

Brochure n° 3107

Accords collectifs nationaux
BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

AVENANT N° 26 DU 15 DÉCEMBRE 2010
À L'ACCORD DU 13 DÉCEMBRE 1990 RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1150454M

Entre :

La CAPEB ;

La FNTP ;

La FNSCOP ;

La FFB ;

La FFIE,

D'une part, et

La fédération BATIMAT-TP CFTC ;

La FNCB CFDT ;

La CFE-CGC BTP ;

La CGT-FO BTP ;

La FNSCBA CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

CHAPITRE 1^{ER}

L'article 1^{er} « Conditions générales » de la section 1 « Dispositions relatives aux entreprises et aux participants » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est remplacé par le texte suivant :

« Article 1^{er}

Conditions générales

Le présent règlement détermine les conditions dans lesquelles BTP-Prévoyance assure une couverture collective des ETAM contre les risques de décès, d'invalidité ou d'incapacité, sous la forme de garanties qui s'ajoutent à celles servies par le régime national de prévoyance des ETAM prévu au titre I^{er}.

Les garanties – et le niveau de couverture retenu pour chacune d'entre elles – s'appliquent à tous les membres du personnel ETAM de chaque entreprise qui décide d'adhérer au présent règlement.

Les garanties proposées dans ce cadre sont les suivantes :

- garantie décès : versement d'un capital en cas de décès du participant ;
- garantie obsèques famille : versement d'un capital en cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge ;
- garantie rente d'éducation : versement d'une rente aux orphelins en cas de décès du participant ;
- garantie indemnités journalières : versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail du participant ;
- garantie invalidité : versement d'une rente en cas d'invalidité du participant ;
- garantie décès-invalidité accidentels (GDIA) : versement d'un capital en cas de décès accidentel ou d'invalidité accidentelle du participant.

Pour chaque garantie, le niveau de couverture est fonction de l'option retenue. »

CHAPITRE II

L'article 2 « Adhésion des entreprises » de la section 1 « Dispositions relatives aux entreprises et aux participants » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est remplacé par le texte suivant :

« Article 2

Adhésion des entreprises

Toute entreprise adhérente au régime national de prévoyance des ETAM peut demander à adhérer au présent règlement, en renseignant dans sa demande d'adhésion (ou dans toute demande de modification ultérieure) :

- a) La ou les garanties qu'elle souhaite mettre en œuvre ;
- b) Le niveau retenu pour chaque garantie souscrite, à définir parmi les options prévues ;
- c) De manière générale, toute information qui pourra être demandée par BTP-Prévoyance pour faciliter la gestion de l'adhésion et la relation avec l'entreprise (modalités de mise en œuvre de la garantie au sein de l'entreprise, répartition de la cotisation...).

Le choix de l'entreprise, qui s'applique à l'ensemble des salariés affiliés au régime national de prévoyance des ETAM, s'effectue conformément aux dispositions prévues par le code de la sécurité sociale :

- par accord collectif ;
- à la suite de la ratification par les intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (référéndum) ;
- par décision unilatérale de l'employeur (dans ce cas, aucun salarié présent dans l'entreprise avant la mise en place de la couverture ne peut être contraint à cotiser contre son gré).

En cas de mise en place suite à décision unilatérale de l'employeur, BTP-Prévoyance peut conditionner l'acceptation de l'adhésion (ou de toute demande de modification ultérieure) à une stricte équivalence dans les affiliations au régime national de prévoyance des ETAM et au présent régime.

La date d'effet de l'adhésion, ou de toute modification ultérieure des garanties, est fixée au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande. Toutefois, lorsque la demande d'adhésion est réalisée simultanément à l'adhésion au régime national de prévoyance des ETAM, la date d'effet est concomitante.

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

Lorsque l'employeur souhaite modifier son adhésion pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment souscrite, cette modification implique le respect des termes et conditions de l'article 5.1 *α*.

L'adhésion, ou toute modification ultérieure apportée, porte effet jusqu'au 31 décembre de l'exercice de mise en place, ci-après appelé terme annuel ; elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction. »

CHAPITRE III

Au sein de l'article 7 « Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur. – Niveau de garantie applicable » de la section 2 « Dispositions générales relatives aux garanties » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990, le paragraphe 7.2 « Fait Générateur » est remplacé par le texte suivant :

« 7.2. Fait générateur

Les dispositions définies à l'article 5.2 du titre I^{er} « Régime national de prévoyance des ETAM » sont applicables au présent règlement pour chacune des garanties correspondantes.

En complément, est retenue comme date du fait générateur :

- la date de naissance ou d'adoption pour le forfait naissance ;
- la date du décès pour la garantie obsèques famille ;
- la date de l'accident en cas d'invalidité accidentelle ou la date de reconnaissance de la maladie professionnelle par la sécurité sociale, pour les prestations prévues à l'article 14.2 au titre de la garantie décès-invalidité accidentels. »

CHAPITRE IV

Au sein de l'article 9 « Garantie décès » de la section 3 « Dispositions spécifiques relatives aux garanties » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990, le paragraphe 9.1 « Décès simultané ou postérieur du conjoint du participant » est remplacé par le texte suivant :

« 9.1. Capital orphelin

Il est versé un capital décès complémentaire à chaque enfant du participant qui est orphelin de père et mère, lorsque les conditions suivantes sont simultanément remplies :

- les deux parents dont les noms sont mentionnés sur l'acte de naissance de l'enfant sont décédés ;
- le décès du participant est intervenu antérieurement ou simultanément au décès du second parent de l'enfant, ou les deux décès sont directement imputables à un même accident ;

– l'enfant était à la charge fiscale du second parent à la date du décès de ce dernier (ou à charge du participant si décès simultané).

Le détail des garanties applicables pour chaque option supplémentaire figure dans l'annexe des garanties. »

CHAPITRE V

Les articles 10 à 14 de la section 3 « Dispositions spécifiques relatives aux garanties » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 sont respectivement renumérotés 11 à 15.

Au sein de la section 3 « Dispositions spécifiques relatives aux garanties » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990, il est créé le nouvel article 10 suivant :

« Article 10

Garantie obsèques famille

En cas de décès du conjoint du participant ou d'un enfant à charge, il est versé au participant un capital dont le montant est fixé en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale applicable au cours de l'année de survenance du décès.

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

En cas de décès simultané de l'adhérent, ce capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès défini à l'article 9 du titre I^{er} « Régime national de prévoyance des ETAM ». »

CHAPITRE VI

Au sein de l'article 14 « Garantie-décès invalidité accidentels », la section 3 « Dispositions spécifiques relatives aux garanties » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 :

Le titre du paragraphe 14.1 est désormais « Capital décès en cas de décès accidentel ou suite à maladie professionnelle ».

