%					100%	150%
Transports	65%		175%		100%	110%	130%
Soins externes	60 à 70%						
Actes techniques médicaux	70%		100%	100%			150%
Radiologie	70%		175%		126%	100%	
Soins dentaires	70%				112%		
Pharmacie	65% / 35% / 15%		100%		100%		100%
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €						
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	100% FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	20,00 € / jour	42,00 € / jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique (2)	-	38,11 € / jour	38,11 € / jour	-	-	-	-
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	-	-	-	20 € / jour	16,00 € / jour	24,00 € / jour
Allocation maternité (3) ou Prime de Naissance	-	76,25 €	114,35 €	77,67 €	15% PMSS de l'année précédente	-	-
Optique, prothèses et divers	Part S.S.						
Optique							
Verres et montures							
Verres remboursés par la sécurité sociale (2)							
Monture	65%	Adultes 100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 200 € pour un équipement à Verres simples Enfants 100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 160 € pour un équipement à Verres simples	Adultes 100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 300 € pour un équipement à Verres simples Enfants 100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 250 € pour un équipement à Verres simples	85% FR	85% FR	100% + 150 € par an et par bénéficiaire	100% + 375€ par an et par bénéficiaire
Lentilles remboursées par la S.S.	65 %	100% + 100 €	100% + 125 €	70% FR	85% FR	80% FR	80% FR
Lentilles refusées par la S.S.	-	100 €	125 €	4% PMSS par an et par personne	5% PMSS par an et par bénéficiaire	120 €	200 €
Prothèses dentaires							
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	350%	375%	250%	350%	200% (dans la limite de 600 € par an et par personne)	350% (dans la limite de 800 € par an et par personne)
- Implants (4)	-	-	-	200 €	350 €	-	-
- Orthodontie	100%	200%	250%	235%	400%	200%	300%
Autres prothèses & divers							
- Prothèses auditives		350%	375%	250%	300,0%	100% + 150 €	100% + 250 € 300% Sauf prothèses capillaire et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 100 € Prothèses mammaires : 100% + 50 €
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses	65%	350%	375%	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 103,56 €)	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 103,56 €)	100% (y compris prothèses capillaire et mammaires)	16 €
- Vaccin non remboursé	-	-	-	-	-	-	-
- Ostéodensitométrie osseuse non prise en charge par la SS	-	-	-	-	20 €	40 €	-
- Patch et substitut nicotinique	dans la limite de 50 € / an / bénéficiaire	-	-	-	20 €	40 €	-
- Cures thermales	65%	100% + 187,5 €	100% + 322,50€	105,34 €	258,90 €	100%	100% + 150 €

(1) Non limité en nombre
(2) Limité à 90 jours par hospitalisation
(3) L'allocation maternité concerne exclusivement les ouvriers. Pour les ETAM et les cadres, cette prestation est prise en charge par la Garantie Maternité du régime de prévoyance
(4) Forfait par an et par bénéficiaire

SECURITE PLUS	Compris	Compris
CONFORT PLUS		Compris

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel "Sécurité Plus"	
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	15,85 € / j
Prime de mariage	76,25 €
Frais d'obsèques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524,49 €
Module additionnel "Confort Plus"	
Collants ou bas à varices	114,35 € / an
Pédicure	114,35 € / an
Densitométrie Osseuse	76,25 € / an
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	15,85 € / j
Prime de mariage	76,25 €
Frais d'obsèques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524,49 €
Vaccin refusé par la Sécurité Sociale	100% frais réels
Chiropracteur	50% frais réels

