

Brochure n° 3107

**Accords collectifs nationaux**

**BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS**

---

AVENANT N° 8 DU 18 DÉCEMBRE 2008

À L'ACCORD DU 1<sup>ER</sup> OCTOBRE 2001

RELATIF À LA PRÉVOYANCE DES CADRES

NOR : ASET0950381M

CHAPITRE I<sup>er</sup>

Au sein du titre VII Commissaires aux comptes des statuts de BTP-Prévoyance, l'article 26 Commissaires aux comptes est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 26

*Commissaires aux comptes*

La commission paritaire désigne pour une durée de 6 exercices 2 commissaires aux comptes ainsi que 2 suppléants, afin qu'ils effectuent le contrôle et la certification des comptes de l'institution.

Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute commission paritaire au plus tard lors de la convocation des membres de celle-ci. Ils sont convoqués à la réunion du conseil d'administration, qui arrête les comptes de l'exercice écoulé, en même temps que les administrateurs eux-mêmes.

La convocation des commissaires aux comptes est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les commissaires aux comptes peuvent convoquer les membres de la commission paritaire après avoir vainement requis sa convocation du secrétaire de celle-ci par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Lorsqu'ils procèdent à cette convocation, les commissaires aux comptes fixent l'ordre du jour.

Ils exposent les motifs de la convocation dans un rapport lu à la commission paritaire.

Les commissaires aux comptes agissent d'accord entre eux. S'ils sont en désaccord sur l'opportunité de convoquer la commission paritaire, l'un d'eux peut demander au président du tribunal de grande instance, statuant en référé, l'autorisation de procéder à cette convocation, l'autre commissaire et le secrétaire de la commission paritaire étant dûment appelés.

L'ordonnance du président, qui fixe l'ordre du jour, n'est susceptible d'aucune voie de recours.

Dans tous les cas, les frais entraînés par la réunion de la commission paritaire sont à la charge de l'institution. »

## CHAPITRE II

Les articles 3, 4 et 5 de la section 1 Dispositions relatives aux entreprises et aux participants du titre I<sup>er</sup> Régimes de prévoyance collectifs figurant en 1<sup>re</sup> partie Règlement des régimes de prévoyance des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, sont modifiés comme suit.

L'article 3 Affiliation des participants est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 3

#### *Affiliation des participants*

L'adhésion engage l'entreprise à inscrire d'une façon permanente au régime de prévoyance tous les membres de son personnel faisant partie des catégories affiliées.

Peuvent prétendre au bénéfice du présent règlement :

- les cadres et assimilés des entreprises adhérentes qui sont appelés membres participants ;
- les anciens cadres et assimilés des entreprises adhérentes lorsqu'ils relèvent des dispositions de maintien de garanties prévues à l'article 7 ;
- leurs ayants droit tels qu'ils sont définis pour chaque prestation par le présent règlement.

Tout membre participant doit remplir et signer une demande d'affiliation. Cette demande comporte notamment l'acceptation de la désignation des bénéficiaires du capital décès prévue à l'article 11 du présent règlement ou renvoie à une désignation spécifique.

L'entreprise transmet cette demande à BTP-Prévoyance après y avoir également apposé sa signature.

La date d'admission au régime est fixée à la date d'entrée dans l'entreprise ou de promotion dans la catégorie, et en tout état de cause au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise.

L'entrée ou la promotion dans la catégorie doit être notifiée à BTP-Prévoyance dans les 15 jours suivant l'événement.

La cessation d'appartenance à l'entreprise ou à la catégorie doit également être notifiée dans les 15 jours. »

Au sein de l'article 4 Cotisations, le paragraphe 4.3 Taux est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « 4.3. Taux

##### 4.3. a. Régime de base (Ro' + T')

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<sup>er</sup> 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.

##### 4.3. b. Options de prévoyance supplémentaire

Concernant les options de prévoyance supplémentaire :

- pour les entreprises relevant du mode direct, les taux de cotisation sont précisés dans les annexes tarifaires (1) ;
- 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 supplémentaire est déterminée librement dans l'entreprise. Cette répartition doit toutefois respecter les principes suivants pour que l'adhésion soit acceptée :

- la répartition doit prévoir une contribution effective de l'employeur ;
- la participation de l'employeur doit être uniforme pour l'ensemble des salariés cadres et assimilés de l'entreprise.

##### 4.3. c. Dispositions communes

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 5 Résiliation, démission, radiation est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « Article 5

##### *Terme de l'adhésion. – Conséquences sur les prestations en cours*

##### 5.1. Terme de l'adhésion

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

- en cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise ;

---

(1) Les annexes au présent accord ne sont pas reproduites dans la présente parution mais consultables sur le site : [journal-officiel.gouv.fr](http://journal-officiel.gouv.fr), rubrique : BO conventions collectives, à la suite du présent texte.

- 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 et harmonisation des régimes de prévoyance santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail.

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

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

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

La résiliation à l'initiative de l'entreprise (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'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 plus tard le 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 dans les 30 jours qui s'ensuivent ;
- l'entreprise a changé de secteur d'activité et ne relève plus du champ du bâtiment et des travaux publics ;
- en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire a exercé le droit dont il dispose légalement de résilier l'adhésion pendant un délai de 3 mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement ;

#### 5.1. b. Terme de l'adhésion suite à liquidation ou 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 cessation d'activité. La demande de résiliation doit être notifiée par l'employeur à BTP-Prévoyance dans le délai de 1 mois.

#### 5.1. c. Résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion)

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 par l'institution à l'entreprise au moins 2 mois auparavant.

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

5.1. d. Terme de l'adhésion suite à absorption, fusion, cessation d'activité avec reprise de contrat de travail

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

En cas d'absorption d'autres entreprises avec reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion peut intervenir à la date d'harmonisation des régimes de prévoyance, sous réserve que l'entreprise en fasse la demande à l'institution par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard dans les 60 jours qui s'ensuivent. A défaut, le terme de l'adhésion prend effet, selon la cadence d'appel des cotisations à laquelle est soumise l'entreprise, au plus tard le dernier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite.

## 5.2. Prestations en cours au terme de l'adhésion

Les garanties dont bénéficiaient les salariés au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion, à l'exception des maintiens de garanties sans contrepartie de cotisation qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 7 du titre I<sup>er</sup> Régimes de prévoyance collectifs.

Les prestations en cours, acquises ou nées avant le terme de l'adhésion continuent à être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. La revalorisation des prestations en cours de service est également assurée par BTP-Prévoyance, sauf lorsque la résiliation est à l'initiative de l'entreprise.

En cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise, le financement de la revalorisation des prestations en cours de service, qui ne peut être inférieure à celle définie en application des dispositions du présent règlement, sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l'entreprise elle-même, soit par l'organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

## CHAPITRE III

Les articles 6, 7, 8, 9 et 12 de la section 2 Dispositions générales relatives aux garanties du titre I<sup>er</sup> Régimes de prévoyance collectifs figurant en 1<sup>re</sup> partie Règlement des régimes de prévoyance des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, sont modifiés comme suit.

L'article 6 Conditions d'ouverture du droit est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 6

#### *Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur*

##### 6.1. Conditions d'ouverture des droits

Les droits prévus par le présent régime sont ouverts à tout participant affilié au régime à la date où se produit le fait générateur du risque couvert.

## 6.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date de l'arrêt de travail au sens de la sécurité sociale pour les garanties d'indemnités journalières, de rente d'invalidité ;
- la date de notification du classement en invalidité 3<sup>e</sup> catégorie par la sécurité sociale pour le versement anticipé du capital décès en cas d'invalidité totale et permanente ;
- la date du décès pour les garanties de capital décès et de rente d'éducation ;
- la date de naissance ou d'adoption pour la garantie d'allocation maternité ;
- la date d'hospitalisation pour la garantie chirurgie. »

L'article 7 Maintien et cessation des garanties est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 7

#### *Maintien et cessation des garanties*

Les garanties visées par le présent règlement cessent :

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

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

- en cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage ;
- en cas de suspension du contrat de travail ;
- au terme de l'adhésion de l'entreprise, pour les salariés en incapacité ou en invalidité (dans ce cas, le maintien concerne les garanties décès) ;
- en cas de décès du participant (dans ce cas, le maintien concerne la garantie chirurgie au profit des ayants droit).

Les participants qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice d'un maintien de garanties peuvent être assurés par adhésions individuelles dans les conditions précisées au titre II ci-après.

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

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

- temporairement, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue :
  - par une indemnisation au titre de l'assurance chômage ;
  - ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du BTP.

Dans ce cas, le maintien des garanties est accordé pour une période :

- de 6 mois de date à date ;

- ou de 1/3 de la durée du droit à indemnisation chômage du participant, si cette durée est plus favorable.

Pour les ruptures du contrat de travail indemnisées par l'assurance chômage en 2009, la période de maintien des garanties du régime de prévoyance ne pourra être inférieure :

- à 8 mois de date à date, pour les salariés âgés de moins de 50 ans ;
- à 12 mois de date à date, pour les salariés âgés de 50 ans et plus.
- sans limitation de durée, lorsque le participant :
  - a fait l'objet d'une mesure de licenciement alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la sécurité sociale contrat de travail non rompu, et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée ;
  - et bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP-Prévoyance.

En cas d'incapacité partielle, le maintien des garanties décès ne concerne, au prorata, que son incapacité de gain ou de travail.

#### 7.2. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension de contrat de travail avec maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension sans contrepartie de cotisation.

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

#### 7.3. Maintien des garanties décès au terme de l'adhésion de l'entreprise

Au terme de l'adhésion de l'entreprise, les garanties en cas de décès continuent d'être accordées aux participants cadres tant qu'ils bénéficient de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP-Prévoyance.

En cas d'incapacité partielle, le maintien des garanties décès ne concerne, au prorata, que leur incapacité de gain ou de travail.

#### 7.4. Maintien de la garantie chirurgie au profit des ayants droit en cas de décès du participant

En cas de décès du participant, le maintien de la garantie chirurgie est accordé pour une durée de 6 mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du participant tels que définis à l'article 4 du titre II du règlement des régimes de frais médicaux. »

L'article 8 Prescription. – Déclaration tardive est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 8

*Prescription. – Déclarations tardives*

8.1. Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'institution :

- pour les demandes de rentes d'invalidité, dans un délai de 2 ans à compter de la date de notification du classement en invalidité par la sécurité sociale ;
- pour les autres prestations, dans un délai de 2 ans à compter de la date du fait générateur qui y donne naissance.

Le même délai s'applique pour la déclaration de tout élément donnant droit à majoration du montant de la prestation.

Le délai de prescription est porté à :

- 5 ans en ce qui concerne les demandes de prestations couvrant le risque incapacité de travail et l'allocation maternité ;
- 10 ans en ce qui concerne les demandes de prestations couvrant le risque décès.

8.2. Déclarations tardives. – Paiement rétroactif

Pour les prestations d'indemnités journalières ou de rentes en cas de décès (rentes d'éducation), est considérée comme tardive la déclaration faite à BTP-Prévoyance après un délai de 2 années suivant la date du fait générateur. Pour les rentes liées à l'invalidité, la déclaration tardive intervient après un délai de 2 ans à compter de la notification en invalidité par la sécurité sociale.

En cas de déclaration tardive, le service des prestations d'indemnités journalières ou de rentes sera assuré par BTP-Prévoyance pour le futur, mais l'institution ne paiera les prestations théoriquement dues pour le passé que dans la limite de 2 années précédant la date effective de déclaration du sinistre.

8.3. Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés 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 ignorée jusque-là.

Le délai de prescription est porté à :

- 5 ans en ce qui concerne les droits à prestation couvrant le risque incapacité de travail ;
- 10 ans en ce qui concerne les droits à prestation couvrant le risque décès.



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

Le titre de l'article 9 Notion d'ayants droit est remplacé par le titre Définition des ayants droit.

