

Brochure n° 3107

Accords collectifs nationaux
BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

AVENANT N° 13 DU 12 DÉCEMBRE 2012
RELATIF AUX STATUTS ET AUX RÈGLEMENTS DES RÉGIMES
NOR : ASET1350362M

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 FG FO BTP,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

CHAPITRE I^{ER}

Les articles 4 et 18 des statuts de BTP-Prévoyance sont modifiés comme suit :

Le texte suivant de l'article 4 :

« Les modalités de ces garanties sont définies dans le règlement de chacune des catégories de l'institution (ouvriers, ETAM, cadres, tous collègues), ou dans les conventions particulières conclues avec certaines entreprises adhérentes. »

Est remplacé par le texte suivant :

« Les modalités de ces garanties sont définies :

– dans l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ;

– ou dans l'accord collectif national du 13 décembre 1990 ;

– ou dans les règlements des régimes standards de l'institution. Ces régimes comprennent notamment des régimes de prévoyance supplémentaire en faveur des ouvriers et des ETAM, des régimes de prévoyance des cadres, un régime de GAT-OCALD et des régimes de frais médicaux (tant collectifs qu'individuels) ;

– ou dans les conventions particulières conclues avec certaines entreprises adhérentes. »

Le texte suivant de l'article 18 :

« Article 18

Directeur général

La limite d'âge à l'exercice des fonctions de directeur général est fixée à 65 ans. »

Est remplacé par le texte suivant :

« La limite d'âge à l'exercice des fonctions de directeur général est fixée à l'âge limite prévu au 1° de l'article L. 351-8. »

CHAPITRE II

Le règlement correspondant au régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers figurant au titre II de la première partie « Règlement des régimes de prévoyance des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie ouvriers » de l'annexe III à l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ;

Le règlement correspondant à la deuxième partie « Règlement des régimes de frais médicaux des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie ouvriers » de l'annexe III à l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ;

Le titre II « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » de la première partie « Règlement des régimes de prévoyance des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 ;

Le titre III « Régimes de prévoyance individuels » de la première partie « Règlement des régimes de prévoyance des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 ;

Le titre IV « Règlement du régime des cabinets d'économistes de la construction et de métrologues vérificateurs » de la première partie « Règlement des régimes de prévoyance des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 ;

Le titre II « Régime de frais médicaux collectifs ETAM » de la deuxième partie « Règlement des régimes de frais médicaux des règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie ETAM » de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990, sont entièrement et intégralement transférés vers l'accord collectif du 1^{er} octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance.

Il est précisé que :

- ce transfert ne remet aucunement en cause les droits et obligations des entreprises adhérentes et des membres participants de l'institution salariés ou anciens salariés ;
- les régimes transférés sont ceux qui résultent des modifications apportées par l'avenant n° 52 à l'accord collectif national du 31 juillet 1968 et par l'avenant n° 30 à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 ;
- les conditions de mutualisation des régimes sont inchangées.

CHAPITRE III

L'ensemble des textes suivants :

« Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, catégorie cadres

Première partie. – Règlement des régimes de prévoyance

Titre I^{er}. – Régime de prévoyance des cadres

Titre II. – Régimes de prévoyance individuels

Titre III. – Régime de prévoyance tranche C

Deuxième partie. – Règlement des régimes de frais médicaux
Titre I^{er}. – Réserve
Titre II. – Régime de frais médicaux collectifs
Troisième partie. – Règlement du régime de rente de conjoint
Titre I^{er}. – Régime collectif
Titre II. – Régime individuel
Quatrième partie. – Dispositions transitoires
Règlements des régimes de BTP-Prévoyance, tous collèges
Règlement unifié des régimes de mensualisation
Règlement de frais médicaux individuels actifs
Règlement des frais médicaux individuels retraités
Règlement des compléments individuels de frais médicaux »,
est entièrement et intégralement remplacé par les textes suivants :

(Voir règlements pages suivantes.)

RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE SUPPLÉMENTAIRE DES OUVRIERS

Section 1

Dispositions relatives aux entreprises et aux participants

Article 1^{er}

Conditions générales

Le présent règlement détermine les conditions dans lesquelles BTP-Prévoyance assure une couverture collective 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 ouvriers institué par l'accord collectif national du 31 juillet 1968.