Le titre du paragraphe 14.2 est désormais « Capital décès en cas d'invalidité accidentelle ou suite à maladie professionnelle ».

CHAPITRE VII

Les articles 15 et 16 de la section 4 « Dispositions financières » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 sont respectivement renumérotés 16 et 17.

CHAPITRE VIII

Le titre de l'article 16 « Section financière et fonds de réserve » section 4 « Dispositions financières » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est désormais « Section financière et réserve ».

CHAPITRE IX

Au sein de l'article 17 « Ressources et charges de la section financière » de la section 4 « Dispositions financières » du titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990, les paragraphes 17.2 « Charges de la section financière » et 17.3 « Compte de gestion » sont désormais les suivants :

« 17.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière, déduction faite de la part de ces charges relevant du régime national de prévoyance des ETAM ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 20 % des cotisations acquises des adhérents ;
- d) Toute dotation pour le financement de prestations sociales en faveur des participants ;
- e) Le cas échéant, toute dotation à une provision d'égalisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité de la section financière.

17.3. Compte de gestion

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

A cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 17.2.

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

CHAPITRE X

Au sein du titre IV « Règlement du régime des cabinets d'économistes de la construction et de métrologues-vérificateurs (régime "E1") » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 :

L'article 6 « Conditions d'application » de la section 2 « Dispositions générales relatives aux garanties » est remplacé par le texte suivant :

« Article 6

Conditions d'application

Pour la présente section, il est fait application des dispositions des articles 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 de la section 2 du titre I^{er} précité. »

CHAPITRE XI

Au sein du titre IV « Règlement du régime des cabinets d'économistes de la construction et de métrologues-vérificateurs (régime "E1") » de la partie 1 « Règlement des régimes de prévoyance des ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 :

Les termes suivants de l'article 7 « Définition des garanties » de la section 3 « Dispositions spécifiques aux garanties » :

« Pour la garantie indemnité journalière :

Les termes "par les conventions collectives du BTP", au deuxième paragraphe de l'alinéa 16.1 "Ouverture de droit" de la section 3 du titre I^{er} sont remplacés par : "par la convention collective nationale des cabinets d'économistes de la construction et de métrologues-vérificateurs du 16 avril 1993".

Les dispositions des 2^e et 3^e paragraphes de l'alinéa 16.2 de la section 3 du titre I^{er} sont remplacées par les dispositions suivantes :

"Le montant de l'indemnité journalière, en cas de maladie ou d'accident non professionnel, est fixé à 85 % du salaire net. Pour l'application du présent régime, le salaire net est fixé forfaitairement à 80 % du salaire de base tel que défini à l'article 10 de la section 2 du titre I^{er} précité.

Lorsque l'arrêt de travail résulte d'une maladie ou d'un accident couvert par la législation des accidents du travail ou des maladies professionnelles, la garantie est portée à 85 % du salaire de base, tel que défini ci-dessus".

Pour la rente d'invalidité :

Les dispositions du 17.2.1.1 "Invalidité totale" de l'article 17 de la section 3 du titre I^{er} sont remplacées par les dispositions suivantes :

"Lorsque le participant est classé par la sécurité sociale en 2^e ou 3^e catégorie, la rente est réputée totale. Les prestations correspondantes, exprimées en pourcentage du salaire net, tel que défini ci-dessus, s'entendent prestations de la sécurité sociale incluses, elles représentent 85 % du salaire net tel que défini ci-dessus. Le montant de la rente versée par BTP-Prévoyance est majoré de + 5 % du salaire de base, tel que défini ci-dessus, si le participant a un ou plusieurs enfants à charge, tels que définis à l'article 8". »

Sont remplacés par les termes suivants :

« Pour la garantie indemnité journalière :

Les termes "par les conventions collectives du BTP", au deuxième paragraphe de l'alinéa 16.1 "Ouverture de droit" de la section 3 du titre I^{er}, sont remplacés par : "par la convention collective nationale des cabinets d'économistes de la construction et de métrologues-vérificateurs du 16 avril 1993".

Les dispositions des 2^e et 3^e paragraphes de l'alinéa 16.2 de la section 3 du titre I^{er} sont remplacées par les dispositions suivantes :

"Le montant de l'indemnité journalière, en cas de maladie ou d'accident non professionnel, est fixé à 80 % du salaire de base tel que défini à l'article 10 de la section 2 du titre I^{er} précité.

Lorsque l'arrêt de travail résulte d'une maladie ou d'un accident couvert par la législation des accidents du travail ou des maladies professionnelles, la garantie est portée à 85 % du salaire de base, tel que défini ci-dessus."

Pour la rente d'invalidité :

Les dispositions du 17.1 "Rente en cas d'invalidité de droit commun" de l'article 17 de la section 3 du titre I^{er} sont remplacées par les dispositions suivantes :

«Sont considérés comme atteints d'une invalidité totale de droit commun les participants qui ont été classés par la sécurité sociale en 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

Ces participants bénéficient d'une rente d'invalidité versée par BTP-Prévoyance. Les prestations, versements de la sécurité sociale inclus, sont fixées :

- pour tout participant classé en invalidité de 2^e catégorie, à 68 % du salaire de base tel que défini ci-dessus,
- pour tout participant classé en invalidité de 3^e catégorie, à 80 % du salaire de base tel que défini ci-dessus.

La rente est majorée de 5 % du salaire de base si le participant a un ou plusieurs enfants à charge au sens de l'article 8 du titre I^{er} précité.