Le paragraphe 9.1. Notion de conjoint du participant est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « 9.1. Notion de conjoint du participant

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

L'article 12 Niveau de garanties applicable est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « Article 12

##### *Niveau de garantie applicable*

En cas de réalisation du risque, le niveau de la garantie servie est fonction des dispositions réglementaires applicables à la date du fait générateur pour l'option choisie par l'entreprise adhérente :

- pour les garanties liées au décès du participant, l'option applicable est celle en vigueur à la date de ce décès ;
- pour les garanties liées à l'incapacité temporaire ou permanente du participant, l'option applicable est celle en vigueur à la date de l'arrêt de travail ou de la rechute ;
- pour la garantie GDIA, l'option applicable est celle en vigueur à la date de l'accident ou à la date de reconnaissance de la maladie professionnelle par la sécurité sociale.

Toutefois, en cas de maintien des garanties, c'est l'option en vigueur pour la prestation à la date de sortie de l'entreprise qui est retenue. »

#### CHAPITRE IV

Les articles 15, 19 et 20 de la section 3 Dispositions spécifiques relatives à chaque garantie du titre I<sup>er</sup> Régimes de prévoyance collectifs figurant en 1<sup>re</sup> partie Règlement des régimes de prévoyance des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, sont modifiés comme suit.

Au sein de l'article 15 Garantie capital décès, le paragraphe 15.1. Cas de décès quelle qu'en soit la cause est intégralement remplacé par le texte suivant :

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

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.

En cas de décès simultanés du participant et de son conjoint (lorsque les deux décès interviennent le même jour), le capital de base versé au(x) bénéficiaire(s) correspond à celui qui est défini pour le participant avec conjoint. »

Au sein de l'article 15 Garantie capital décès, le paragraphe 15.5. Double effet est intégralement remplacé par le texte suivant :

« 15.5. Décès simultané ou postérieur du conjoint du participant

En cas de décès du conjoint du participant, il est versé un capital décès aux enfants orphelins de père et de mère, à parts égales entre eux, si toutes les conditions suivantes sont simultanément remplies :

- le décès du conjoint est survenu simultanément ou postérieurement au décès du participant ;
- le décès du conjoint est intervenu avant qu'il ait atteint l'âge de 60 ans ;
- le conjoint du participant ne s'est pas remarié et n'a pas conclu un Pacs postérieurement au décès du participant ;
- le conjoint laisse un ou plusieurs enfants à charge tels que définis à l'article 9 ci-avant, enfants qui étaient déjà à charge du participant à la date de son décès.

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

L'article 19 Garantie décès, invalidité accidentels (GDIA) est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 19

*Garantie décès, invalidité accidentels*

« 19.1. Capital en cas de décès accidentel ou de maladie professionnelle

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

Le salaire de base s'entend comme le salaire annuel de base défini à l'article 10 du titre I<sup>er</sup> du présent règlement, étendu à la tranche C des salaires.

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

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

#### 19.2. Capital en cas d'invalidité accidentelle ou de maladie professionnelle

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

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

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

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

#### 19.3. Dispositions diverses

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

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

L'article 20 Exclusions est intégralement remplacé par le texte suivant :

##### « Article 20

##### *Exclusions*

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

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

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

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

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

## CHAPITRE V

Les articles 1<sup>er</sup> et 2 de la section 1 Dispositions générales relatives aux adhésions du titre II Régimes de prévoyance individuels figurant en 1<sup>re</sup> partie Règlement des régimes de prévoyance des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, sont modifiés comme suit.

L'article 1<sup>er</sup> Conditions d'adhésion est remplacé intégralement par le texte suivant :

### « Article 1<sup>er</sup>

#### *Conditions d'adhésion*

Tout ou partie des garanties dont ils disposaient en activité peuvent être conservées, par adhésion individuelle, par les participants :

- ayant bénéficié des maintiens de garanties prévues aux articles 7.1 et 7.2 du titre I<sup>er</sup> Régimes de prévoyance des cadres ;
- ou lorsqu'il a été mis un terme à l'adhésion de leur entreprise au présent régime.

Pour être prise en compte, la demande d'adhésion doit parvenir à l'institution dans les 6 mois qui suivent l'arrêt des garanties (que ce soit au terme de l'adhésion de l'entreprise ou au terme de la période de maintiens de garanties prévue aux articles 7.1 et 7.2 du titre I<sup>er</sup> Régimes de prévoyance collectifs).

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

L'article 2 Modalité d'adhésion est remplacé intégralement par le texte suivant :

### « Article 2

#### *Modalité d'adhésion*

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

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

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

## CHAPITRE VI

L'article 1<sup>er</sup> Conditions générales de la section 1 Dispositions générales relatives aux entreprises et aux participants du titre III Régime de prévoyance, tranche C, figurant en 1<sup>re</sup> partie Règlement des régimes de prévoyance des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, est remplacé intégralement par le texte suivant :

### « Article 1<sup>er</sup>

#### *Conditions générales*

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

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

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

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

## CHAPITRE VII

Les articles 1<sup>er</sup>, 3, 4, 6 et 8 de la section 1 Dispositions relatives aux entreprises et aux participants du titre II Régime de frais médicaux collectifs figurant en 2<sup>e</sup> partie Règlement des régimes de frais médicaux des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, sont modifiés comme suit.

L'article 1<sup>er</sup> Objet est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 1<sup>er</sup>

#### *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 assimilés (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 remboursement ainsi que sur un ou plusieurs modules de garanties additionnelles.

Il est précisé que, lorsque l'entreprise adhère pour ses salariés cadres ou assimilés aux dispositions du présent titre et à celles du titre I<sup>er</sup> 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. »

L'article 3 Modalités de l'adhésion est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « 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 cadre ou assimilé 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 ou assimilé 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 ou assimilé embauché ultérieurement est obligatoirement affilié au régime.

L'adhésion de l'entreprise est dite facultative dans les autres cas, ce qui entraîne une majoration automatique 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 ou assimilé. En cas de non-respect de cette obligation, l'entreprise peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient éventuellement à être effectués. »

L'article 4 Bénéficiaires est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « 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 et ses enfants à charge, tels que définis ci-après.

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 premier jour suivant la déclaration ou, lorsque la cotisation dépend de la composition familiale, à compter du premier jour où la modification de couverture du conjoint est prise en compte dans la cotisation déclarée par l'employeur.

Toutefois, lorsque l'extension de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants : mariage, naissance, conclusion d'un Pacs, les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent et si cette modification n'entraîne pas de modification du montant des cotisations dues.

#### 4.1. Notion de conjoint du participant

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 remplies :

a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;

b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;

c) Le participant et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés) ;

d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le participant.

#### 4.2. Notion d'enfant à charge

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

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

- âgés de moins de 18 ans ;
- ou apprentis ou personnes en formation en alternance, célibataire ;
- ou 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 par le régime ASSEDIC ;
- ou reconnus atteints, avant l'âge de 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale.

Sont également considérés comme enfants à charge les enfants du conjoint s'ils répondent aux critères ci-avant et qu'ils sont à la charge fiscale de l'adhérent. »

Au sein de l'article 6 Cotisations, le paragraphe 6.2. Montant ou taux est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « 6.2. Montant ou taux

Le montant de la cotisation en euros ou le taux de la 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 salariés est déterminée librement dans chaque entreprise. Cette répartition doit toutefois respecter les principes suivants pour que l'adhésion soit acceptée :

- la répartition doit prévoir une contribution effective de l'employeur ;
- la participation de l'employeur doit être uniforme :
  - pour l'ensemble des salariés cadres ou assimilés de l'entreprise ;
  - pour tous leurs conjoints, lorsque la formule de cotisation retenue par l'entreprise dépend de la composition familiale.

Quand l'adhésion est facultative, les montants ou taux de cotisations applicables sont ceux qui figurent dans l'annexe tarifaire 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. »



L'article 8 Terme de l'adhésion est intégralement remplacé par le texte suivant :

## « Article 8

### *Terme de l'adhésion Conséquence sur les prestations en cours*

#### 8.1. Terme de l'adhésion

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

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

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

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

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

La résiliation à l'initiative de l'entreprise (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'institution au moins 2 mois auparavant.

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

- l'entreprise a été informée d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement en faveur de ses salariés, et a formulé sa demande dans les 30 jours qui s'ensuivent ;
- l'entreprise a changé de secteur d'activité et ne relève plus du champ du bâtiment et des travaux publics ;
- en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire a exercé le droit dont il dispose légalement de résilier l'adhésion pendant un délai de 3 mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement.

##### 8.1. b. Terme de l'adhésion suite à liquidation ou 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 cessation d'activité. La demande de résiliation doit être notifiée par l'employeur à BTP-Prévoyance dans le délai de 1 mois.

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

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 par l'institution à l'entreprise au moins 2 mois auparavant.

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

### 8.1. d. Terme de l'adhésion suite à absorption, fusion ou cessation d'activité, avec reprise de contrat de travail

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

En cas d'absorption d'autres entreprises avec reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion peut intervenir à la date d'harmonisation des régimes de prévoyance, sous réserve que l'entreprise en fasse la demande à l'institution par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard dans les 60 jours qui s'ensuivent. A défaut, le terme de l'adhésion prend effet au plus tard le dernier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite.

## 8.2. Prestations en cours au terme de l'adhésion

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

## CHAPITRE VIII

Les articles 10, 11 et 17 de la section 2 Dispositions relatives garanties du titre II Régime de frais médicaux collectifs figurant en 2<sup>e</sup> partie Règlement des régimes de frais médicaux des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, sont modifiés comme suit.

L'article 10 Conditions d'ouverture des droits est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 10

#### *Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur*

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

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

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de BTP-Prévoyance en qualité de participant affilié par l'entreprise ou en qualité d'ayant droit d'un participant (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4) ;

- en cas de défaut de paiement des cotisations par l'entreprise, le membre participant peut justifier du précompte des cotisations au régime.

## 10.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux ;
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux ;
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation. »

L'article 11 Maintien et cessation des garanties est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 11

#### *Maintien et cessation des garanties*

Les garanties visées par le présent règlement cessent :

- au jour où le participant ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié ;
- au terme de l'adhésion de l'entreprise ;
- ou, en cas d'adhésion facultative, au jour où le salarié renonce à être affilié au présent règlement.

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

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

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

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.

### 11.1. Maintien des garanties lorsque le salarié quitte son emploi

Lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisation :

- pour une période de 30 jours de date à date ;
- ou, pour les prestations remboursées directement à des tiers, jusqu'à la date de terme des droits figurant sur la carte de tiers-payant, si cette date est plus favorable.

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

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

- temporairement, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue :
- par une indemnisation au titre de l'assurance chômage ;
- ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP, ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du BTP.

Dans ce cas, le maintien des garanties est accordé pour une période :

- de 6 mois de date à date ;
- ou de 1/3 de la durée du droit à indemnisation chômage du participant, si cette durée est plus favorable.

Pour les ruptures du contrat de travail à intervenir en 2009, la période de maintien des garanties du régime de frais médicaux ne pourra être inférieure :

- à 8 mois de date à date, pour les salariés âgés de moins de 50 ans ;
- à 12 mois de date à date, pour les salariés âgés de 50 ans et plus.
- sans limitation de durée, lorsque le participant :
- a fait l'objet d'une mesure de licenciement alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la sécurité sociale contrat de travail non rompu, et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée ;
- et bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP-Prévoyance.

### 11.3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension de contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension sans contrepartie de cotisation.

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

### 11.4. Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du participant

En cas de décès du participant, le maintien des garantie est accordé pour une durée de 6 mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du participant (tels que définis à l'article 4). »

L'article 17 Prescription est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 17

*Prescription. – Déclaration tardive*

17.1. Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'institution dans un délai de 2 ans à compter de la date du fait générateur qui y donne naissance.

17.2. Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent 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 ignorée jusque-là.

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

CHAPITRE IX

L'article 4 Démission de la section 1 Dispositions générales relatives aux entreprises figurant en 3<sup>e</sup> partie Règlement du régime de mensualisation des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 4

*Démission*

L'adhésion peut être dénoncée par l'entreprise bénéficiaire ou par BTP-Prévoyance.

La démission doit être notifiée à l'autre partie par lettre recommandée avec avis de réception au moins 2 mois avant la fin de l'exercice en cours. Elle entraîne la radiation de l'entreprise au 31 décembre de la même année.

La résiliation du contrat a pour effet de faire cesser toute garantie à la date à laquelle elle prend effet.