Les garanties – et le niveau de couverture retenu pour chacune d'entre elles – s'appliquent à tous les membres du personnel ouvriers et apprentis 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 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 ;
- garantie forfait naissance : versement d'une allocation forfaitaire destinée à couvrir les frais exposés en cas de naissance ou d'adoption ;
- garantie obsèques famille : versement d'un capital en cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge.

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

Article 2

Adhésion des entreprises

Toute entreprise adhérente au régime national de prévoyance des ouvriers (à la fois au régime de prévoyance de base obligatoire et à l'une des deux surbases obligatoires – bâtiment ou travaux publics) 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 ouvriers, 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 ouvriers 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 ouvriers, 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 *a*.

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.

Article 3

Affiliation des participants

L'entreprise adhérente est tenue d'inscrire au présent règlement, d'une façon permanente, tous les membres de son personnel ouvriers et ses apprentis titulaires d'un contrat d'apprentissage.

Peuvent prétendre au bénéfice des garanties :

- les ouvriers et apprentis des entreprises qui adhèrent au présent règlement. Ces personnes sont appelées membres participants ;
- les ayants droit tels qu'ils sont définis pour chaque prestation par le présent règlement.

Article 4

Cotisations

4.1. Assiette

L'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique pour le régime national de prévoyance des ouvriers.

4.2. Taux

Le taux de cotisation, qui dépend des garanties et options choisies, est précisé dans les annexes tarifaires.

La répartition de la cotisation entre l'employeur et les salariés 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 ouvriers de l'entreprise.

4.3. Autres dispositions

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

En complément, sont applicables au présent règlement les dispositions des articles 3.2, 3.4 (à l'exception du 1^{er} alinéa), 3.5 et 3.6 du régime national de prévoyance des ouvriers.

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 ;
- 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.

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 prise d'effet de la démission peut être acceptée par BTP-Prévoyance en cours d'exercice 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.

Dans chacune de ces situations, la démission prend effet, à partir de la date de réception de la demande écrite :

- au dernier jour du mois suivant pour les entreprises qui occupent 10 ouvriers ou plus ;
- ou au dernier jour du trimestre civil suivant pour les autres entreprises ou lorsque la démission porte simultanément sur des régimes ETAM ou cadres de BTP-Prévoyance.

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 par lettre recommandée dans le délai de 1 mois.

c) Résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion)

L'institution peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise, en cas de :

- défaut de déclaration des cotisations ;
- déclaration anormale ou irrégulière ;
- défaut de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires.

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.

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 6 de l'annexe III de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 instituant le régime national de prévoyance des ouvriers du BTP.

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 dans tous les cas, 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.

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

Article 6

Conditions générales régissant les garanties

Sauf disposition particulière :

- les dispositions générales relatives aux garanties telles qu'elles sont prévues, pour le régime de base obligatoire, aux articles 6 « Maintien et cessation des garanties », 7 « Prescription – Déclaration tardive », 8 « Notions d'ayants droit », 9 « Bénéficiaires en cas de décès », 10 « Base de calcul des prestations », 11, à l'exception des deux derniers alinéas, « Revalorisation des prestations », 13 « Modalités de paiement des rentes », 15 « Plancher de versement de la prestation » et 16 « Conversion du capital en rente » de l'annexe III à l'accord collectif national du 31 juillet 1968 instituant le régime national de prévoyance des ouvriers du BTP sont applicables à la présente section ;
- les dispositions spécifiques aux prestations du régime national de prévoyance des ouvriers du BTP institué par l'accord collectif national du 31 juillet 1968, telles qu'elles sont prévues en matière d'attribution, de calcul et de versement, et notamment les dispositions des articles 20.1,

20.3, et 21.2 de son annexe III sont applicables à la prestation correspondante définie dans le cadre du régime collectif supplémentaire.

Article 7

Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur. – Niveau de garantie applicable

7.1. Conditions d'ouverture des droits

Les droits prévus par chaque option du présent règlement sont ouverts à tout participant qui, à la date du fait générateur :

- dispose de droits ouverts au titre du régime national de prévoyance des ouvriers, tel que défini dans l'annexe III de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ;
- est affilié à cette option par une entreprise adhérente.

Toutefois, concernant le forfait naissance défini à l'article 14, les droits à prestation ne sont ouverts qu'après un délai de 6 mois suivant la date d'adhésion de l'entreprise.