Sont considérés comme atteints d'une invalidité partielle de droit commun les participants qui ont été classés par la sécurité sociale en 1^{re} catégorie au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

Ces participants bénéficient d'une rente d'invalidité versée par BTP-Prévoyance. Les prestations, versements de la sécurité sociale inclus, sont fixées à 39 % du salaire de base. La rente est majorée de 5 % du salaire de base si le participant a un ou plusieurs enfants à charge au sens de l'article 8 du titre I^{er} précité.» »

CHAPITRE XII

L'article 1^{er} « Objet » de la section 1 « Dispositions relatives aux entreprises et aux participants » du titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la partie 2 « Règlement des régimes de frais médicaux » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est remplacé par le texte suivant :

« Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement a pour objet de rembourser, dans le cadre d'une couverture d'entreprise, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des participants ETAM (ou de leurs ayants droit) par le régime de sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

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

CHAPITRE XIII

Les termes suivants de l'article 3 « Modalité de l'adhésion » de la section 1 « Dispositions relatives aux entreprises et aux participants » du titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la partie 2 « Règlement des régimes de frais médicaux » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 :

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

Sont remplacés par les termes suivants :

« Toute entreprise adhérente est tenue de signaler dans les 15 jours à BTP-Prévoyance toute embauche ou tout départ de son personnel ETAM. En cas de non-respect de cette obligation, l'entreprise peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient éventuellement à être effectués. »

CHAPITRE XIV

Les termes suivants de l'article 4 « Bénéficiaires » de la section 1 « Dispositions relatives aux entreprises et aux participants » du titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la partie 2 « Règlement des régimes de frais médicaux » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 :

« 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. »

Sont remplacés par les termes suivants :

« 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 et, de manière générale, toute personne reconnue comme ayant droit au sens de la législation de la sécurité sociale. »

CHAPITRE XV

L'article 6 « Cotisations » de la section 1 « Dispositions relatives aux entreprises et aux participants » du titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la partie 2 « Règlement des régimes de frais médicaux » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est remplacé par le texte suivant :

« Article 6

Cotisations

Les cotisations peuvent être exprimées en euros par jour de présence, ou en pourcentage de salaire.

6.1. Assiette

Pour les cotisations exprimées en euros, les cotisations dépendent du nombre de jours de présence de chaque ETAM affilié au cours du trimestre écoulé. Le calcul est réalisé par l'employeur :

- sans différencier les jours calendaires, selon qu'ils aient été ouverts ou non ;
- sans déduction ou abattement, en cas de travail à temps partiel ;
- en plafonnant le nombre de jours déclarés à 90 jours par ETAM et par trimestre civil.

Pour les cotisations exprimées en pourcentage de la rémunération, l'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique à l'employeur pour le régime national de prévoyance des ETAM, dans la limite de la fraction inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale (salaire cotisé en tranche A). En particulier :

- dès lors que l'entreprise relève du "mode direct" (tel que défini à l'article 3.6 du titre I^{er} "Règlements des régimes de prévoyance. – Catégorie ETAM", il lui appartient de proratiser l'application du plafond pour tenir compte de la part déclarée par la caisse congés intempéries BTP ;
- dans tous les autres cas, l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités et primes de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations.

6.2. Montant ou taux

Le montant ou le taux de la cotisation dépend du niveau de couverture et des éventuels modules additionnels choisis par l'entreprise.

La couverture des ayants droit n'a pas d'incidence sur le montant ou taux de la cotisation, sauf lorsque l'entreprise a opté pour le mode dit "conjoint distinct" ; dans ce cas, le montant ou taux de cotisation dépend de l'inclusion ou non du conjoint dans la liste des bénéficiaires.

La formule d'appel des cotisations en pourcentage de la rémunération et en mode "conjoint distinct" est réservée aux entreprises ayant par ailleurs retenue cette formulation pour leur collège ouvriers.

Lorsque l'entreprise a retenu une formule de cotisations exprimée en euros, avec une adhésion à caractère obligatoire au sens de la réglementation sécurité sociale, les différents montants applicables sont précisés dans l'annexe tarifaire.

Lorsque l'entreprise a retenu une formule de cotisations exprimée en pourcentage du salaire, avec une adhésion à caractère obligatoire au sens de la réglementation sécurité sociale :

- pour les entreprises relevant du "mode direct", les taux de cotisations sont précisés dans l'annexe tarifaire ;
- pour les entreprises relevant du "mode déclaratif", les taux de cotisations 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.

Quand l'adhésion est facultative au sens de la réglementation sécurité sociale, les montants ou taux de cotisations applicables sont ceux résultant des dispositions des deux alinéas précédents, majorés de 20 %.

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 ETAM de l'entreprise,
 - pour tous leurs conjoints, lorsque la formule de cotisation retenue par l'entreprise dépend de la composition familiale.

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

6.3. Autres dispositions relatives aux cotisations

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

En complément, sont applicables au présent règlement les dispositions relatives à la période de cotisation, à l'exigibilité des cotisations, à la déclaration des salaires (si applicable) et au recouvrement des cotisations, telles que définies aux articles 3.2, 3.4 (à l'exception du premier alinéa), 3.5 et 3.6 du régime national de prévoyance des ETAM. »

CHAPITRE XVI

Au sein de l'article 11 « Maintien et cessation des garanties » de la section 2 « Dispositions relatives aux garanties » du titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la partie 2 « Règlement des régimes de frais médicaux » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 :

Le paragraphe 11.1 « Maintien des garanties lorsque le salarié quitte son emploi » est remplacé par le texte suivant :

« 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 cotisations pour une période de 30 jours de date à date. »

Le paragraphe 11.2 « Maintien des garanties en cas de licenciement », ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage, est remplacé par le texte suivant :

« 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 (y compris l'allocation de solidarité spécifique) ;
- 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 :

- aussi longtemps que le participant atteste d'une situation continue d'indemnisation au titre de l'assurance chômage, d'indemnisation d'un arrêt maladie par la sécurité sociale ou du suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé ;
- et ce pendant une période maximale de 9 mois de date à date, à compter de la date de fin du contrat de travail ;
- 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 (à l'exception des cas de classification en invalidité de 1^{re} catégorie), 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. »

Le paragraphe 11.3 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est remplacé par le texte suivant :

« 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, leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés du collège correspondant dans l'entreprise.

Il en est de même en cas de congé lié à une maternité ou à une adoption.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, 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. »

CHAPITRE XVII

L'article 12 « Montant des remboursements » de la section 2 « Dispositions relatives aux garanties » du titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la partie 2 « Règlement des régimes de frais médicaux » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est remplacé par le texte suivant :

« Article 12

Prestations. – Etendue des garanties

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

Le montant de la prestation est calculé :

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

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations et les interdictions de prise en charge résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est précisé :

- que toutes les prestations de prévention comprises dans la liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- qu'en cas de modification des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, le conseil d'administration a compétence pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement, ces adaptations devant être soumises à ratification ultérieure de la plus prochaine commission paritaire extraordinaire.

Sauf stipulation contraire dans l'annexe des garanties, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ;
- ne s'appliquent pas pour les soins effectués par des tiers, des professionnels ou des établissements non conventionnés par la sécurité sociale (tous identifiés à ce titre sous l'intitulé de "secteur non conventionné"), quels que soient les titres ou qualifications dont ils disposent.