La cessation d'activité de l'entreprise, pour quelque cause que ce soit, a les mêmes conséquences que la démission.

En cas de fusion, d'absorption, de prise en gérance libre ou d'une modification quelconque dans la situation juridique de l'entreprise, l'adhésion peut être maintenue si la nouvelle entreprise ainsi créée, inscrit au régime l'ensemble de ses collaborateurs cadres ou assimilés, y compris ceux issus de l'entreprise précédente ayant fait l'objet de l'une des opérations précitées. Le taux de cotisation est fonction de l'effectif de la nouvelle entreprise ainsi constituée.

Dans le cas contraire, la garantie cesse dans les mêmes conditions que celles prévues en cas de démission ou de cessation d'activité de l'entreprise. »

## CHAPITRE X

L'article 8 Prestations de la section 3 Dispositions spécifiques relatives aux garanties figurant en 3<sup>e</sup> partie Règlement du régime de mensualisation des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres, est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 8

#### *Prestations*

Les dispositions prévues par les conventions collectives nationales des IAC du bâtiment et des travaux publics, fixent les conditions d'attribution et les modalités de calcul des prestations du régime mensualisation. Toute modification des dispositions de ces conventions susceptible d'influencer les engagements de l'institution donnerait immédiatement lieu à l'adaptation tarifaire correspondante.

Le régime de base correspond aux strictes dispositions des conventions collectives. Trois options permettent à l'entreprise de ne couvrir que tout ou partie de ses obligations en choisissant alors de demeurer son propre assureur pour les prestations qui, compte tenu de l'option choisie, ne pourraient être couvertes par BTP-Prévoyance.

Les options font référence à un délai de franchise, qui détermine le point de départ de la prestation par rapport à la date de l'arrêt de travail, et à un taux de garantie, applicable pour chaque jour indemnisable au 1/30 de la rémunération mensuelle normale du mois précédent majoré du 1/360 des éléments variables de la rémunération des 12 derniers mois complets d'activité.

En cas de période de référence incomplète, les droits sont rétablis *pro rata temporis*.

Les couvertures proposées sont définies dans l'annexe Garanties mensualisation.

La prestation complémentaire au titre du remboursement forfaitaire des charges sociales correspond à 45 % des indemnités servies.

Aucune prestation ne peut être versée au titre des arrêts de travail survenant pendant les 3 premiers mois suivant la date de l'adhésion de l'entreprise. »

## CHAPITRE XI

Les articles 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 et 17 du règlement de frais médicaux individuels, actifs figurant dans la partie Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, tous collègues, sont modifiés comme suit.

L'article 2 Adhérents est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « 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 dans 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 ;
- qui ont été reconnus bénéficiaires des garanties de BTP-Prévoyance avec leur propre numéro de sécurité sociale ;
- et qui ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès du participant, divorce, rupture de Pacs, séparation de corps, terme de l'acceptation en qualité d'enfant bénéficiaire au sens de l'article 4.2).

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

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

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

L'article 3 Modalités d'adhésion est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « 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.

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être valablement exercé, ce droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. L'institution est alors tenue de rembourser les cotisations perçues, sauf si un fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement est intervenu pendant le délai compris entre l'adhésion initiale et la renonciation.

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

L'article 4 Bénéficiaires est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « Article 4

##### *Bénéficiaires*

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

- l'adhérent ;
- ses ayants droit : son conjoint et ses enfants à charge, tels que définis ci-après.

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 premier jour suivant la déclaration.

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

#### 4.1. Notion de conjoint de l'adhérent

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec l'adhérent ;
- à défaut, la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité (Pacs), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que l'adhérent ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :

a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;

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 auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés) ;

d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que l'adhérent.

#### 4.2. Notion d'enfant bénéficiaire

Peuvent bénéficier des garanties du présent régime les enfants âgés de moins de 26 ans :

- nés de l'adhérent ou adoptés par l'adhérent ;
- nés du conjoint ou adoptés par le conjoint (tel que défini à l'article 4.1), si celui-ci est lui-même bénéficiaire du présent régime. »

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

#### « 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 ;
- de son lieu de résidence au 1<sup>er</sup> janvier.

Lorsque l'adhésion couvre des enfants bénéficiaires au sens de l'article 4.2, ne donnent pas lieu à cotisation les enfants à charge suivants :

- les 2 premiers enfants bénéficiaires, tant qu'ils sont âgés de moins de 3 ans ;
- tout enfant bénéficiaire à compter du 3<sup>e</sup>, tant qu'il est :

e) Ayant droit à charge de l'adhérent ou de son conjoint, au sens de la législation de la sécurité sociale ;

f) Ou âgé de moins de 18 ans ;

g) Ou âgé de 18 à 25 ans, célibataire, n'exerçant aucune activité régulière rémunérée, s'il est étudiant, apprenti, ou demandeur nationale pour l'emploi (ANPE) et non indemnisé par les ASSEDIC ;

h) Ou reconnu atteint, avant l'âge de 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale.

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. »

L'article 8 Terme de l'adhésion est intégralement remplacé par le texte suivant :

## « Article 8

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

#### 8.1. Terme de l'adhésion

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

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

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

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre recommandée avec avis de réception.

La résiliation à l'initiative de l'adhérent (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'institution au moins 2 mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission de 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 des droits nés du présent règlement, et a formulé sa demande dans les 30 jours qui s'ensuivent ;
  - l'adhérent a changé de branche professionnelle ou de régime matrimonial au cours des 3 derniers mois.
- au jour où l'adhérent est affilié à un régime complémentaire frais de santé par son entreprise, sous réserve que la demande soit faite dans les 3 mois qui s'ensuivent.

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

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.

### 8.1. c. 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<sup>er</sup> 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.

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

Les garanties dont bénéficiaient l'adhérent et ses ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion.

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

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

L'article 9 Conséquences de la résiliation est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 9

*Réservé »*

L'article 10 Condition d'ouverture des droits est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 10

*Condition d'ouverture des droits. – Fait générateur*

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

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

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de BTP-Prévoyance en qualité d'adhérent ou en qualité d'ayant droit d'un adhérent (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4) ;
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations.

#### 10.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux ;
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux ;
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation. »

L'article 17 Prescription est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 17

*Prescription. – Déclaration tardive*

#### 17.1. Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'institution dans un délai de 2 ans à compter de la date du fait générateur qui y donne naissance.

#### 17.2. Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent 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 ignorée jusque-là.

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

## CHAPITRE XII

Les articles 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 et 17 du règlement de frais médicaux individuels retraités figurant dans la partie Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, tous collèges, sont modifiés comme suit.

L'article 2 Adhérents est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « 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 une couverture de frais médicaux de l'institution :
  - lorsqu'ils sont âgés de plus de 55 ans ;
  - qui ont été reconnus bénéficiaires des garanties de BTP-Prévoyance avec leur propre numéro de sécurité sociale ;
  - et qui ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès du participant, divorce, rupture de Pacs, 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 adhérents de l'institution. »

L'article 3 Modalités de l'adhésion est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « 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.

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être valablement exercé, ce droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. L'institution est alors tenue de rembourser les cotisations perçues, sauf si un fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement est intervenu pendant le délai compris entre l'adhésion initiale et la renonciation.

Lorsqu'un adhérent au régime de frais médicaux individuel actifs liquide sa retraite ou lorsqu'il a atteint 65 ans durant l'exercice civil, son adhésion est automatiquement transférée au 1<sup>er</sup> 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 ; de même, aucun droit à renonciation (tel que précisé à l'alinéa précédent) n'est ouvert suite à la mise en œuvre de ce transfert. »

L'article 4 Bénéficiaires est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « Article 4

##### *Bénéficiaires*

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

- l'adhérent ;
- ses ayants droit : son conjoint et ses enfants à charge, tels que définis ci-après.

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 premier jour suivant la déclaration.

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

#### 4.1. Notion de conjoint de l'adhérent

Est défini comme conjoint :

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

– à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :

a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;

b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;

c) L'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, 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.

#### 4.2. Notion d'enfant à charge

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

Sont également considérés à charge les enfants nés de l'adhérent ou adoptés par l'adhérent :

– âgés de moins de 18 ans ;

– ou apprentis ou personnes en formation en alternance, célibataires ;

– ou 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 par le régime ASSEDIC ;

– ou reconnus atteints, avant l'âge de 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale.

Sont également considérés comme enfants à charge :

– s'ils répondent aux critères ci-avant et qu'ils sont à la charge fiscale de l'adhérent :

– les enfants du conjoint ;

– les petits-enfants de l'adhérent ;

– les orphelins de père et de mère qui étaient précédemment à charge d'un adhérent dans le cadre du présent régime, et s'ils répondent aux conditions précédentes. »

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

#### « 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 cotisation) ;

- de l'âge de l'adhérent (dans la limite de 66 ans) ;
- de son lieu de résidence au 1<sup>er</sup> janvier.

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. »

L'article 8 Terme de l'adhésion est intégralement remplacé par le texte suivant :

#### « Article 8

##### *Terme de l'adhésion*

##### *Conséquences sur les prestations et cotisations en cours*

##### 8.1. Terme de l'adhésion

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

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent (démission) ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion) ;
- automatiquement dans l'une ou l'autre des situations suivantes : au dernier jour du mois de décès de l'adhérent, ou au dernier jour du mois où l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

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

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre recommandée avec avis de réception.

La résiliation à l'initiative de l'adhérent (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'institution au moins 2 mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission de 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 des droits nés du présent règlement, et a formulé sa demande dans les 30 jours qui s'ensuivent ;
  - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des 3 derniers mois ;
- au jour où l'adhérent qui reprend une activité salariée est affilié à un régime complémentaire frais de santé par son entreprise, sous réserve que la demande soit faite dans les 3 mois qui s'ensuivent.

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

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.

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

Les garanties dont bénéficiaient l'adhérent et ses ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion.

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

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

L'article 9 Conséquences de la résiliation est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 9

*Réservé »*

L'article 10 Condition d'ouverture des droits est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 10

*Condition d'ouverture des droits. – Fait générateur*

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

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

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de BTP-Prévoyance en qualité d'adhérent ou en qualité d'ayant droit d'un adhérent (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4) ;
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations.



## 10.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux ;
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux ;
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation. »

L'article 17 Prescription est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 17

#### *Prescription. – Déclaration tardive*

##### 17.1. Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'institution dans un délai de 2 ans à compter de la date du fait générateur qui y donne naissance.

##### 17.2. Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent 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 ignorée jusque-là.

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

## CHAPITRE XIII

Les articles 8, 9, 10, 17 et 19 du règlement des compléments individuels de frais médicaux figurant dans la partie Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, tous collèges, sont modifiés comme suit.

L'article 8 Terme de la participation au complément individuel est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « Article 8

#### *Terme de la participation au complément individuel Conséquences sur les prestations et cotisations en cours*

##### 8.1. Terme de la participation au complément individuel

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

- en cas de résiliation à l'initiative du participant (démission) ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion) ;

- automatiquement, au jour où le participant n'est plus affilié au socle collectif, ou par suite d'amélioration des garanties du socle collectif au-delà du niveau du complément individuel.

#### 8.1. a. Résiliation à l'initiative du participant (démission)

Tout salarié qui souhaite mettre un terme à sa participation au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre recommandée avec avis de réception.

Le terme de sa participation (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'institution au moins 2 mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet au dernier jour du mois du courrier du participant s'il relève d'une des situations suivantes :

- le participant a été informé d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement, et a formulé sa demande dans les 30 jours qui s'ensuivent ;
- le participant ne fait plus partie des effectifs salariés de l'entreprise adhérente au socle collectif, mais continue à bénéficier du maintien des garanties collectives sans contrepartie de cotisation.

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

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, et indépendamment du droit pour l'institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie correspondant au complément individuel peut être résiliée 40 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès du participant. 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 cette mise en demeure, le participant est informé que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion du bénéfice du présent règlement, selon la procédure prévue à l'alinéa qui précède. L'exclusion prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant la réception de sa notification. Elle emporte cessation d'octroi de toutes garanties.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations faites au bulletin de participation (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.