7.2. Fait générateur

Les dispositions définies à l'article 5.2 de l'annexe III précitée 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 notification par la sécurité sociale du classement en invalidité 3^e catégorie (ou d'octroi de la majoration pour tierce personne de l'incapacité permanente), pour le versement anticipé du capital défini à l'article 9.3 ;
- 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 15.2 au titre de la garantie décès-invalidité accidentels.

7.3. 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 définie ci-dessus pour l'option choisie par l'entreprise adhérente.

Toutefois, pour les participants bénéficiant de maintien de garanties sans contrepartie de cotisations, c'est l'option en vigueur à la date de la rupture du contrat de travail, de la suspension du contrat de travail ou de la radiation de l'entreprise qui est retenue.

Article 8

Montant de la prestation

Le montant global d'une prestation attribuée dans le cadre des options du présent règlement inclut l'éventuel montant de la prestation du régime national de prévoyance des ouvriers du BTP institué par l'accord collectif national du 31 juillet 1968, sans pouvoir être inférieur à celui-ci.

Section 3

Dispositions spécifiques relatives aux garanties

Article 9

Garantie décès

9.1. Décès du participant quelle qu'en soit la cause

En cas de décès du participant, il est versé un capital dont le montant est fonction de la composition familiale appréciée au jour du décès. Le détail des garanties applicables pour chaque option supplémentaire figure dans l'annexe des garanties.

Les dispositions des 3^e et 4^e alinéas de l'article 17.1 de l'annexe III de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 instituant le régime national de prévoyance des ouvriers du BTP sont applicables au présent règlement.

Le capital prévu par le présent article n'est pas dû en cas d'attribution préalable au participant du capital prévu à l'article 9.3. Celle-ci se substitue à la prestation prévue par le présent article. De nouveaux droits peuvent être néanmoins ouverts en matière de capital décès, si le participant reprend une activité pendant une durée au moins égale à 3 mois et si des cotisations sont à nouveau versées à l'institution pour la couverture de ce risque. Le capital garanti est alors celui découlant de la nouvelle situation du participant, diminué du montant du capital versé au titre de l'article 9.3.

9.2. Décès accidentel du participant

En fonction de l'option souscrite et sous réserve des exclusions prévues à l'article 16, le capital défini à l'article 9.1 est majoré :

- en cas de décès accidentel (accident quelle qu'en soit la cause) ;
- en cas de maladie professionnelle reconnue comme telle par la législation.

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

9.3. Capital en cas d'invalidité totale et permanente

A compter du niveau II, le participant peut demander le versement d'un capital équivalent au montant de celui défini à l'article 9.1 du présent règlement s'il est atteint :

- d'une invalidité de 3^e catégorie telle que définie au 3^o de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ;
- ou, dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, d'une incapacité permanente ouvrant droit à majoration pour assistance d'une tierce personne telle que définie au troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

Le versement du capital est effectué en une fois dès la reconnaissance effective du fait générateur qui y donne droit.

9.4. Capital orphelin

Les dispositions de l'article 17.2 de l'annexe III de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 sont applicables au présent règlement, à l'exception du dernier alinéa.

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

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 9.1 de l'annexe III de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 instituant le régime national de prévoyance des ouvriers.

Article 11

Garantie rente d'éducation

La rente d'éducation garantie dans le cadre de l'annexe III précitée peut être étendue dans le cadre d'options supplémentaires :

- aux décès consécutifs aux accidents du travail et maladies professionnelles ;
- à des compléments de garanties dans les autres cas de décès.

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

Article 12

Garantie indemnités journalières

L'indemnité journalière complète le montant journalier des prestations servies par la sécurité sociale à concurrence d'un taux applicable à la 365^e partie du salaire S.

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

Le total correspondant au cumul de l'indemnité journalière versée par BTP-Prévoyance, des prestations servies par la sécurité sociale et d'un éventuel salaire d'activité partielle ne peut excéder :

- en montant brut, la 365^e partie du salaire S ;
- en montant net versé, la 365^e partie du salaire net d'activité. En tant que de besoin, il appartient au conseil d'administration de fixer les modalités d'application de ce plafond.

Article 13

Garantie invalidité

La rente d'invalidité définie à l'annexe III de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 est complétée si l'entreprise adhère à l'une des options supplémentaires définies au présent règlement.