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

Le coût des actes et frais visés par l'article 3 du titre I^{er} "Garantie chirurgie" sont pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge du régime national de prévoyance des ETAM en application de cet article.

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

Sous réserve des dispositions du second alinéa du présent article (en vue d'assurer le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale), toute actualisation de l'annexe des garanties relève de la compétence de la commission paritaire, après avis de la commission "Santé" et sur proposition du conseil d'administration. »

CHAPITRE XVIII

L'article 14 « Plancher de versement de la prestation » de la section 2 « Dispositions relatives aux garanties » du titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la partie 2 « Règlement des régimes de frais médicaux » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est remplacé par le texte suivant :

« Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2011, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire ou postal.

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

Si tel ne peut être le cas, elle est versée au terme d'un délai de 5 ans au solde du compte prévu à l'article 24. »

CHAPITRE XIX

L'article 22 « Modification des conditions de couverture » de la section 3 « Information des adhérents, modification des conditions de couverture » du titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la partie 2 « Règlement des régimes de frais médicaux » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est remplacé par le texte suivant :

« Article 22

Modification des conditions de couverture

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

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

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

Il appartient à l'entreprise de relayer l'information correspondante auprès de ses salariés. »

CHAPITRE XX

L'article 24 « Ressources et charges » de la section financière de la section 4 « Dispositions financières » du titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la partie 2 « Règlement des régimes de frais médicaux » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est modifié comme suit :

Le paragraphe 24.3 « Compte de gestion » est remplacé par le texte suivant :

« 24.3. Compte de gestion

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

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

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

CHAPITRE XXI

La partie 3 « Règlement du régime de mensualisation » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est supprimée. Toutefois, les adhésions en cours correspondant à règlement sont de plein droit maintenues sans modification des droits et obligations des entreprises adhérentes, et relèvent désormais de l'accord collectif national du 1^{er} octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance, aux termes du chapitre XLVI de son avenant n° 11 du 15 décembre 2010

CHAPITRE XXII

Les parties signataires décident de ratifier :

- les annexes des garanties et les annexes tarifaires du « Règlement des régimes de prévoyance » de la partie « Règlement des régimes de BTP-Prévoyance. – Catégorie ETAM » telles que figurant en annexe I du présent avenant ;
- les annexes des garanties, les annexes tarifaires et les annexes de coassurance du « Règlement des régimes de frais médicaux » de la partie « Règlements des régimes de BTP-Prévoyance. – Catégorie ETAM » telles que figurant en annexe II du présent avenant.

CHAPITRE XXIII

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2011.

CHAPITRE XXIV

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

Fait à Paris, le 15 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

ANNEXES DES GARANTIES ET ANNEXES TARIFAIRES DU « RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE »

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège ETAM									
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2011									
Gamme									
Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des ETAM	RNPE*			Régime de Prévoyance Supplémentaire des ETAM					
	Prestations conventionnelles		Prestations servies						
> Capital-Décès									
				N 3	N 4	N 5	N 6	N 7	
Capital de base : décès toutes causes									
Participant célibataire, veuf ou divorcé		100% SB	110% SB	110% SB	200% SB	250% SB	350% SB		
Participant avec conjoint		150% SB	165% SB	220% SB	250% SB	350% SB	450% SB		
Majoration pour enfant à charge				+40% SB					
Majoration pour 1 enfant à charge		+30% SB	+33% SB	+80% SB					
Majoration pour 2 enfants à charge		+60% SB	+66% SB	+140% SB					
Majoration pour 3 enfants à charge		+90% SB	+99% SB	+60% SB					
Majoration par enfant à compter du 4ème		+30% SB	+33% SB						
Majoration pour décès accidentel				+ 100% SB (1)		+ 200% SB + doublement majo. enfant			
Complément de capital		+ 100% SB (1)							
Majoration pour décès suite à AT/MP (2)				+ 100% RA	+ 300% RA		+ 250% RA	+ 150% RA	
Complément de capital		-							
Majoration pour décès du conjoint du participant "Capital Orphelins"		-			+125% SB par enfant à charge				
Versement anticipé du capital-décès									
Si invalidité totale ou permanente		oui			oui				
Conversion du capital en rente		oui			oui				
> Rente décès									
				N 4					
Rente au conjoint invalide (3)		12% SB							
Rente d'éducation (par enfant à charge) si orphelin du parent participant									
- si décès non suite à AT/MP		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				
- si décès suite à AT/MP		-							
> Obsèques famille (4)									
Forfait au décès du conjoint					12,5% du PASS				
Forfait au décès d'un enfant à charge					3,2% du PASS				

* Les prestations des régimes de base applicables au 1er janvier 2011 sont rappelées ci-après à titre d'indication. Seules les dispositions détaillées au titre I du règlement des régimes de prévoyance - Catégorie Etam font référence.

(1) 200 % si SB > 160 % du plafond de la Sécurité sociale, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(2) 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.

(3) Le montant de la rente comprend les prestations ARRCO.

(4) 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 8 du titre I du règlement des Régimes de prévoyance - Catégorie ETAM.

SB : Salaire de base
AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

RA : Rémunération annuelle brute perçue au cours des douze derniers mois
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège ETAM
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2011

Gamme

Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des ETAM	RNPE*		Régime de Prévoyance Supplémentaire des ETAM			
	Prestations conventionnelles	Prestations servies				

> Indemnités Journalières (5)

Maladie ou accident de droit commun						
Prestation de base	75% SB	85% SB				
AT/MP						
Montant de la prestation	85% SB					

> Rente d'Invalidité (5)

			N 5			
Maladie ou Accident de droit commun						
Invalidité de 1ère catégorie	39 % SB	48 % SB		51% SB		
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+5% SB			+5% SB		
Invalidité de 2ème catégorie	65% SB	80% SB		85% SB		
Majoration <i>par enfant à charge</i>	+5% SB			-		
Invalidité de 3ème catégorie	65% SB	80% SB		85% SB		
Majoration <i>par enfant à charge</i>	+5% SB			-		
AT/MP						
26% ≤ T ≤ 50%	[(1,9 x T) - 35%] x SB - rente SS			[(1,9 x T) - 35%] x SB - rente SS		
T > 50%	[(0,7 x T) + 30%] x SB - rente SS			[(0,7 x T) + 30%] x SB - rente SS		

> Naissance

Forfait naissance	3,2% de PASS	
--------------------------	--------------	--

> Chirurgie

Frais de chirurgie	Oui (6)	
---------------------------	---------	--

* Les prestations des régimes de base applicables au 1er janvier 2011 sont rappelées ci-après à titre d'indication. Seules les dispositions détaillées au titre I du règlement des régimes de prévoyance - Catégorie Etam font référence.