#### 8.1. c. Cessation de l'affiliation du salarié au socle collectif

Le terme de la participation au présent règlement intervient automatiquement à compter du jour où le salarié ne peut plus bénéficier des garanties du socle collectif :

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

8.1. *d.* Amélioration du niveau du socle collectif au-delà du niveau du complément individuel

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

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

Les garanties dont bénéficiaient le participant et ses ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion.

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

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

L'article 9 Conséquences du terme de la participation est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 9

*Réservé »*

L'article 10 Condition d'ouverture et d'application des droits est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 10

*Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur*

### 10.1. Conditions d'ouverture des droits

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

- à la date du fait générateur, le participant est inscrit auprès de BTP-Prévoyance au titre du complément individuel (dans les conditions prévues à l'article 5) et le bénéficiaire est simultanément inscrit au titre du socle collectif ;
- le participant ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement des cotisations du complément individuel.

### 10.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux ;
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux ;
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation. »

L'article 17 Prescription est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Article 17

*Prescription. – Déclaration tardive*

### 17.1. Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'institution dans un délai de 2 ans à compter de la date du fait générateur qui y donne naissance.

## 17.2. Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent 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 ignorée jusque-là.

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

L'article 19 Mise en œuvre de coassurance est intégralement remplacé par le texte suivant :

### « 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 peut faire 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 9<sup>e</sup> 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). »

## CHAPITRE XIV

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 (1) 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 (1) 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 (1) 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 Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, tous collègues, telles qu'elles figurent en annexe IV (1) 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 Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, tous collègues, telles qu'elles figurent en annexe V (1) du présent avenant ;
- les annexes des garanties, les annexes tarifaires du règlement des compléments individuels de frais médicaux de la partie Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, tous collègues, telles qu'elles figurent en annexe VI (1) du présent avenant.

## CHAPITRE XV

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

## CHAPITRE XVI

Le texte du présent avenant sera déposé en nombre d'exemplaires suffisants aux services centraux du ministre chargé du travail et au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris conformément aux dispositions des articles D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail.

Fait à Paris, le 18 décembre 2008.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

### **Organisations patronales :**

Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) ;  
 Fédération française du bâtiment (FFB) ;  
 Fédération française des entreprises de génie électrique et énergétique (FFIE) ;  
 Fédération nationale des travaux publics (FNTP) ;  
 Fédération nationale des sociétés coopératives de production du bâtiment et des travaux publics et des activités annexes et connexes (FNSCOP).

### **Syndicats de salariés :**

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

---

(1) Les annexes au présent accord ne sont pas reproduites dans la présente parution mais consultables sur le site : [journal-officiel.gouv.fr](http://journal-officiel.gouv.fr), rubrique : BO conventions collectives, à la suite du présent texte.

Fédération nationale des salariés de la construction et du bois CFDT ;  
Fédération BATIMAT-TP CFTC ;  
Fédération nationale des salariés de la construction CGT ;  
Fédération générale du bâtiment et des travaux publics et ses activités  
annexes CGT-FO.

ANNEXE N°1

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

<div>Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres</div> <div>PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2009</div> <div>Gamme</div>
---

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 d'Éducation								
Rente d'éducation (par enfant à charge)								
si orphelin du parent participant								
- si décès non suite à AT/MP	10% SB Mini. : 10% PASS		12% SB Mini. : 12% PASS	15% SB Mini. : 12% PASS	15% SB Mini. : 15% PASS			
- si décès suite à AT/MP	-		-	-				
si orphelin de père et de mère								
- si décès non suite à AT/MP	doublement de la rente		doublement de la rente		doublement de la rente			
- si décès suite à AT/MP	-		-	-				
> Obsèques famille (3)								
Forfait au décès du conjoint		12,5% du PASS						
Forfait au décès d'un enfant à charge		3,2% du 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

(3) Disponible à compter du 2nd semestre 2009. Ce module peut être souscrit en complément des autres garanties. Il prévoit le versement de forfaits au participant, en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge, tels que définis à l'article 9 du titre I du règlement des Régimes de prévoyance - Catégorie Cadres

PASS : Plafond annuel de la Sécurité Sociale

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

SB : Salaire de base en tranche A et tranche B

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 2009

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 (4)							
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							80% TC
Montant de la prestation	85% SB			85% SB			80% TC
> Rente d'Invalidité (4)							
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 (5)	-		-	
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.)	1,5 x T X indemnisation pour invalidité de 2ème catégorie (5)		1,5 x T X indemnisation pour invalidité de 2ème catégorie (6)			1,5 x T x 50% de TC	
33% ≤ Taux d'incapacité S.S. < 66%			+5% SB (5)	-			
Majoration si 1 enfant à charge	+5% SB		-				
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 (7)						

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

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

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

(7) 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 2009

Gamme

	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
> Garantie Décès Invalidité Accidentel					
Garantie 1					
Capital en cas de décès (1)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2) T = 100 %	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Garantie 2					
Capital en cas de décès (1)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2) 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 (1)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2) 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 %

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

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

SB : Salaire de base

T : Taux d'incapacité défini selon le barème d'incapacité de la Garantie Décès Invalidité Accidentels



ANNEXE DES GARANTIES  
BAREME D'INCAPACITE DE LA GARANTIE DECES INVALIDITE ACCIDENTELS

A – CONDITIONS D'APPLICATION DU BAREME

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

B. BAREME D'INCAPACITE

1. TETE

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

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

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

2. INCAPACITE PORTANT SUR LES DEUX MEMBRES

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

3. MEMBRES SUPERIEURS

	Droit	Gauche
Perte complète du bras	65 %	55 %
Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude)	60 %	50 %
Perte complète des mouvements de l'épaule	30 %	25 %
Perte complète des mouvements du poignet (ankylose en rectitude)	12 %	10 %
Perte complète des mouvements du poignet (en toute autre position)	20 %	15 %
Perte totale de la main (désarticulation radiocarpienne)	55 %	45 %
Perte complète du pouce	18 %	15 %
Perte complète de l'index	12 %	10 %
Perte complète du m�dus	6 %	5 %
Perte complète de l'annulaire	5 %	4 %
Perte complète de l'auriculaire	4 %	3 %
Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à-dire que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris entre 70� et 110�)	20 %	15 %
Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à-dire que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe en dehors des limites précitées)	30 %	25 %
Ankylose totale du pouce	12 %	10 %
Ankylose partielle du pouce (phalange unguéale)	7 %	5 %
Paralysie totale d'un membre supérieur	60 %	50 %
Paralysie du nerf circonflexe	20 %	15 %
Paralysie totale du nerf médian au bras	40 %	30 %
Paralysie totale du nerf médian au poignet	15 %	10 %
Paralysie totale du nerf cubital au bras	20 %	15 %
Paralysie totale du nerf cubital au poignet	10 %	8 %

Paralysie totale du nerf radial (paralysie extenseurs)	30 %	20 %
<b>4. MEMBRES INFÉRIEURS</b>		
Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus)	55 %	
Amputation d'une jambe	40 %	
Perte totale des mouvements de la hanche	30 %	
Désarticulation du genou	45 %	
Amputation sus-malléolaire d'un pied	35 %	
Désarticulation tibio-tarsienne	32 %	
Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils et métatarsiens	20 %	
Raccourcissement d'un membre de 7 cm	15 %	
Raccourcissement d'un membre de 5 cm	10 %	
Raccourcissement d'un membre de 3 cm	5 %	
Perte du gros orteil	6 %	
Perte complète de tous les orteils	10 %	
Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle maximum de 45°)	20 %	
Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	30 %	
Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne	15 %	
Paralysie du tronc du nerf sciatique	30 %	
Paralysie du nerf sciatique poplité externe	20 %	
Paralysie du nerf sciatique poplité interne	15 %	

5. RACHIS-THORAX

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

**Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres**  
**PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2009**  
*Option fermée à l'adhésion*

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

Option 5

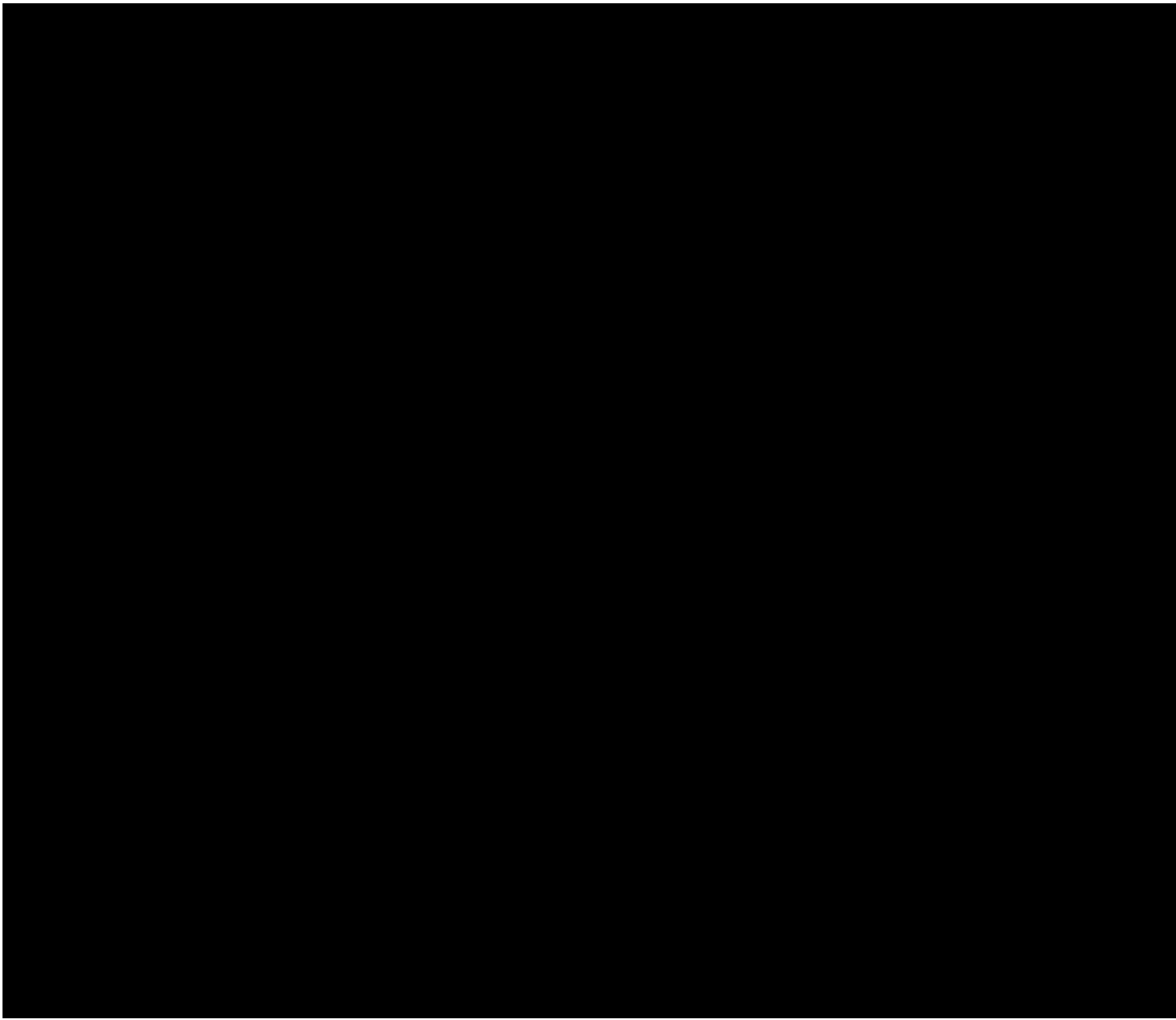
> Rente d'Invalidité (1)	
<b>Maladie ou accident de droit commun</b>	
Invalidité de 1ère catégorie	60% de la prestation pour invalidité de 2ème catégorie
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+5% SB
Invalidité de 2ème catégorie	85% SB
Invalidité de 3ème catégorie	85% SB
<b>AT/MP</b>	
(T : Taux 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

(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



> 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		100% SB		80% TC
Montant de la prestation (2)				

> Rente d'Invalidité				
Invalidité de droit commun (hors ATMP)		60% de la prestation pour invalidité de 2ème catégorie		
Invalidité de 1ère catégorie				42% TC
Invalidité de 2ème catégorie	35% TA 85% TB	40 % TA 90% TB		70% TC
Invalidité de 3ème catégorie (2)		100% SB		70% TC
Majoration par enfant à charge si 2ème catég.		+10% de la rente		-



Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres

ANNEXES TARIFAIRES du 1er janvier 2009

Gamme

1) Régime de prévoyance de base :

	Taux contractuel	Taux appelé
Capital Décès	0,79 % TA 0,79 % TB	0,66 % TA 0,66 % TB
Rentes Décès	0,15 % TA 0,15 % TB	0,17 % TA 0,17 % TB
Indemnité Journalière	0,19 % TA 0,75 % TB	0,19 % TA 0,63 % TB
Invalidité	0,26 % TA 0,94 % TB	0,30 % 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 2,50 % 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 +0,03 % TB	+0,07 % TA +0,07 % TB	+0,15 % TA +0,15 % TB		
Obsèques Famille	+0,03% de S						
Indemnité Journalière	+0,20 % TA +0,30 % TB		+0,30 % TA +0,50 % TB	+0,45 % TA +0,65 % TB			
Invalidité		+0,31 % TA +0,46 % TB	+0,50 % TA +0,70 % TB				

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

> Garantie Décès Invalidité Accidentel					
	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 %

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.