Les dispositions de l'article 21.3 de l'annexe III précitée sont applicables pour le complément de rente résultant du présent règlement.

La rente totale d'invalidité de BTP-Prévoyance, le montant des prestations servies par la sécurité sociale, et l'éventuel salaire d'activité perçu pour la période correspondante, ne peuvent globalement excéder le montant du salaire S pour une période équivalente.

La rente d'invalidité de BTP-Prévoyance assure un taux de remplacement en pourcentage de S fonction simultanément :

- de l'option souscrite ;
- du classement de l'intéressé au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

En fonction de l'option souscrite, une majoration de la rente peut être accordée pour chaque enfant à charge du participant au cours du trimestre de paiement de la rente d'invalidité.

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

Article 14

Forfait naissance

Un forfait est versé au participant, pour chaque enfant né ou en cas d'adoption d'un enfant de moins de 7 ans, dont le montant est fixé comme suit : en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale de l'année au cours de laquelle intervient la naissance ou l'adoption.

Le détail des garanties applicable pour chaque option supplémentaire figure dans l'annexe des garanties. Pour les femmes ouvrières, ces garanties s'entendent y compris le forfait maternité prévu

à l'article 22 de l'annexe III de l'accord collectif national du 31 juillet 1968, sans pouvoir lui être inférieures.

Le forfait est également versé en cas de naissance sans vie, lorsque celle-ci se traduit par une inscription au registre d'état civil et sur le livret de famille.

Article 15

Garantie décès, invalidité accidentels

15.1. Capital décès en cas de décès accidentel ou suite à une 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 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.

15.2. Capital invalidité en cas d'invalidité accidentelle ou suite à une 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 %.

15.3. Dispositions diverses

Il n'est versé aucune indemnité ou capital au titre des accidents vis-à-vis desquels le décès ou la constatation de l'invalidité, intervient plus de 36 mois après la date de l'accident proprement dit. Cette prescription ne s'applique toutefois pas lorsque l'incapacité de travail a été indemnisée, au titre des accidents du travail ou de la maladie professionnelle, de manière continue au-delà du 36^e mois suivant l'accident.

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

Article 16

Exclusions

Le capital visé aux articles 9 et 15 et la majoration en cas de décès accidentel définie à l'article 9.2 ne sont pas dus 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.

Section 4 Dispositions financières

Article 17

Section financière et réserve

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

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

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

Article 18

Ressources et charges de la section financière

18.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

18.2. 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 ouvriers ;
- 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) Le cas échéant, toute dotation à une provision d'égénéralisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la section financière.

18.3. 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 18.2.

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.

RÉGIMES DE PRÉVOYANCE DES ETAM

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE SUPPLÉMENTAIRE DES ETAM

Section 1

Dispositions relatives aux entreprises et aux participants

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 à l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du bâtiment et des travaux publics.

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.

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 (référendum) ;
- 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 *a*.

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.

Article 3

Affiliation des participants

L'entreprise qui décide d'adhérer est tenue d'affilier au présent règlement, d'une façon permanente, tous les membres de son personnel faisant partie de la catégorie ETAM.

Peuvent prétendre au bénéfice du présent règlement :

- les ETAM des entreprises qui décident d'adhérer ; ces personnes sont appelées membres participants ;
- les ayants droit tels qu'ils sont définis pour chaque prestation par le présent règlement.

Tout salarié ETAM d'une entreprise qui adhère au présent règlement est automatiquement affilié dans les mêmes conditions que celles s'appliquant pour son affiliation au régime de base obligatoire de prévoyance des ETAM (bénéficiaires, date d'effet...). Toutefois, la date d'effet de son affiliation ne peut être antérieure à la date de l'adhésion de l'entreprise au présent règlement.

Article 4

Cotisations

4.1. Assiette

L'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique pour le régime national de prévoyance des ETAM.

4.2. Taux

Le taux de cotisation dépend des garanties et options choisies :

- pour les entreprises relevant du mode direct, ce taux est précisé dans les annexes tarifaires ;
- pour les entreprises relevant du mode déclaratif, ce taux est déterminé 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 de la cotisation entre l'employeur et les salariés 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 ETAM de l'entreprise.