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

(6) Module Chirurgie : à concurrence des frais réels, dans les conditions et limites définies au titre I du Règlement des régimes de Frais médicaux collectifs - Catégorie ETAM.

SB : Salaire de base

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale
SS : Sécurité Sociale

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle
T : Taux d'incapacité permanente défini par la SS

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège ETAM

ANNEXES TARIFAIRES du 1er janvier 2011

Gamme

1) Régime de base obligatoire :

En % de l'assiette des cotisations ARRCO	Taux de Cotisation
Capital Décès	0,32 %
Rentes Décès	0,18 %
Indemnité Journalière	0,47 %
Invalidité	0,63 %
Maternité	0,10 %
Chirurgie	0,10 %
Toutes garanties	1,80 %

2) Régime collectif supplémentaire :

2.1 - Entreprises relevant du "mode direct" :

(cf. article 3.6 du règlement du Régime de base obligatoire des ETAM)

En % de l'assiette des cotisations ARRCO	N 3	N 4	N 5	N 6	N 7
Capital Décès	+0,10 %	+0,17 %	+0,31 %	+0,49 %	+0,70 %
Rentes Décès	N 4 +0,05 %				
Obsèques Famille (*)	+0,05%				
Invalidité	N 5 +0,23 %				

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

> Garantie Décès Invalidité Accidentel					
En % de l'assiette des cotisations ARRCO	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.

**Régimes de Prévoyance des Cabinets d'économistes de la construction
et de Métreurs vérificateurs**

PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2011

Régime "E1" des Etam

> Capital-Décès

Capital de base : décès toutes causes	
Participant célibataire, veuf ou divorcé	110% SB
Participant avec conjoint	165% SB
Majoration pour enfant à charge	
Complément par enfant à charge	+33% SB
Majoration pour décès accidentel	
Complément de capital	+100% SB
Majoration pour décès suite à Accident du travail ou Maladie professionnelle (1)	
Complément de capital	+100% SB
Versement anticipé du capital-décès	
Si invalidité totale ou permanente	oui
Conversion du capital-décès en rente	oui

> Rente au Conjoint invalide (3)

Conjoint invalide de 2ème ou 3ème catégorie	12% SB
---	--------

> Rente d'éducation

Si orphelin du parent participant	15% SB Mini. 12% PASS
Si orphelin de père et de mère	doublément de la rente

* Les prestations des régimes de base applicables au 1er janvier 2011 sont rappelées ci-après à titre d'indication.

Seules les dispositions détaillées au titre IV du règlement des régimes de prévoyance - Catégorie Etam font référence.

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

(3) Le montant de la rente comprend les prestations ARRCO.

SB : Salaire de base correspondant au montant annuel de la rémunération brute du participant soumise à cotisation

PASS : Plafond annuel de la Sécurité Sociale

**Régimes de Prévoyance des Cabinets d'économistes de la construction
et de Métreurs vérificateurs**

PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2011

	Régime "E1" des Etam	Régime de prévoyance supplémentaire des Etam
		Niveau 1
> Indemnités Journalières (2)		
Maladie ou Accident de droit commun		
Prestation de base	80 % SB	85 % SB
Majoration par enfant à charge	-	-
Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	85 % SB	-
> Rente d'Invalidité (2)		
Maladie ou Accident de droit commun		
Invalidité de 1ère catégorie	39 % de SB	48 % SB
Invalidité de 2ème catégorie	68 % SB	80 % SB
Invalidité de 3ème catégorie	80% SB	-
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+5 % SB	+ 5% SB
Accident du Travail ou Maladie Professionnelle		
26% ≤ T ≤ 50%	$[(1,9 \times T) - 35\%] \times SB - \text{rente SS}$	-
T > 50%	$[(0,7 \times T) + 30\%] \times SB - \text{rente SS}$	-
> Naissance		
Forfait naissance	3,2 % du PASS	-
> Chirurgie		
Frais de chirurgie	Oui (3)	-

* Les prestations des régimes de base applicables au 1er janvier 2011 sont rappelées ci-après à titre d'indication.
Seules les dispositions détaillées au titre IV du règlement des régimes de prévoyance - Catégorie Etam font référence.

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

(3) Module Chirurgie : à concurrence des frais réels, dans les conditions et limites définies au titre I du Règlement des régimes de Frais médicaux - Catégorie ETAM

PASS : Plafond annuel de la Sécurité Sociale

SS : Sécurité Sociale

SB : Salaire de base correspondant au montant annuel de la rémunération brute du participant soumise à cotisation

SN : Salaire net, fixé forfaitairement à 80 % du salaire de base

T : Taux d'incapacité permanente défini par la S.S.

**Régimes de Prévoyance des Cabinets d'économistes
de la construction et de métrologues vérificateurs
ANNEXES TARIFAIRES du 1er janvier 2011
Régime des ETAM - E1**

1) Régime de base obligatoire :

	Taux de cotisation
Indemnité Journalière	1,31 % TA 1,31 % TB*
Invalidité	
Capital Décès	
Rentes Décès	
Chirurgie	0,10 % TA 0,10 % TB*
Maternité	0,10 % TA 0,10 % TB*
Toutes garanties	1,51 % TA 1,51 % TB*

* limitée à 2 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale

2) Régime collectif supplémentaire :

	Niveau 1
Indemnité Journalière	+ 0,05% TA + 0,05% TB*
Invalidité	+ 0,17% TA + 0,17% TB*

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

* limitée à 2 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale

ANNEXE II

ANNEXES DES GARANTIES, ANNEXES TARIFAIRES ET ANNEXES DE COASSURANCE DU « RÈGLEMENT DE FRAIS MÉDICAUX »

Régime de Frais Médicaux Collectifs - ETAM ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2011 Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale

Options									
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Module SNle1	Module S2	Module S3	Module S3+	Module S4	Module S5	Module S6	
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	100%	100%	175%	300%	300%	400%	
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (1) (2)	80%				150%			300%	
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%								
Transports	65%				100%	150%	100%	100%	100%
Soins externes	60 à 70%								
Radiologie, actes techniques médicaux	70%								
Pharmacie	65% / 9% / 5%								
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 %moins un forfait								
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (2)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	-	-	45,00 €/ jour	45,00 €/ jour	60,00 €/ jour	75,00 €/ jour	90,00 €/ jour	
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 PNle1	Module P2	Module P3	Module P3+	Module P4	Module P5	Module P6	
Optique									
<u>Verres et montures</u>									
- Pour l'adulte									
Monture et / ou verres simples (3)	65%	100%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 475 €	100 % + 550 €	100 % + 800 €	
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)		100% + 30€	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 350 €	100 % + 550 €	100 % + 650 €	100 % + 1000 €	
- Pour l'enfant									
Monture et / ou verres simples (3)	65%	100% + 65€	100% + 65€	100% + 120€	100 % + 225 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €	
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)		100% + 125€	100% + 125€	100% + 200€	100 % + 350 €	100 % + 550 €	100 % + 650 €	100 % + 700 €	
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%	100%	300%	300%	
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	650%	
- Implants (6)	-	-	-	-	-	400 €	450 €	500 €	
- Orthodontie	100%	175%	200%	200%	250%	275%	400%	400%	
Autres prothèses & divers									
- Prothèses auditives	65%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	750%	
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100%	250%						
- Ostéopathie (7)	-	-	-	-	2 séances x 40 €	3 séances x 40 €	4 séances x 50 €	4 séances x 60 €	
- Cures thermales (8)	65%	100%	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100%+322,50 €	100%+322,50 €	100%+322,50 €	

(1) Pour les ETAM, l'hospitalisation chirurgicale est remboursée à 100% des frais réels par la garantie "Chirurgie" du régime de base obligatoire de prévoyance.

(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) S'entend par an et par adulte en montant maximum par

séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

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

(9) Par exception, module directement intégré dans l'option "P6"

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel "BTP Santé Plus"	Base (9)
Services d'assistance	Oui

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification Globale famille

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2011

Gamme nationale

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

SNle1	529,20 €	162,00 €
PNle1	133,20 €	68,40 €
S2	529,20 €	162,00 €
P2	183,60 €	129,60 €
S3	547,20 €	180,00 €
P3	298,80 €	194,40 €
S3+	640,80 €	237,60 €
P3+	579,60 €	489,60 €
S4	691,20 €	277,20 €
P4	817,20 €	820,80 €
S5	820,80 €	388,80 €
P5	1 209,60 €	1 231,20 €
S6	1 191,60 €	730,80 €
P6	1 630,80 €	1 562,40 €
Chirurgie	36,00 €	14,40 €
Maternité	36,00 €	14,40 €

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

Modules additionnels fermés TTC		
Présence +	86,40 €	86,40 €
Non Conventionné	54,00 €	54,00 €

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification Globale famille

Tarif indicatif HT ⁽¹⁾ au 1er janvier 2011

Gamme nationale

	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle HT		

SNle1	482,10 €	147,58 €
PNle1	121,35 €	62,31 €
S2	482,10 €	147,58 €
P2	167,26 €	118,07 €
S3	498,50 €	163,98 €
P3	272,21 €	177,10 €
S3+	583,77 €	216,45 €
P3+	528,02 €	446,03 €
S4	629,68 €	252,53 €
P4	744,47 €	747,75 €
S5	747,75 €	354,20 €
P5	1 101,95 €	1 121,62 €
S6	1 085,55 €	665,76 €
P6	1 485,66 €	1 423,35 €
Chirurgie	32,80 €	13,12 €
Maternité	32,80 €	13,12 €

Modules additionnels		
Option Assistance	9,84 €	9,84 €

Modules additionnels fermés HT		
Présence +	78,71 €	78,71 €
Non Conventionné	49,19 €	49,19 €

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

(1) Montant après déduction des taxes applicables, en fonction des projets de textes en cours d'examen par le parlement au 30 novembre 2010 [⇒ TCA à 3,5% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de ces dispositions, le montant de la cotisation HT sera adapté à due proportion, les cotisations TTC restant inchangées.

Régime de Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarifification Conjoint Distinct

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2011

Gamme nationale

Cotisation Salarié + enfants		
	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle TTC		
S Nle 1	352,80 €	108,00 €
P Nle 1	90,00 €	46,80 €
S2	352,80 €	108,00 €
P2	129,60 €	86,40 €
S3	367,20 €	122,40 €
P3	201,60 €	129,60 €
S3+	428,40 €	158,40 €
P3+	396,00 €	327,60 €
S4	464,40 €	194,40 €
P4	547,20 €	550,80 €
S5	572,40 €	259,20 €
P5	810,00 €	824,40 €
S6	831,60 €	489,60 €
P6	1 094,40 €	1 047,60 €

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Cotisation Salarié + enfants + conjoint		
Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle TTC		
Nle 1	608,40 €	187,20 €
Nle 1	144,00 €	79,20 €
S2	608,40 €	187,20 €
P2	212,40 €	147,60 €
S3	630,00 €	208,80 €
P3	342,00 €	223,20 €
S3+	738,00 €	273,60 €
P3+	666,00 €	561,60 €
S4	795,60 €	320,40 €
P4	939,00 €	943,20 €
S5	943,20 €	446,40 €
P5	1 389,60 €	1 414,80 €
S6	1 371,60 €	838,80 €
P6	1 875,60 €	1 796,40 €

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

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

Régime de Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification Conjoint Distinct

Tarif indicatif HT ⁽¹⁾ au 1er janvier 2011
Gamme nationale

Cotisation Salarié + enfants		
	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle HT		
S Nle 1	321,40 €	98,39 €
P Nle 1	81,99 €	42,63 €
S2	321,40 €	98,39 €
P2	118,07 €	78,71 €
S3	334,52 €	111,51 €
P3	183,66 €	118,07 €
S3+	390,27 €	144,30 €
P3+	360,76 €	298,44 €
S4	423,07 €	177,10 €
P4	498,50 €	501,78 €
S5	521,46 €	236,13 €
P5	737,91 €	751,03 €
S6	757,59 €	446,03 €
P6	997,00 €	954,36 €

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Cotisation Salarié + enfants + conjoint		
Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle HT		
Nle 1	554,25 €	170,54 €
Nle 1	131,18 €	72,15 €
S2	554,25 €	170,54 €
P2	193,50 €	134,46 €
S3	573,93 €	190,22 €
P3	311,56 €	203,34 €
S3+	672,32 €	249,25 €
P3+	606,73 €	511,62 €
S4	724,79 €	291,88 €
P4	855,43 €	859,26 €
S5	859,26 €	406,67 €
P5	1 265,93 €	1 288,88 €
S6	1 249,53 €	764,15 €
P6	1 708,67 €	1 636,52 €

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels		
Option Assistance	9,84 €	9,84 €

(1) Montant après déduction des taxes applicables, en fonction des projets de textes en cours d'examen par le parlement au 30 novembre 2010 (⇒ TCA à 3,5% et taxe CMU à 6,27%). En cas de modification de ces dispositions, le montant de la cotisation HT sera adapté à due proportion, les cotisations TTC restant inchangées.