ANNEXES TARIFAIRES du 1er janvier 2009

Gamme fermée à l'adhésion

Taux contractuel	Option NT	Option ST	Option STbis	Option ST1	Option ST1bis	Option ST2	Option ST3
Autres risques	2,60 % TA 2,60 % TB	2,90 % TA 2,90 % TB	2,90 % TA 2,90 % TB	3,00 % TA 3,00 % TB	3,10 % TA 3,10 % TB	3,05 % TA 3,05 % TB	3,20 % TA 3,20 % TB
Chirurgie	0,10 % TA 0,10 % TB	0,10 % TA 0,10 % TB	0,10 % TA 0,10 % TB	0,10 % TA 0,10 % TB	0,10 % TA 0,10 % TB	0,10 % TA 0,10 % TB	0,10 % TA 0,10 % TB
Toutes garanties	2,70 % TA 2,70 % TB	3,00 % TA 3,00 % 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	Option STbis	Option ST1	Option ST1bis	Option ST2	Option ST3
Autres risques	2,154 % TA 2,600 % TB	2,400 % TA 2,920 % TB	2,660 % TA 2,660 % TB	2,500 % TA 3,000 % TB	2,844 % TA 2,844 % TB	2,550 % TA 3,050 % TB	2,936 % TA 2,936 % TB
Chirurgie	0,100 % TA 0,100 % TB	0,100 % TA 0,100 % TB	0,100 % TA 0,100 % TB	0,100 % TA 0,100 % TB	0,100 % TA 0,100 % TB	0,100 % TA 0,100 % TB	0,100 % TA 0,100 % TB
Toutes garanties	2,254 % TA 2,700 % TB	2,500 % TA 3,020 % TB	2,760 % TA 2,760 % TB	2,600 % TA 3,100 % TB	2,944 % TA 2,944 % TB	2,650 % TA 3,150 % 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 »

<div>Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres</div> <div>ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2009</div> <div>Gamme nationale</div>
---

Toutes les garanties formulées en % s'entendent : <ul style="list-style-type: none"><li>- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale</li><li>- Part de la Sécurité Sociale comprise</li></ul> Tous les remboursement s'entendent : <ul style="list-style-type: none"><li>- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale</li><li>- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale</li><li>- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :<ul style="list-style-type: none"><li>- des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale</li><li>- de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale</li></ul></li></ul>
---

Options								
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Module SN1e1	Module S2	Module S3	Module S3+	Module S4	Module S5	Module S6
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	100%	100%	175%	300%	300%	400%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (1) (2)	80%				150%			300%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%							
Transports	65%							
Soins externes	60 à 70%				150%	300%		
Radiologie, actes techniques médicaux	70%							
Pharmacie	65% / 35% / 15%				100%	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
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (2)	-	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 PN1e1	Module P2	Module P3	Module P3+	Module P4	Module P5	Module P6
Optique	65%	200%	100 % + 100 € 100 % + 150 €	100 % + 150 € 100 % + 250 €	100 % + 250 € 100 % + 350 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €	100 % + 550 € 100 % + 650 €	100 % + 800 € 100 % + 1000 €
Verres et montures								
- Pour l'adulte								
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 % + 350 €	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 €
Soins et prothèses dentaires	70% 70% - 100%	100% 175% - 175%	100% 250% - 200%	100% 350% - 200%	100% 500% - 250%	100% 550% 300 € 250%	300% 600% 350 € 400%	300% 650% 400 € 400%
- Soins dentaires								
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.								
- Implants (6)								
- Orthodontie								
Autres prothèses & divers	65%	175% 100%	250% 250%	350%	500%	550%	600%	750%
- Prothèses auditives								
- 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 "BTP Santé Plus"	Base
Services d'assistance	Oui

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarifification Globale Famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

*Gamme nationale*

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarifification Globale Famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

*Gamme nationale*

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarifification Globale Famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

*Gamme nationale*

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarifification Globale Famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

*Gamme nationale*

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

SNle1	565,20 €	180,00 €
PNle1	151,20 €	82,80 €
S2	565,20 €	180,00 €
P2	208,80 €	151,20 €
S3	619,20 €	208,80 €
P3	367,20 €	270,00 €
S3+	730,80 €	270,00 €
P3+	612,00 €	511,20 €
S4	831,60 €	352,80 €
P4	874,80 €	817,20 €
S5	1 015,20 €	450,00 €
P5	1 299,60 €	1 306,80 €
S6	1 447,20 €	907,20 €
P6	1 677,60 €	1 663,20 €
Chirurgie	79,20 €	25,20 €
Maternité	79,20 €	7,20 €

**S = Soins et Hospitalisation      P = Complément Dentaire et Optique**

Modules additionnels		
Option Assistance	10,80 €	10,80 €
Modules additionnels fermés		
Présence +	61,20 €	61,20 €
Non Conventionné	75,60 €	75,60 €



Régime de Frais Médicaux Collectifs Cadres

Tarification Conjoint Distinct

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009

Tarif forfaitaire en euros

Gamme nationale

Cotisation Salarié + enfants		
	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle forfaitaire		
Nle 1	370,80 €	169,20 €
Nle 1	93,60 €	82,80 €
S2	370,80 €	169,20 €
P2	129,60 €	122,40 €
S3	403,20 €	172,80 €
P3	237,60 €	230,40 €
S3+	471,60 €	180,00 €
P3+	396,00 €	381,60 €
S4	536,40 €	237,60 €
P4	572,40 €	644,40 €
S5	658,80 €	270,00 €
P5	842,40 €	849,60 €
S6	1 083,60 €	561,60 €
P6	1 260,00 €	1 227,60 €

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	619,20 €	291,60 €
Nle 1	122,40 €	108,00 €
S2	619,20 €	291,60 €
P2	205,20 €	190,80 €
S3	666,00 €	298,80 €
P3	363,60 €	349,20 €
S3+	799,20 €	313,20 €
P3+	651,60 €	608,40 €
S4	860,40 €	392,40 €
P4	936,00 €	1 022,40 €
S5	1 083,60 €	453,60 €
P5	1 504,80 €	1 515,60 €
S6	1 634,40 €	846,00 €
P6	2 059,20 €	2 016,00 €

S = Soins et Hospitalisation      P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels		
Option Assistance	10,80 €	10,80 €

Régime de Frais Médicaux Collectifs Cadres

Tarification Conjoint Distinct

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009

Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la tranche A

Gamme nationale

Cotisation Salarié + enfants		
	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle en pourcentage de salaire		
Nle 1	1,28%	0,56%
Nle 1	0,34%	0,30%
S2	1,28%	0,56%
P2	0,48%	0,42%
S3	1,39%	0,57%
P3	0,87%	0,78%
S3+	1,64%	0,59%
P3+	1,39%	1,29%
S4	1,86%	0,79%
P4	2,02%	2,13%
S5	2,28%	0,89%
P5	2,94%	2,86%
S6	3,28%	1,86%
P6	4,25%	4,05%

S = Soins et Hospitalisation      P = Complément Dentaire et Optique

Cotisation Salarié + enfants + Conjoint		
Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle en pourcentage de salaire		
Nle 1	2,14%	0,98%
Nle 1	0,44%	0,39%
S2	2,14%	0,98%
P2	0,74%	0,65%
S3	2,31%	1,00%
P3	1,32%	1,19%
S3+	2,78%	1,05%
P3+	2,30%	2,12%
S4	2,99%	1,28%
P4	3,33%	3,52%
S5	3,76%	1,47%
P5	5,30%	5,14%
S6	5,03%	2,84%
P6	7,08%	6,74%

S = Soins et Hospitalisation      P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels		
Option Assistance	0,03%	0,03%

<div>Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2009 Options régionales</div>
<div>Toutes les garanties formulées en % s'entendent :<ul style="list-style-type: none"><li>- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale</li><li>- Part de la Sécurité Sociale comprise</li></ul>Tous les remboursement s'entendent :<ul style="list-style-type: none"><li>- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale</li><li>- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale</li><li>- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :<ul style="list-style-type: none"><li>- des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale</li><li>- de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale</li></ul></li></ul></div>

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	
				Pour le secteur conventionné : 100 %	Pour le secteur conventionné : 126 %	Pour le secteur conventionné : 100 %	Pour le secteur conventionné : 150 %	
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	175%	Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,3% PMSS Spécialistes : 0,5% PMSS Neuropsychiatres : 1% PMSS	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%		150%			100%	100%	100%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%							
Pharmacie	65% / 35%	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 (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	65%	<u>Adultes</u> 100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 200 € pour un	<u>Adultes</u> 100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 300 € pour un	85% FR	85% FR	100% + 150 € par an et par bénéficiaire	100% +375€ par an et par bénéficiaire	
Verres et montures								
Verres remboursés par la sécurité sociale (2)				2% PMSS par an et par personne	4% PMSS par an et par personne			
Monture								
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 €	
Soins et prothèses dentaires								
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%	112%	100%	100%	
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	350%	500%	250%	350%	350%	450%	
- Implants (4)	-	-	-	200 €	350 €	-	-	
- Orthodontie	100%	200%	250%	235%	400%	200%	300%	
Autres prothèses & divers								
- Prothèses auditives	65%	350%	500%	250%	350,0%	100% + 150 €	100% + 250 € 300%	
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		350%		100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 4 % PMSS)	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 4% PMSS)	100% (y compris prothèses capillaire et mammaires)	Sauf prothèses capillaire et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 100 € Prothèses mammaires : 100% + 50 €	
- 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 obsèques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524 €
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	53,38 €/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	
Vaccin non remboursable	100% Frais réels
Collants ou bas à ventouse	114,34 € / an
Fécondation in vitro	571,68 € / an
Cholestérol ADL	5,72 € / acte
Pédicure	114,34 € / an
Pilule	57,17 € / an
Chiropracteur	50% frais réels
Densitométrie Osseuse	76,22 € / an
Module additionnel "BTP Santé Plus" (5)	
Services d'assistance (6)	Oui

(5) Uniquement dans les départements 01,03,07,15,21,26,27,38,42,53,58,63,69,71,73,74,76 et 89

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

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarification Globale famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

*Options régionales*

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarification Globale famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

*Options régionales*

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarification Globale famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

*Options régionales*

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarification Globale famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

*Options régionales*

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

Sécurité	1 267,20 €	
Confort	1 605,60 €	
RS2	900,00 €	396,00 €
RS3	1 224,00 €	684,00 €
Boissière 1	885,60 €	
Boissière 2	1 170,00 €	

Modules additionnels		
Service +	90,00 €	90,00 €
Santé +	100,80 €	100,80 €
Option Assistance (1)	10,80 €	10,80 €
(1) Uniquement dans les départements 01,03,07,15,21,26,27,38,42,53,58,63,69,71,73,74,76 et 89		

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2009

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	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 2009  
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 remboursement 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