4.3. Autres dispositions

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

En complément, sont applicables au présent règlement les dispositions des articles 3.2, 3.4 (à l'exception du 1^{er} alinéa), 3.5 et 3.6 du régime national de prévoyance des ETAM.

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 ;
- 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.

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 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 d'application de l'accord collectif du 13 décembre 1990 ;
- 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.

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.

c) Résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion)

L'institution peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise, en cas de :

- défaut de déclaration des cotisations ;
- déclaration anormale ou irrégulière ;
- défaut de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires.

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.

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 cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 6 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990.

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.

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

Article 6

Conditions générales régissant les garanties

Sauf disposition particulière :

- les dispositions générales relatives aux garanties telles qu'elles sont prévues, pour le régime national de prévoyance des ETAM du BTP institué par l'accord collectif national du 13 décembre 1990, notamment dans les articles 6 « Maintien et cessation des garanties », 7 « Prescription – Déclaration tardive », 8 « Notions d'ayants droit », 9 « Bénéficiaires en cas de décès », 10 « Base de calcul des prestations », 11 « Revalorisation des prestations » à l'exception des deux derniers alinéas, 12 « Modalités de paiement des rentes », 14 « Plancher de versement de la prestation » et 15 « Conversion du capital en rente » de son annexe III, sont applicables au présent régime ;
- les dispositions spécifiques aux prestations du régime national de prévoyance des ETAM du BTP, telles qu'elles sont prévues en matière d'attribution, de calcul et de versement, et notam-

ment les dispositions des articles 19.1, 19.3 et 20.2 de l'annexe III précitée sont applicables à la prestation correspondante définie dans le cadre du présent régime collectif supplémentaire.

Article 7

Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur. – Niveau de garantie applicable

7.1. Conditions d'ouverture des droits

Les droits prévus par chaque option du présent règlement sont ouverts à tout participant qui, à la date du fait générateur :

- dispose de droits ouverts au titre du régime national de prévoyance des ETAM institué par l'accord collectif national du 13 décembre 1990 ;
- est affilié à cette option par une entreprise.

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

- les garanties ne peuvent être suspendues que 30 jours après que l'entreprise ait été mise en demeure de s'acquitter des cotisations arriérées ;
- la justification du précompte des cotisations au régime permet de maintenir les droits à tout participant non juridiquement responsable du défaut de paiement.

7.2. Fait générateur

Les dispositions définies à l'article 5.2 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 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.

7.3. Notion 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 définie ci-dessus pour l'option choisie par l'entreprise adhérente.

Toutefois, pour les participants bénéficiant de maintien de garanties sans contrepartie de cotisations, c'est l'option en vigueur à la date de la rupture du contrat de travail, de la suspension du contrat de travail ou de la radiation de l'entreprise qui est retenue.

Article 8

Montant et base de calcul de la prestation

8.1. Montant de la prestation

Le montant global d'une prestation attribuée dans le cadre des dispositions du présent règlement inclut le montant de la prestation du régime de base obligatoire, régime national de prévoyance des ETAM.

8.2. Base de calcul de la prestation

Toutes les prestations prévues par le présent régime sont calculées en fonction du salaire de base. Le salaire de base est le montant annuel de la rémunération brute du participant soumise à cotisa-

tions au titre du régime de base obligatoire au cours de l'exercice de référence, défini comme étant l'exercice civil précédant celui où se situe l'événement à l'origine du droit à la prestation.

Les autres dispositions de l'article 10 du régime de base obligatoire s'appliquent.

Section 3

Dispositions spécifiques relatives aux garanties

Article 9

Garantie décès

L'ensemble des dispositions décrites à l'article 13 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP est applicable.

Les niveaux de garanties prévues pour chaque option et concernant le capital décès de base et les majorations pour décès accidentel figurent dans l'annexe des garanties. Ces garanties s'appliquent sous réserve des exclusions prévues à l'article 15.

9.1. Capital orphelin

Il est versé un capital décès complémentaire à chaque enfant 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 charge du participant (au sens de l'article 8.2 de l'annexe III précitée) à la date du décès du participant ;
- l'enfant était à la charge du second parent (au sens de l'article 8.2 de l'annexe III précitée) à la date du décès de ce dernier.