Régime de Frais Médicaux Collectifs ETAM
Tarification Conjoint Distinct
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2011
Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la tranche A
<i>Gamme nationale</i>

Cotisation Salarié + enfants		
	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle TTC en pourcentage du salaire cotisé		
S Nle 1	1,69%	0,49%
P Nle 1	0,24%	0,23%
S2	1,69%	0,49%
P2	0,51%	0,41%
S3	1,84%	0,56%
P3	0,83%	0,77%
S3+	2,06%	0,68%
P3+	1,35%	1,35%
S4	2,29%	0,83%
P4	1,95%	1,99%
S5	2,55%	1,16%
P5	2,44%	2,44%
S6	3,11%	2,44%
P6	3,71%	3,26%

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Cotisation Salarié + enfants + Conjoint		
Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle TTC en pourcentage du salaire cotisé		
Nle 1	2,70%	0,78%
Nle 1	0,38%	0,36%
S2	2,70%	0,78%
P2	0,82%	0,66%
S3	2,94%	0,90%
P3	1,32%	1,22%
S3+	3,30%	1,08%
P3+	2,16%	2,16%
S4	3,66%	1,32%
P4	3,12%	3,18%
S5	4,08%	1,86%
P5	3,90%	3,90%
S6	4,98%	3,90%
P6	5,94%	5,22%

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels		
Option Assistance	0,04%	0,04%

Régime de Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification Conjoint Distinct

Tarif indicatif HT ⁽¹⁾ au 1er janvier 2011

Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la tranche A

Gamme nationale

Cotisation Salarié + enfants		
	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle HT en pourcentage du salaire cotisé		
S Nle 1	1,54%	0,45%
P Nle 1	0,22%	0,21%
S2	1,54%	0,45%
P2	0,46%	0,37%
S3	1,68%	0,51%
P3	0,76%	0,70%
S3+	1,88%	0,62%
P3+	1,23%	1,23%
S4	2,09%	0,76%
P4	1,78%	1,81%
S5	2,32%	1,06%
P5	2,22%	2,22%
S6	2,83%	2,22%
P6	3,38%	2,97%

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Cotisation Salarié + enfants + Conjoint		
Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle HT en pourcentage du salaire cotisé		
Nle 1	2,46%	0,71%
Nle 1	0,35%	0,33%
S2	2,46%	0,71%
P2	0,75%	0,60%
S3	2,68%	0,82%
P3	1,20%	1,11%
S3+	3,01%	0,98%
P3+	1,97%	1,97%
S4	3,33%	1,20%
P4	2,84%	2,90%
S5	3,72%	1,69%
P5	3,55%	3,55%
S6	4,54%	3,55%
P6	5,41%	4,76%

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels		
Option Assistance	0,04%	0,04%

(1) Montant après déduction des taxes applicables, en fonction des projets de textes en cours d'examen par le parlement au 30 novembre 2010 [⇒ TCA à 3,5% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de ces dispositions, le montant de la cotisation HT sera adapté à due proportion, les cotisations TTC restant inchangées.

Régime de Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification globale famille

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2011

Tarif en pourcentage de salaire

Options fermées à l'adhésion

	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle TTC exprimée à 125% S		

Base Module S	2,11%	
Base Module P	0,73%	
Option 1 Module S	2,34%	0,51%
Option 1 Module P	0,84%	0,44%
S2	2,93%	0,78%
P2	0,96%	0,66%
S3	3,29%	1,18%
P3	1,17%	0,91%
S3+	3,71%	1,56%
P3+	2,66%	2,08%
S4	4,32%	1,82%
P4	3,70%	2,74%
S5	5,12%	2,89%
P5	4,28%	3,94%

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels (TTC)		
Non conventionné	0,21%	0,19%
Présence +	0,31%	0,31%

Régime de Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification globale famille

Tarif indicatif HT ⁽¹⁾ au 1er janvier 2011

Tarif en pourcentage de salaire

Options fermées à l'adhésion

	Régime Général	Régime de l'Est
<i>Cotisation annuelle HT exprimée à 125% S</i>		
Base Module S	1,92%	
Base Module P	0,67%	
Option 1 Module S	2,13%	0,46%
Option 1 Module P	0,77%	0,40%
S2	2,67%	0,71%
P2	0,87%	0,60%
S3	3,00%	1,07%
P3	1,07%	0,83%
S3+	3,38%	1,42%
P3+	2,42%	1,89%
S4	3,94%	1,66%
P4	3,37%	2,50%
S5	4,66%	2,63%
P5	3,90%	3,59%

S = Soins et Hospitalisation P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels (HT)		
Non conventionné	0,19%	0,17%
Présence +	0,28%	0,28%

(1) Montant après déduction des taxes applicables, en fonction des projets de textes en cours d'examen par le parlement au 30 novembre 2010 [⇒ TCA à 3,5% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de ces dispositions, le montant de la cotisation HT sera adapté à due proportion, les cotisations TTC restant inchangées.

Régime de Frais Médicaux Collectifs - ETAM
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2011
Options régionales

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

Tous les remboursements s'entendent :
 - Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale
 - A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
 - A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale

Options								
Départements où l'adhésion est possible		59,62		01,03,07,15,21,26,38,42,53,58,63,69,71,73,74,89				
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Sécurité	Confort	RS2	RS3	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
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 : 0,5% PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 1% PMSS	Pour le secteur conventionné : 150 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5% PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% 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%	FR
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		175%		100%	100%	150%	150%
Transports	60%					110%	130%	150%
Soins externes	60 à 70%						150%	150%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		150%	100%	180%			
Pharmacie	65% / 8%		100%		100%	100%	100%	100%
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % mais un forfait							
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	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	FR
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)	0,6% PMSS / jour (enfants de moins de 15 ans)	16,00 €/ jour	24,00 €/ jour	FR
Allocation 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	100% + 450€ par an et par bénéficiaire (550€ si lentilles ou verres progressifs)
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 personne	120 €	200 €	
Chirurgie de la vue (8)			-	14%PMSS par œil	14%PMSS par œil			350€ (Par œil, par personne et par an)
Soins et prothèses dentaires								
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%	160%	100%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	350%	500%	350%	400%	350%	450%	550%
- Implants (4)	-	-	-	300 €	400 €	-	-	200 €
- Orthodontie	100%	200%	250%	235%	400%	200%	300%	400%
Autres prothèses et divers								
- Prothèses auditives	65%	350%	500%	250%	350,0%	100% + 150 €	100% + 250 € 300%	100% + 400 € 400%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		350%		100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4 % PMSS)	100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4% PMSS)	100% (y compris prothèses capillaires et mammaires)	Sauf prothèses capillaires et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 100 € Prothèses mammaires : 100% + 50 €	Sauf prothèses capillaires et mammaires : Prothèses capillaires : 100 % + 300 € Prothèses mammaires : 100% + 300 €
- Vaccin non remboursé	-	-	-	-	-	15 €	30 €	50€ (par vaccin)
- Ostéodensitométrie osseuse non prise en charge par la SS	-	-	-	-	-	20 €	40 €	50 €
- Patch et substitut nicotinique	dans la limite de 50 € / an / bénéficiaire	-	-	-	-	20 €	40 €	50 €
- Acupuncture (5)	-	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €	-	-	-	-	-
- Ostéopathie (6)	-	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €	-	-	-	-	-
- 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 €	100%+ 200 €
SERVICE PLUS								
		Compris	Compris					
SANTÉ PLUS								
		En option	Compris					