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%		
Pharmacie	65% / 35% / 15%		
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €	oui	oui
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (2)	-		
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-		
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (2)	-		
		20,00 € / jour	20,00 € / jour
Optique, prothèses et divers	Part S.S.		
Optique	65%	200%	200%
Verres et montures			
- Pour l'adulte			
Monture et / ou verres simples (3)			
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)			
- Pour l'enfant			
Monture et / ou verres simples (3)			
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)			
Lentilles remboursées par la S.S.	65 %		
Lentilles refusées par la S.S. (5)	-	-	-
Soins et prothèses dentaires			
- Soins dentaires	70%	100%	100%
- 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 thermales (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**

**Tarifification Globale famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

***Options fermées à l'adhésion***

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarifification Globale famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

***Options fermées à l'adhésion***

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarifification Globale famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

***Options fermées à l'adhésion***

**Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres**

**Tarifification Globale famille**

**ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009**

***Options fermées à l'adhésion***

Gamme Nationale		Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle			
Option Base	Module S	439,20 €	
	Module P	151,20 €	
	Sous-total	590,40 €	
Option 1	Module S	522,00 €	180,00 €
	Module P	154,80 €	82,80 €
	Sous-total	676,80 €	262,80 €

Module additionnel fermé		
Non Conventionné	61,20 €	61,20 €

Régime de Frais Médicaux Individuels Retraités - Cadres

ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2009

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 remboursement 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							
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	100%	100%	175%	300%	
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%				175%		
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%				150%		
Transports	65%						
Soins externes	60 à 70%				100%	150%	
Radiologie, actes techniques médicaux	70%					100%	
Pharmacie	65% / 35% / 15%						
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €						100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui	oui	oui	
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	-	-	25,00 € / jour	40,00 € / jour	55,00 € / 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	
Optique, prothèses et divers							
Optique							
Verres et montures							
- Pour l'adulte	65%	200%	100 % + 100 € 100 % + 150 €	100 % + 150 € 100 % + 250 €	100 % + 250 € 100 % + 350 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €	
Monture et / ou verres simples (3)							
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)							
- Pour l'enfant							
Monture et / ou verres simples (3)			250%	Verres : 300 % Monture : 100 % + 80 €	100 % + 225 € 100 % + 350 €	100 % + 250 € 100 % + 550 €	
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)							
Lentilles remboursées par la S.S.	65 %		250%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	
Lentilles refusées par la S.S. (5)	-	-	-	80 €	125 €	150 €	
Soins et prothèses dentaires							
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%	100%	100%	
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	250%	350%	500%	550%	
- Implants (6)	-	-	-	-	-	300 €	
- Orthodontie	100%	175%	200%	200%	250%	250%	
Autres prothèses & divers							
- Prothèses auditives	65%	175%	250%	350%	500%	550%	
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses							
- Cures thermales (7)	65%	100%	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100%+322,50 €	

(1) Non limité en nombre  
(2) Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation  
(3) Ne pouvant être inférieur à 100% de la base de remboursement 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	558 €	501 €	642 €	243 €	178%
	60 ans	606 €	546 €	672 €	249 €	175%
	61 ans	618 €	567 €	675 €	252 €	175%
	62 ans	630 €	588 €	675 €	258 €	175%
	63 ans	642 €	609 €	675 €	264 €	175%
	64 ans	654 €	633 €	678 €	267 €	175%
	65 ans	669 €	657 €	681 €	273 €	175%
	66 ans et plus	681 €	681 €	681 €	279 €	175%
Option 2  "Bien-être"	56 - 59 ans	660 €	594 €	759 €	306 €	178%
	60 ans	711 €	639 €	789 €	306 €	175%
	61 ans	726 €	666 €	792 €	312 €	175%
	62 ans	741 €	690 €	795 €	318 €	175%
	63 ans	756 €	717 €	795 €	324 €	175%
	64 ans	771 €	744 €	798 €	333 €	175%
	65 ans	801 €	786 €	801 €	345 €	175%
	66 ans et plus	801 €	801 €	801 €	345 €	175%
Option 3  "Quiétude"	56 - 59 ans	783 €	705 €	900 €	423 €	178%
	60 ans	834 €	750 €	927 €	465 €	175%
	61 ans	849 €	777 €	927 €	477 €	175%
	62 ans	867 €	807 €	930 €	486 €	175%
	63 ans	885 €	840 €	933 €	495 €	175%
	64 ans	903 €	873 €	936 €	504 €	175%
	65 ans	921 €	906 €	939 €	516 €	175%
	66 ans et plus	939 €	939 €	939 €	525 €	175%
Option 3+  "Vitalité"	56 - 59 ans	1 083 €	975 €	1 245 €	690 €	183%
	60 ans	1 155 €	1 041 €	1 281 €	705 €	180%
	61 ans	1 179 €	1 080 €	1 287 €	720 €	180%
	62 ans	1 203 €	1 122 €	1 290 €	735 €	180%
	63 ans	1 227 €	1 164 €	1 293 €	750 €	180%
	64 ans	1 251 €	1 209 €	1 296 €	765 €	180%
	65 ans	1 275 €	1 254 €	1 299 €	780 €	180%
	66 ans et plus	1 302 €	1 302 €	1 302 €	795 €	180%
Option 4  "Privilège"	56 - 59 ans	1 332 €	1 200 €	1 533 €	1 014 €	183%
	60 ans	1 380 €	1 242 €	1 533 €	1 047 €	184%
	61 ans	1 407 €	1 290 €	1 536 €	1 068 €	184%
	62 ans	1 437 €	1 338 €	1 539 €	1 089 €	184%
	63 ans	1 464 €	1 389 €	1 542 €	1 110 €	184%
	64 ans	1 494 €	1 443 €	1 545 €	1 134 €	184%
	65 ans	1 524 €	1 497 €	1 551 €	1 155 €	184%
	66 ans et plus	1 554 €	1 554 €	1 554 €	1 179 €	184%

Supplément "ATOUT SANTE +" : 36 €annuel par personne soit 3 €par mois

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

<p align="center"> <b>Régime de Mensualisation - Cadres</b>  <b>PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2009</b>  <i><b>Gamme</b></i> </p>
--

		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 <sup>ème</sup> au 90 <sup>ème</sup> jour	100 % SB du 4 <sup>ème</sup> au 90 <sup>ème</sup> jour	100 % SB du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>ème</sup> jour
Accident du travail ou maladie professionnelle				
Accident de trajet	Arrêt ≤ 30 jours Arrêt > 30 jours		100 % SB du 4 <sup>ème</sup> au 90 <sup>ème</sup> jour	
Maternité			100 % SB du 4 <sup>ème</sup> au 112 <sup>ème</sup> jour	

*SB : Salaire de base*

<p align="center"> <b>Régime de Mensualisation - Collège CADRES</b>  <b>ANNEXES TARIFAIRES du 1er janvier 2009</b>  <i><b>Gamme</b></i> </p>
--

### 1. Entreprises relevant du "mode direct" :

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

<b>Taux de cotisation au 1er janvier 2008 (TA, TB)</b>	<b>Option 1</b>	<b>Option 3</b>	<b>Option 5</b>
- 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»

<div>Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèves - Actifs</div> <div>ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2009</div> <div>Gamme nationale</div>
--

<div>Toutes les garanties formulées en % s'entendent :<ul style="list-style-type: none"><li>- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale</li><li>- Part de la Sécurité Sociale comprise</li></ul></div> <div>Tous les remboursement s'entendent :<ul style="list-style-type: none"><li>- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale</li><li>- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale</li><li>- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :<ul style="list-style-type: none"><li>- des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale</li><li>- de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale</li></ul></li></ul></div>
---

Options de la Gamme nationale	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										
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	100%	100%	175%	300%	300%	400%		
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%				150%			300%		
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%									
Transports	65%				150%					
Soins externes	60 à 70%									
Radiologie, actes techniques médicaux	70%				100%	150%	100%	100%		
Pharmacie	65% / 35% / 15%					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										
Optique										
Verres et montures	65%	200%	100 % + 100 € 100 % + 150 €	100 % + 150 € 100 % + 250 €	100 % + 250 € 100 % + 350 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €	100 % + 550 € 100 % + 650 €	100 % + 800 € 100 % + 1000 €		
- Pour l'adulte										
Monture et / ou verres simples (3)										
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)										
- Pour l'enfant	65 %	200%	250%	Verres : 300 % Monture : 100 % + 80 €	100 % + 225 € 100 % + 350 €	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)	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €		
Soins et prothèses dentaires										
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%	100%	100%	300%	300%		
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	250%	350%	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%	350%	500%	550%	600%	750%		
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses	65%	100%	250%							
- 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) 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) Forfait annuel maximal
- (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 (8)	Oui	Oui	Oui
<u>Améliorations de prises en charge</u>			
- 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 €
<u>Prestations supplémentaires</u>			
- 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

		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	enfant et <=25 ans	216 €	195 €	216 €	87 €	190%
	26 ans	243 €	219 €	249 €	99 €	
	27 ans	252 €	228 €	267 €	102 €	
	28 ans	261 €	234 €	285 €	108 €	
	29 ans	267 €	243 €	300 €	111 €	
	30 ans	276 €	249 €	318 €	114 €	
	31 - 35 ans	306 €	276 €	351 €	123 €	
	36 - 40 ans	348 €	312 €	399 €	141 €	
	41 - 45 ans	384 €	345 €	441 €	156 €	
	46 - 50 ans	429 €	387 €	492 €	171 €	
	51 - 55 ans	471 €	423 €	543 €	192 €	
	56 ans	528 €	474 €	606 €	213 €	178%
	57 ans	537 €	483 €	618 €	216 €	
	58 ans	549 €	495 €	630 €	222 €	
	59 ans	558 €	501 €	642 €	225 €	
	60 ans	606 €	546 €	672 €	246 €	175%
	61 ans	618 €	567 €	675 €	249 €	
	62 ans	630 €	588 €	675 €	255 €	
	63 ans	642 €	609 €	675 €	261 €	
	64 ans	654 €	633 €	678 €	264 €	
	65 ans inclus	669 €	657 €	681 €	270 €	
	66 ans et plus	681 €	681 €	681 €	276 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	783 €	783 €	783 €	318 €	
2Bien-être	enfant et <=25 ans	267 €	240 €	267 €	135 €	190%
	26 ans	297 €	267 €	306 €	150 €	
	27 ans	306 €	276 €	327 €	153 €	
	28 ans	315 €	285 €	345 €	156 €	
	29 ans	324 €	291 €	366 €	159 €	
	30 ans	333 €	300 €	384 €	162 €	
	31 - 35 ans	369 €	333 €	423 €	183 €	
	36 - 40 ans	405 €	366 €	465 €	204 €	
	41 - 45 ans	447 €	402 €	513 €	225 €	
	46 - 50 ans	498 €	447 €	573 €	249 €	
	51 - 55 ans	555 €	501 €	639 €	264 €	
	56 ans	618 €	555 €	711 €	288 €	178%
	57 ans	633 €	570 €	729 €	297 €	
	58 ans	645 €	582 €	741 €	303 €	
	59 ans	660 €	594 €	759 €	312 €	
	60 ans	711 €	639 €	789 €	318 €	175%
	61 ans	726 €	666 €	792 €	324 €	
	62 ans	741 €	690 €	795 €	330 €	
	63 ans	756 €	717 €	795 €	336 €	
	64 ans	771 €	744 €	798 €	342 €	
	65 ans inclus	801 €	786 €	816 €	357 €	
	66 ans et plus	801 €	801 €	801 €	357 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	921 €	921 €	921 €	411 €	
3Quiétude	enfant et <=25 ans	321 €	288 €	321 €	195 €	190%
	26 ans	360 €	324 €	372 €	216 €	
	27 ans	375 €	339 €	399 €	225 €	
	28 ans	390 €	351 €	426 €	237 €	
	29 ans	402 €	363 €	453 €	246 €	
	30 ans	417 €	375 €	480 €	255 €	
	31 - 35 ans	450 €	405 €	519 €	270 €	
	36 - 40 ans	507 €	456 €	582 €	303 €	
	41 - 45 ans	558 €	501 €	642 €	336 €	
	46 - 50 ans	630 €	567 €	726 €	360 €	
	51 - 55 ans	693 €	624 €	798 €	390 €	
	56 ans	753 €	678 €	867 €	438 €	178%
	57 ans	762 €	687 €	876 €	444 €	
	58 ans	774 €	696 €	891 €	450 €	
	59 ans	783 €	705 €	900 €	456 €	
	60 ans	834 €	750 €	927 €	465 €	175%
	61 ans	849 €	777 €	927 €	477 €	
	62 ans	867 €	807 €	930 €	486 €	
	63 ans	885 €	840 €	933 €	495 €	
	64 ans	903 €	873 €	936 €	504 €	
	65 ans inclus	921 €	906 €	939 €	516 €	
	66 ans et plus	939 €	939 €	939 €	525 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 080 €	1 080 €	1 080 €	603 €	