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008

Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation annuelle		
Tranquillité	56 ans	783 €	471 €	183%
	57 ans	786 €	474 €	
	58 ans	786 €	474 €	
	59 ans	789 €	474 €	
	60 ans	879 €	531 €	180%
	61 ans	897 €	540 €	
	62 ans	915 €	552 €	
	63 ans	933 €	564 €	
	64 ans	951 €	573 €	
	65 ans inclus	972 €	585 €	
66 ans et plus	990 €	597 €		
Adhésion entre 67 et 70 ans		1 140 €	687 €	
Sérénité	56 ans	1 041 €	678 €	183%
	57 ans	1 050 €	681 €	
	58 ans	1 059 €	687 €	
	59 ans	1 065 €	693 €	
	60 ans	1 182 €	771 €	180%
	61 ans	1 206 €	786 €	
	62 ans	1 230 €	801 €	
	63 ans	1 254 €	816 €	
	64 ans	1 281 €	834 €	
	65 ans inclus	1 305 €	849 €	
66 ans et plus	1 332 €	867 €		
Adhésion entre 67 et 70 ans		1 533 €	996 €	
Boissière 1	56 ans	648 €	390 €	183%
	57 ans	648 €	390 €	
	58 ans	648 €	390 €	
	59 ans	648 €	390 €	
	60 ans	693 €	417 €	180%
	61 ans	705 €	423 €	
	62 ans	720 €	432 €	
	63 ans	735 €	441 €	
	64 ans	750 €	450 €	
	65 ans inclus	765 €	459 €	
66 ans et plus	780 €	468 €		
Adhésion entre 67 et 70 ans		897 €	537 €	

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008

Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation annuelle		
Boissière 2	56 ans	876 €	525 €	183%
	57 ans	876 €	525 €	
	58 ans	876 €	525 €	
	59 ans	876 €	525 €	
	60 ans	909 €	546 €	180%
	61 ans	927 €	558 €	
	62 ans	945 €	567 €	
	63 ans	963 €	579 €	
	64 ans	984 €	591 €	
	65 ans inclus	1 002 €	603 €	
	66 ans et plus	1 023 €	615 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 176 €	708 €	
Sécurité	56 ans	909 €	591 €	183%
	57 ans	924 €	600 €	
	58 ans	936 €	609 €	
	59 ans	951 €	615 €	
	60 ans	1 023 €	663 €	180%
	61 ans	1 044 €	678 €	
	62 ans	1 065 €	690 €	
	63 ans	1 086 €	705 €	
	64 ans	1 107 €	717 €	
	65 ans inclus	1 128 €	732 €	
	66 ans et plus	1 152 €	747 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 326 €	858 €	
Confort	56 ans	1 197 €	840 €	183%
	57 ans	1 215 €	852 €	
	58 ans	1 230 €	864 €	
	59 ans	1 248 €	876 €	
	60 ans	1 308 €	921 €	180%
	61 ans	1 335 €	939 €	
	62 ans	1 362 €	960 €	
	63 ans	1 389 €	978 €	
	64 ans	1 416 €	999 €	
	65 ans inclus	1 443 €	1 017 €	
	66 ans et plus	1 473 €	1 038 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 695 €	1 194 €	

* Pour le deuxième adulte couvert, la cotisation est fixée en multipliant la cotisation de référence par le coefficient couple indiqué

Régime de Frais Médicaux Individuels Retraités - Tous collègues

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2008

Mutuelle partenaire	Départements	Taux de co-assurance (1)	
		BTP-PREVOYANCE	Mutuelle partenaire
MBTP du Nord	59-62	75%	25%
MBTPSE	01-07-26-38-42-69-71-73-74	83%	17%
	03-15-21-43-58-63-89	83%	17%
Mutuelle Boissière du BTP	27-76	83%	17%

(1) Taux applicable pour les adhésions souscrites auprès du règlement de BTP-PREVOYANCE

ANNEXE N°6

Annexes des GARANTIES et annexes TARIFAIRES du « Règlement des compléments individuels de Frais Médicaux »

Régime de Complément individuels de Frais médicaux - Tous collèges
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2008
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées ci-après correspondent aux garanties globales de frais médicaux issues du cumul du Socle collectif et du Complément individuel choisi par le participant

Tous les remboursements s'entendent :

- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code 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
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A 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 S.S.	Option Nvle 1 "Base"	Option 2 "Bien-Être"	Option 3 "Quiétude"	Option 3 + "Vitalité"	Option 4 "Privilège"	Option 5 "Expert"	Option 6 "Excellence"	
Soins - Hospitalisation		100%	100%	100%					
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%								
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%				175%			400%	
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%				300%				
Transports	65%								
Soins externes	60 à 70%					150%		300%	300%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%					150%			
Soins dentaires	70%								
Pharmacie	65% / 35% / 15%				100%	100%		100%	100%
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €								
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui		
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	-	-	25,00 € / jour	40,00 € / jour	55,00 € / jour	70,00 € / jour	90,00 € / jour	
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	
Optique, prothèses et divers									
Optique									
<u>Verres et montures</u>									
- Pour l'adulte	65%	200%	100 % + 80 € 100 % + 140 €	100 % + 140 € 100 % + 200 €	100 % + 200 € 100 % + 300 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €	100 % + 550 € 100 % + 650 €	100 % + 800 € 100 % + 1000 €	
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 S.S.	65 %		250%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €	
Lentilles refusées par la S.S. (5)	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €	
Prothèses dentaires									
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	250%	300%	500%	550%	600%	650%	
- Implants (6)	-	-	-	-	-	300 €	350 €	400 €	
- Orthodontie	100%	175%	200%	200%	250%	250%	400%	400%	
Autres prothèses & divers									
- Prothèses auditives	65%	175%	250%	300%	500%	550%	600%	750%	
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses									
- Cures thermales (7)	65%	100%	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100%+322,50 €	100%+322,50 €	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 S.S.

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

(5) Forfait annuel maximal par bénéficiaire pour les lentilles refusées

(6) Forfait par an et par bénéficiaire

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

Régime de Compléments individuels de frais médicaux - Tous collèges
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2008
Gamme Nationale

Soins		Régime général		Régime de l'Est	
		Assuré	Conjoint	Assuré	Conjoint
		Cotisation annuelle		Cotisation annuelle	
S1+	S2	0 €	0 €	0 €	0 €
	S3	69 €	69 €	42 €	42 €
	S3+	150 €	159 €	96 €	102 €
	S4	189 €	198 €	141 €	144 €
	S5	201 €	186 €	147 €	138 €
	S6	300 €	258 €	222 €	189 €
S2	S3	60 €	60 €	33 €	33 €
	S3+	153 €	150 €	99 €	96 €
	S4	192 €	183 €	144 €	138 €
	S5	201 €	186 €	147 €	138 €
	S6	303 €	255 €	222 €	186 €
S3	S3+	99 €	99 €	66 €	66 €
	S4	153 €	150 €	111 €	111 €
	S5	168 €	159 €	126 €	120 €
	S6	267 €	231 €	198 €	171 €
S3+	S4	96 €	72 €	72 €	54 €
	S5	135 €	105 €	99 €	78 €
	S6	237 €	174 €	174 €	129 €
S4	S5	63 €	57 €	48 €	45 €
	S6	165 €	126 €	123 €	93 €
S5	S6	84 €	81 €	63 €	63 €

Prothèses		Régime général		Régime général	
		Assuré	Assuré	Assuré	Assuré
		Cotisation annuelle		Cotisation annuelle	
P1+	P2	87 €	99 €	45 €	48 €
	P3	141 €	135 €	84 €	78 €
	P3+	288 €	312 €	183 €	198 €
	P4	444 €	450 €	324 €	330 €
	P5	555 €	525 €	405 €	387 €
	P6	711 €	621 €	522 €	456 €
P2	P3	69 €	66 €	42 €	42 €
	P3+	225 €	225 €	141 €	141 €
	P4	384 €	363 €	285 €	264 €
	P5	504 €	474 €	369 €	348 €
	P6	663 €	567 €	486 €	417 €
P3	P3+	168 €	159 €	108 €	102 €
	P4	339 €	333 €	249 €	246 €
	P5	462 €	444 €	339 €	327 €
	P6	621 €	537 €	456 €	393 €
P3+	P4	261 €	201 €	192 €	147 €
	P5	432 €	336 €	318 €	249 €
	P6	579 €	429 €	426 €	315 €
P4	P5	192 €	174 €	141 €	129 €
	P6	348 €	264 €	255 €	195 €
P5	P6	117 €	111 €	87 €	81 €