- (1) Pour les ETAM et les Cadres, l'hospitalisation chirurgicale est remboursée à 100% des frais réels par la garantie "Chirurgie" du régime de prévoyance. Si l'entreprise n'adhère pas au régime de prévoyance, elle doit souscrire à la garantie
- (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
- (5) s'entend par an et par bénéficiaire en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées
- (6) s'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel "Service Plus"	
Assistance 24h / 24 en cas d'hospitalisation	Oui
Allocation hospitalière du 3ème au 6ème 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	53,36 €/jour
Prothèses auditives refusées par la sécurité sociale	380,12 € / an
Prothèses capillaires et mammaires refusées par la sécurité sociale	285,79 € / an
Orthodontie adulte refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Orthodontie enfant refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Vaccin anti-grippe pour personnes de moins de 65 ans	100% Frais réels
Vaccin non remboursable	114,54 € / an
Collyre ou lés à l'œil	511,68 € / an
Fondation de l'œil	5,72 € / acte
Proctore	114,54 € / an
Peint	511,71 € / an
Chiropracteur	50% frais réels
Déambulatoire Ossense	76,32 € / an

Module additionnel "BTP Santé Plus" (7)	
Services d'assistance	Oui

- (7) Uniquement dans les départements 01,03,07,15,21,26,27,38,42,53,58,63,69,71,73,74,76 et 89
- (8) Pour les ETAM et les Cadres, cette prestation est prise en charge par la garantie Chirurgie du régime de Prévoyance.

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification Globale famille

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2011

Options régionales

	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle TTC		

Sécurité	1 090,80 €	
Confort	1 270,80 €	
RS2	820,80 €	352,80 €
RS3	1 177,20 €	644,40 €
Boissière 1	716,40 €	
Boissière 2	1 087,20 €	
Boissière 3	1 425,60 €	

Modules additionnels (TTC)		
Service +	93,60 €	93,60 €
Santé +	104,40 €	104,40 €
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 des Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification Globale famille

Tarif indicatif HT ⁽¹⁾ au 1er janvier 2011

Options régionales

	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle HT		

Sécurité	993,72 €	
Confort	1 157,70 €	
RS2	747,75 €	321,40 €
RS3	1 072,43 €	587,05 €
Boissière 1	652,64 €	
Boissière 2	990,44 €	
Boissière 3	1 298,72 €	

Modules additionnels (HT)		
Service +	85,27 €	85,27 €
Santé +	95,11 €	95,11 €
Option Assistance (1)	9,84 €	9,84 €
(1) Uniquement dans les départements 01,03,07,15,21,26,27,38,42,53,58,63,69,71,73,74,76 et 89		

(1) Montant après déduction des taxes applicables, en fonction des projets de textes en cours d'examen par le parlement au 30 novembre 2010 [⇒ TCA à 3,5% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de ces dispositions, le montant de la cotisation HT sera adapté à due proportion, les cotisations TTC restant inchangées.

Régime de Frais Médicaux Collectifs - ETAM

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2011

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 03-15-21-43-58-63-89	65%	35%
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 - ETAM
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2011
Options fermées à l'adhésion

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale
- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale

Options fermées à l'adhésion			
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Option Base	Option 1
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%		
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (1) (2)	80%		
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%	100%	100%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		
Pharmacie	65% / 3% / 5%		
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % moins un forfait		
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (2)	-	oui	oui
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			
Verres et montures			
- Pour l'adulte			
Monture et / ou verres simples (3)		100%	100%
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)	65%	100% + 30€	100% + 30€
- Pour l'enfant			
Monture et / ou verres simples (3)		100% + 65€	100% + 65€
Monture et / ou verres progressifs (3) (4)		100% + 125€	100% + 125€
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 ETAM, l'hospitalisation chirurgicale est remboursée à 100% des frais réels par la garantie "Chirurgie" du régime de base obligatoire de prévoyance.

(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 ETAM

Tarification Globale famille

ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2011

Options fermées à l'adhésion

Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle TTC		

Options de la Gamme			
Option1 Ancienne Gamme		442,80 €	288,00 €
Option2 Ancienne Gamme		1 184,40 €	831,60 €
Option Base	Module S	475,20 €	
	Module P	140,40 €	
	Sous-total	615,60 €	
Option 1	Module S	529,20 €	162,00 €
	Module P	133,20 €	68,40 €
	Sous-total	662,40 €	230,40 €

Module additionnel fermé (TTC)		
Non Conventionné	54,00 €	54,00 €

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification Globale famille

Tarif indicatif HT ⁽¹⁾ au 1er janvier 2011

Options fermées à l'adhésion

Gamme Nationale	Régime Général	Régime de l'Est
Cotisation annuelle HT		

Options de la Gamme			
Option1 Ancienne Gamme		403,39 €	262,37 €
Option2 Ancienne Gamme		1 078,99 €	757,59 €
Option Base	Module S	432,91 €	
	Module P	127,90 €	
	Sous-total	560,81 €	
Option 1	Module S	482,10 €	147,58 €
	Module P	121,35 €	62,31 €
	Sous-total	603,45 €	209,89 €

Module additionnel fermé (HT)		
Non Conventionné	49,19 €	49,19 €

(1) Montant après déduction des taxes applicables, en fonction des projets de textes en cours d'examen par le parlement au 30 novembre 2010 [⇒ TCA à 3,5% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de ces dispositions, le montant de la cotisation HT sera adapté à due proportion, les cotisations TTC restant inchangées.