		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			
6  Excellence	enfant et <=25 ans	1 146 €	1 032 €	1 146 €	804 €	190%
	26 ans	1 224 €	1 101 €	1 260 €	861 €	
	27 ans	1 275 €	1 149 €	1 356 €	870 €	
	28 ans	1 326 €	1 194 €	1 452 €	876 €	
	29 ans	1 377 €	1 239 €	1 545 €	885 €	
	30 ans	1 428 €	1 284 €	1 641 €	891 €	
	31 - 35 ans	1 590 €	1 431 €	1 830 €	1 116 €	
	36 - 40 ans	1 722 €	1 551 €	1 980 €	1 200 €	
	41 - 45 ans	1 926 €	1 734 €	2 214 €	1 347 €	
	46 - 50 ans	2 169 €	1 953 €	2 493 €	1 518 €	
	51 - 55 ans	2 295 €	2 067 €	2 640 €	1 656 €	
	56 ans	2 322 €	2 091 €	2 670 €	1 767 €	183%
	57 ans	2 325 €	2 094 €	2 673 €	1 770 €	
	58 ans	2 331 €	2 097 €	2 682 €	1 773 €	
	59 ans	2 334 €	2 100 €	2 685 €	1 776 €	
	60 ans	2 391 €	2 151 €	2 655 €	1 818 €	180%
	61 ans	2 436 €	2 232 €	2 658 €	1 857 €	
	62 ans	2 487 €	2 319 €	2 667 €	1 893 €	
	63 ans	2 535 €	2 406 €	2 670 €	1 932 €	
	64 ans	2 586 €	2 499 €	2 676 €	1 968 €	
	65 ans inclus	2 637 €	2 592 €	2 685 €	2 010 €	
	66 ans et plus	2 691 €	2 691 €	2 691 €	2 049 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans		3 096 €	3 096 €	3 096 €	2 355 €

Chapeau BTPsanté + 2009				
	Base	Niveau 1	Niveau 2	coefficient couple
jusqu'à 55 ans	12,00 €	78,00 €	159,00 €	190%
de 56 à 59 ans		90,00 €	198,00 €	178%
de 60 à 65 ans		108,00 €	228,00 €	175%
66 ans et plus		126,00 €	219,00 €	
si 1 ou plusieurs enfants à charge (uniquement pour les Actifs)		33,00 €	33,00 €	

**Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collègues - Actifs**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2009**  
*Options régionales*

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

- 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) :

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	
	Part S.S.	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 : 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%					100%	150%
Transports	65%		175%		100%	110%	130%
Soins externes	60 à 70%			100%			150%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%				126%		
Pharmacie	65% / 35%					100%	
Actes médicaux supérieurs à 91 €	100 % - 18 €		100%		100%		100%
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	5% PMSS de l'année précédente	-	-
Optique, prothèses et divers		Part S.S.					
Verres et montures							
Verres remboursés par la sécurité sociale (2)		<b>Adultes</b> 100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs	<b>Adultes</b> 100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs	85% FR	85% FR	100% + 150 € par an et par bénéficiaire	100% +375€ par an et par bénéficiaire
Monture	65%	100 % + 200 € pour un	100 % + 300 € pour un	2% PMSS par an et par personne	4% 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 €
<b>Soins et prothèses dentaires</b>							
• Soins dentaires		70%	100%	100%	112%		
• Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		70%	350%	250%	350%	100%	100%
• Implants (4)				200 €	350 €		450%
• Orthodontie		100%	200%	235%	400%	200%	300%
<b>Autres prothèses &amp; divers</b>							
• Prothèses auditives			350%	250%	350,0%	100% + 150 €	100% + 250 € 300%
• Appareillages orthopédiques et autres prothèses	65%	350%	500%	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 4 % PMSS)	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 4% PMSS)	100% (y compris prothèses capillaire et mammaires)	Sauf prothèses capillaire et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 100 € Prothèses mammaires : 100% + 50 €
- 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 €

(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'obseques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524,49 €
Vaccin refusé par la Sécurité Sociale	100% frais réels
Chiropracteur	50% frais réels

<b>Module additionnel "BTP Santé Plus" (5)</b>	
Services d'assistance (6)	Oui

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



Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collègues - Actifs

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009

Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation annuelle		
"Tranquilité"	enfant et <=25 ans	360 €	216 €	190%
	26 ans	408 €	246 €	
	27 ans	417 €	252 €	
	28 ans	429 €	258 €	
	29 ans	438 €	264 €	
	30 ans	447 €	270 €	
	31 - 35 ans	489 €	297 €	
	36 - 40 ans	552 €	333 €	
	41 - 45 ans	609 €	396 €	
	46 - 50 ans	672 €	408 €	
	51 - 55 ans	729 €	441 €	183%
	56 ans	798 €	480 €	
	57 ans	801 €	483 €	
	58 ans	801 €	483 €	180%
	59 ans	804 €	483 €	
	60 ans	897 €	540 €	
	61 ans	915 €	552 €	
	62 ans	933 €	564 €	
	63 ans	954 €	573 €	
	64 ans	972 €	585 €	
	65 ans inclus	990 €	597 €	
	66 ans et plus	1 011 €	609 €	
Adhésion entre 67 et 70 ans		1 164 €	699 €	
Sérénité	enfant et <=25 ans	492 €	318 €	190%
	26 ans	555 €	357 €	
	27 ans	570 €	366 €	
	28 ans	588 €	378 €	
	29 ans	603 €	387 €	
	30 ans	618 €	396 €	
	31 - 35 ans	684 €	444 €	
	36 - 40 ans	735 €	480 €	
	41 - 45 ans	822 €	537 €	
	46 - 50 ans	924 €	600 €	
	51 - 55 ans	1 008 €	657 €	183%
	56 ans	1 071 €	699 €	
	57 ans	1 083 €	702 €	
	58 ans	1 092 €	708 €	180%
	59 ans	1 098 €	714 €	
	60 ans	1 218 €	795 €	
	61 ans	1 242 €	810 €	
	62 ans	1 266 €	825 €	
	63 ans	1 293 €	843 €	
	64 ans	1 317 €	858 €	
	65 ans inclus	1 344 €	876 €	
	66 ans et plus	1 371 €	894 €	
Adhésion entre 67 et 70 ans		1 578 €	1 029 €	

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*	
		Base nationale			
		Cotisation annuelle			
Boissière 1	enfant et <=25 ans	273 €	165 €	190%	
	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 €	183%	
	57 ans	648 €	390 €		
	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 €		
Boissière 2	enfant et <=25 ans	399 €	261 €	190%	
	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 €		

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation annuelle		
Sécurité	enfant et <=25 ans	456 €	327 €	190%
	26 ans	513 €	369 €	
	27 ans	525 €	369 €	
	28 ans	540 €	369 €	
	29 ans	552 €	369 €	
	30 ans	564 €	369 €	
	31 - 35 ans	618 €	402 €	
	36 - 40 ans	678 €	441 €	
	41 - 45 ans	744 €	486 €	
	46 - 50 ans	810 €	528 €	
	51 - 55 ans	885 €	573 €	
	56 ans	960 €	624 €	183%
	57 ans	975 €	633 €	
	58 ans	987 €	642 €	
	59 ans	1 002 €	648 €	
	60 ans	1 074 €	696 €	180%
	61 ans	1 095 €	708 €	
	62 ans	1 116 €	723 €	
	63 ans	1 140 €	738 €	
	64 ans	1 161 €	753 €	
	65 ans inclus	1 185 €	763 €	
	66 ans et plus	1 205 €	783 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 386 €	900 €	
Confort	enfant et <=25 ans	537 €	378 €	190%
	26 ans	606 €	426 €	
	27 ans	621 €	438 €	
	28 ans	636 €	450 €	
	29 ans	651 €	462 €	
	30 ans	666 €	474 €	
	31 - 35 ans	762 €	534 €	
	36 - 40 ans	831 €	585 €	
	41 - 45 ans	927 €	651 €	
	46 - 50 ans	1 044 €	741 €	
	51 - 55 ans	1 158 €	807 €	183%
	56 ans	1 245 €	873 €	
	57 ans	1 263 €	885 €	
	58 ans	1 278 €	900 €	
	59 ans	1 299 €	912 €	180%
	60 ans	1 374 €	966 €	
	61 ans	1 401 €	987 €	
	62 ans	1 431 €	1 005 €	
	63 ans	1 458 €	1 026 €	
	64 ans	1 488 €	1 047 €	
	65 ans inclus	1 518 €	1 068 €	
	66 ans et plus	1 548 €	1 089 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 779 €	1 251 €	

\* 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 2009

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	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

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 collèges - Retraités

ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2009

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 remboursement 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 Nle 1 "Base"	Option 2 "Bien-Être"	Option 3 "Quiétude"	Option 3 + "Vitalité"	Option 4 "Privilège"	Option 5 "Expert"	Option 6 "Excellence"		
Soins - Hospitalisation										
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	100%	100%	175%	300%	300%	400%		
Hospitalisation - frais de séjour, honoraires	80%				150%			300%		
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%									
Transports	65%				150%					
Soins externes	60 à 70%									
Radiologie, actes techniques médicaux	70%				100%			100%	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	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										
Verres et montures	65%	200%	100 % + 150 € 100 % + 250 €	100 % + 150 € 100 % + 250 €	100 % + 250 € 100 % + 350 €	100 % + 475 € 100 % + 550 €	100 % + 550 € 100 % + 650 €	100 % + 800 € 100 % + 1000 €		
- Pour l'adulte										
Monture et / ou verres simples (3)										
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)										
- Pour l'enfant	65 %	250%	250%	Verres : 300 % Monture : 100 % + 80 €	100 % + 225 € 100 % + 350 €	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. (3)										
Lentilles refusées par la S.S. (5)	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €		
Soins et prothèses dentaires										
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%	100%	100%	300%	300%		
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	250%	350%	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%	350%	500%	550%	600%	750%		
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100%	250%							
- 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) 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) Forfait annuel maximal par bénéficiaire  
(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 (8)	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

		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	528 €	474 €	606 €	213 €	178%	
	57 ans	537 €	483 €	618 €	216 €		
	58 ans	549 €	495 €	630 €	222 €		
	59 ans	558 €	501 €	642 €	225 €		
	60 ans	606 €	546 €	672 €	246 €	175%	
	61 ans	618 €	567 €	675 €	249 €		
	62 ans	630 €	588 €	675 €	255 €		
	63 ans	642 €	609 €	675 €	261 €		
	64 ans	654 €	633 €	678 €	264 €		
	65 ans inclus	669 €	657 €	681 €	270 €		
	66 ans et plus	681 €	681 €	681 €	276 €		
	Adhésion entre 67 et 70 ans	783 €	783 €	783 €	318 €		
	2  Bien-être	56 ans	618 €	555 €	711 €	288 €	178%
57 ans		633 €	570 €	729 €	297 €		
58 ans		645 €	582 €	741 €	303 €		
59 ans		660 €	594 €	759 €	312 €		
60 ans		711 €	639 €	789 €	318 €	175%	
61 ans		726 €	666 €	792 €	324 €		
62 ans		741 €	690 €	795 €	330 €		
63 ans		756 €	717 €	795 €	336 €		
64 ans		771 €	744 €	798 €	342 €		
65 ans inclus		801 €	786 €	816 €	357 €		
66 ans et plus		801 €	801 €	801 €	357 €		
Adhésion entre 67 et 70 ans		921 €	921 €	921 €	411 €		
3  Quiétude		56 ans	753 €	678 €	867 €	438 €	178%
	57 ans	762 €	687 €	876 €	444 €		
	58 ans	774 €	696 €	891 €	450 €		
	59 ans	783 €	705 €	900 €	456 €		
	60 ans	834 €	750 €	927 €	465 €	175%	
	61 ans	849 €	777 €	927 €	477 €		
	62 ans	867 €	807 €	930 €	486 €		
	63 ans	885 €	840 €	933 €	495 €		
	64 ans	903 €	873 €	936 €	504 €		
	65 ans inclus	921 €	906 €	939 €	516 €		
	66 ans et plus	939 €	939 €	939 €	525 €		
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 080 €	1 080 €	1 080 €	603 €		
	3+  Vitalité	56 ans	1 035 €	933 €	1 191 €	660 €	183%
57 ans		1 044 €	939 €	1 200 €	669 €		
58 ans		1 056 €	951 €	1 215 €	681 €		
59 ans		1 065 €	960 €	1 224 €	690 €		
60 ans		1 155 €	1 041 €	1 281 €	705 €	180%	
61 ans		1 179 €	1 080 €	1 287 €	720 €		
62 ans		1 203 €	1 122 €	1 290 €	735 €		
63 ans		1 227 €	1 164 €	1 293 €	750 €		
64 ans		1 251 €	1 209 €	1 296 €	765 €		
65 ans inclus		1 275 €	1 254 €	1 299 €	780 €		
66 ans et plus		1 302 €	1 302 €	1 302 €	795 €		
Adhésion entre 67 et 70 ans		1 497 €	1 497 €	1 497 €	915 €		
4  Privilège		56 ans	1 284 €	1 155 €	1 476 €	978 €	183%
	57 ans	1 299 €	1 170 €	1 494 €	990 €		
	58 ans	1 317 €	1 185 €	1 515 €	1 002 €		
	59 ans	1 332 €	1 200 €	1 533 €	1 014 €		
	60 ans	1 380 €	1 242 €	1 533 €	1 047 €	180%	
	61 ans	1 407 €	1 290 €	1 536 €	1 068 €		
	62 ans	1 437 €	1 338 €	1 539 €	1 089 €		
	63 ans	1 464 €	1 389 €	1 542 €	1 110 €		
	64 ans	1 494 €	1 443 €	1 545 €	1 134 €		
	65 ans inclus	1 524 €	1 497 €	1 551 €	1 155 €		
	66 ans et plus	1 554 €	1 554 €	1 554 €	1 179 €		
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 788 €	1 788 €	1 788 €	1 356 €		

		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			
5  Expert	56 ans	1 701 €	1 530 €	1 956 €	1 296 €	183%
	57 ans	1 722 €	1 551 €	1 980 €	1 311 €	
	58 ans	1 746 €	1 572 €	2 007 €	1 326 €	
	59 ans	1 767 €	1 590 €	2 031 €	1 341 €	
	60 ans	1 839 €	1 656 €	2 040 €	1 401 €	180%
	61 ans	1 875 €	1 719 €	2 046 €	1 428 €	
	62 ans	1 911 €	1 782 €	2 049 €	1 458 €	
	63 ans	1 950 €	1 851 €	2 052 €	1 488 €	
	64 ans	1 989 €	1 920 €	2 058 €	1 518 €	
	65 ans inclus	2 028 €	1 995 €	2 064 €	1 548 €	
	66 ans et plus	2 070 €	2 070 €	2 070 €	1 578 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	2 382 €	2 382 €	2 382 €	1 815 €	
6  Excellence	56 ans	2 322 €	2 091 €	2 670 €	1 767 €	183%
	57 ans	2 325 €	2 094 €	2 673 €	1 770 €	
	58 ans	2 331 €	2 097 €	2 682 €	1 773 €	
	59 ans	2 334 €	2 100 €	2 685 €	1 776 €	
	60 ans	2 391 €	2 151 €	2 655 €	1 818 €	180%
	61 ans	2 436 €	2 232 €	2 658 €	1 857 €	
	62 ans	2 487 €	2 319 €	2 667 €	1 893 €	
	63 ans	2 535 €	2 406 €	2 670 €	1 932 €	
	64 ans	2 586 €	2 499 €	2 676 €	1 968 €	
	65 ans inclus	2 637 €	2 592 €	2 685 €	2 010 €	
	66 ans et plus	2 691 €	2 691 €	2 691 €	2 049 €	
		0,00 €			0,00 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	3 096 €	3 096 €	3 096 €	2 355 €	

Chapeau BTPsanté + 2009				
	Base	Niveau 1	Niveau 2	coefficient couple
jusqu'à 55 ans	12,00 €	78,00 €	159,00 €	190%
de 56 à 59 ans		90,00 €	198,00 €	178%
de 60 à 65 ans		108,00 €	228,00 €	175%
66 ans et plus		126,00 €	219,00 €	
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 2009

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 remboursement 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			
	Part S.S.	Sécurité	Confort	Tranquillité	Sérénité	Boissière 1	Boissière 2		
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	175%	Pour le secteur conventionné : 100 %	Pour le secteur conventionné : 126 %	Pour le secteur conventionné : 100 %	Pour le secteur conventionné : 150 %		
			Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,3% PMSS Spécialistes : 0,5% PMSS Neuropsychiatres : 1% PMSS	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%		150%			100%	100%	100%	150%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		100%						100%
Pharmacie	65% / 35%		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 (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		
Alocation maternité (3)	-	-	-	6% PMSS	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%	Adultes 100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 200 € pour un	Adultes 100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 300 € pour un	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	4% 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 €		
Soins et prothèses dentaires									
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%	112%	100%	100%		
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	350%	500%	250%	350%	350%	450%		
- Implants (4)	-	-	-	200 €	350 €	-	-		
- Orthodontie	100%	200%	250%	235%	400%	200%	300%		
Autres prothèses & divers									
- Prothèses auditives	65%	350%	500%	250%	350,0%	100% + 150 €	100% + 250 € 300%		
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		350%		100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 4 % PMSS)	100% (sauf prothèses capillaire et mammaires : 4% PMSS)	100% (y compris prothèses capillaire et mammaires)	Sauf prothèses capillaire et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 100 € Prothèses mammaires : 100% + 50 €		
- 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 €		

(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

Module additionnel "BTP Santé Plus" (5)	
Services d'assistance (6)	Oui

(5) Uniquement dans les départements 01,03,07,15,21,26,27,38,42,53,58,63,69,71,73,74,76 et 89  
(6) Par exception, module directement intégré dans l'option "6"

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2009

Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation annuelle		
Tranquillité	56 ans	798 €	480 €	183%
	57 ans	801 €	483 €	
	58 ans	801 €	483 €	
	59 ans	804 €	483 €	
	60 ans	897 €	540 €	180%
	61 ans	915 €	552 €	
	62 ans	933 €	564 €	
	63 ans	954 €	573 €	
	64 ans	972 €	585 €	
	65 ans inclus	990 €	597 €	
	66 ans et plus	1 011 €	609 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 164 €	699 €	
Sérénité	56 ans	1 071 €	699 €	183%
	57 ans	1 083 €	702 €	
	58 ans	1 092 €	708 €	
	59 ans	1 098 €	714 €	
	60 ans	1 218 €	795 €	180%
	61 ans	1 242 €	810 €	
	62 ans	1 266 €	825 €	
	63 ans	1 293 €	843 €	
	64 ans	1 317 €	858 €	
	65 ans inclus	1 344 €	876 €	
	66 ans et plus	1 371 €	894 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 578 €	1 029 €	
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 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	960 €	624 €	183%
	57 ans	975 €	633 €	
	58 ans	987 €	642 €	
	59 ans	1 002 €	648 €	
	60 ans	1 074 €	696 €	180%
	61 ans	1 095 €	708 €	
	62 ans	1 116 €	723 €	
	63 ans	1 140 €	738 €	
	64 ans	1 161 €	753 €	
	65 ans inclus	1 185 €	763 €	
	66 ans et plus	1 205 €	783 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 386 €	900 €	
Confort	56 ans	1 245 €	873 €	183%
	57 ans	1 263 €	885 €	
	58 ans	1 278 €	900 €	
	59 ans	1 299 €	912 €	
	60 ans	1 374 €	966 €	180%
	61 ans	1 401 €	987 €	
	62 ans	1 431 €	1 005 €	
	63 ans	1 458 €	1 026 €	
	64 ans	1 488 €	1 047 €	
	65 ans inclus	1 518 €	1 068 €	
	66 ans et plus	1 548 €	1 089 €	
	Adhésion entre 67 et 70 ans	1 779 €	1 251 €	

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

**ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2009**

(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 2009

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 remboursement 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 remboursement 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.	S2P2 "Bien-Être"	S3P3 "Quiétude"	S3+P3+ "Vitalité"	S4P4 "Privilège"	S5P5 "Expert"	S6P6 "Excellence"
Soins - Hospitalisation							
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	100%	175%	300%	300%	400%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%			150%			300%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%						
Transports	65%			150%	100%	100%	100%
Soins externes	60 à 70%						
Radiologie, actes techniques médicaux	70%						
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)	-	-	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
Optique, prothèses et divers							
Optique							
Verres et montures							
- Pour l'adulte	65%	100 % + 100 € 100 % + 150 €	100 % + 150 € 100 % + 250 €	100 % + 250 € 100 % + 350 €	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 % + 350 €	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 €
Soins et prothèses dentaires							
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%	100%	300%	300%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	250%	350%	500%	550%	600%	650%
- Implants (6)	-	-	-	-	300 €	350 €	400 €
- Orthodontie	100%	200%	200%	250%	250%	400%	400%
Autres prothèses & divers							
- Prothèses auditives	65%	250%	350%	500%	550%	600%	750%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		250%					
- Cures thermales (7)	65%	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 2009**  
*Gamme Nationale*

Soins		Régime général		Régime de l'Est	
		Assuré	Conjoint	Assuré	Conjoint
		Cotisation annuelle		Cotisation annuelle	
S1+	S2	0 €	0 €	0 €	0 €
	S3	72 €	72 €	42 €	42 €
	S3+	156 €	165 €	99 €	105 €
	S4	195 €	204 €	147 €	150 €
	S5	207 €	192 €	153 €	144 €
	S6	312 €	267 €	231 €	195 €
S2	S3	63 €	63 €	33 €	33 €
	S3+	159 €	156 €	102 €	99 €
	S4	198 €	189 €	150 €	144 €
	S5	207 €	192 €	153 €	144 €
	S6	315 €	264 €	231 €	192 €
S3	S3+	102 €	102 €	69 €	69 €
	S4	159 €	156 €	114 €	114 €
	S5	174 €	165 €	129 €	123 €
	S6	276 €	240 €	204 €	177 €
S3+	S4	99 €	75 €	75 €	57 €
	S5	141 €	108 €	102 €	81 €
	S6	246 €	180 €	180 €	135 €
S4	S5	66 €	60 €	51 €	48 €
	S6	171 €	129 €	126 €	96 €
S5	S6	87 €	84 €	66 €	66 €

Prothèses		Régime général		Régime de l'Est	
		Assuré	Conjoint	Assuré	Conjoint
		Cotisation annuelle		Cotisation annuelle	
P1+	P2	90 €	102 €	48 €	51 €
	P3	147 €	141 €	87 €	81 €
	P3+	300 €	324 €	189 €	207 €
	P4	462 €	468 €	336 €	342 €
	P5	576 €	546 €	420 €	402 €
	P6	738 €	645 €	543 €	474 €
P2	P3	72 €	69 €	45 €	45 €
	P3+	234 €	234 €	147 €	147 €
	P4	399 €	378 €	297 €	276 €
	P5	525 €	492 €	384 €	363 €
	P6	690 €	591 €	504 €	435 €
P3	P3+	174 €	165 €	111 €	105 €
	P4	354 €	345 €	258 €	255 €
	P5	480 €	462 €	354 €	339 €
	P6	645 €	558 €	474 €	408 €
P3+	P4	270 €	210 €	201 €	153 €
	P5	450 €	348 €	330 €	258 €
	P6	603 €	447 €	444 €	327 €
P4	P5	201 €	183 €	147 €	135 €
	P6	366 €	276 €	267 €	204 €
P5	P6	123 €	117 €	90 €	81 €