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

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

Pour permettre aux ETAM de bénéficier des mêmes garanties que celles des cadres conformément aux dispositions des conventions collectives nationales des IAC du bâtiment et des travaux publics, il est prévu en cas de décès par accident du travail ou des suites d'une maladie professionnelle le versement d'un capital supplémentaire.

Ce capital complémentaire est déterminé conformément aux dispositions conventionnelles applicables pour les IAC.

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 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP.

Article 11

Garantie rente d'éducation

La rente d'éducation garantie dans le cadre de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 peut être étendue dans le cadre d'options supplémentaires :

- aux décès consécutifs aux accidents du travail et maladies professionnelles ;
- à des compléments de garanties dans les autres cas de décès.

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

Article 12

Garantie indemnités journalières

Les dispositions prévues à l'article 16 du régime de base obligatoire de prévoyance des ETAM concernant les garanties indemnité journalière et rente d'invalidité sont applicables, à l'exception de l'alinéa 16.2 « Montant de l'indemnité journalière ».

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

Article 13

Garantie invalidité

La rente d'invalidité définie à l'article 17 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP est complétée si l'entreprise adhère à l'une des options supplémentaires définies au présent règlement.

Les dispositions de l'article 17.3 de l'annexe III précitée sont applicables pour le complément de rente résultant du présent règlement.

La rente totale d'invalidité de BTP-Prévoyance, le montant des prestations servies par la sécurité sociale, et l'éventuel salaire d'activité perçu pour la période correspondante, ne peuvent globalement excéder le montant du salaire S pour une période équivalente.

La rente d'invalidité de BTP-Prévoyance assure un taux de remplacement en pourcentage du salaire de base, fonction simultanément :

- de l'option souscrite ;
- du classement de l'intéressé au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

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

Article 14

Garantie décès, invalidité accidentels

14.1. Capital décès, en cas de décès accidentel ou suite à 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 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.

14.2. Capital invalidité, en cas d'invalidité accidentelle ou suite à 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 %.

14.3. Dispositions diverses

Il n'est versé aucune indemnité ou capital au titre des accidents vis-à-vis desquels le décès ou la constatation de l'invalidité intervient plus de 36 mois après la date de l'accident proprement dit. Cette prescription ne s'applique toutefois pas lorsque l'incapacité de travail a été indemnisée, au titre des accidents du travail ou de la maladie professionnelle, de manière continue au-delà du 36^e mois suivant l'accident.

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

Article 15

Exclusions

Le capital visé à l'article 9 et à l'article 14 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.

Section 4

Dispositions financières

Article 16

Section financière et réserve

Pour le suivi des opérations nées du présent régime et de celles nées du régime de prévoyance individuelle des ETAM, il est institué une section financière unique, ainsi qu'une réserve spécifique dans les fonds propres de l'institution.

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

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

Article 17

Ressources et charges de la section financière

17.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

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.

Section 1

Dispositions générales relatives aux adhésions

Article 1^{er}

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 6.1 et 6.2 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP ;
- 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 maintien de garanties prévue aux articles 6.1 et 6.2 de l'annexe III précitée).

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

Article 2

Modalités 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^{er}, jusqu'au 31 décembre de l'exercice considéré. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

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

Article 3

Cotisations

3.1. Assiette

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

Si le salaire est incomplet, il est reconstitué selon les conditions de l'article 10 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP.

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

Pour les participants en incapacité partielle de travail, la base de calcul de la cotisation est le salaire, proportionnel à la capacité de gain, à partir duquel est calculée la prestation de l'institution.

3.2. Taux

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

3.3. Recouvrement des cotisations

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

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

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

Article 4

Résiliation de l'adhésion

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

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

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

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

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

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

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

Article 5

Modalités d'application

Les dispositions relatives aux garanties sont celles décrites dans l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP, à l'exception de celles concernant la base de calcul des prestations, redéfinie ci-après.

Article 6

(Réservé)

Article 7

Base de calcul des prestations

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

Section 3

Dispositions propres à chaque garantie

Article 8

Modalités d'application de chaque garantie

Les régimes proposés à titre individuel étant identiques à ceux proposés dans le cadre collectif, leurs garanties sont, à l'exception de la période de franchise qui détermine le point de départ de l'indemnisation maladie-invalidité, en tous points celles définies dans l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP.

Leur détail figure, par type de régime, dans l'annexe garanties prévoyance.

Toutefois, lorsque l'adhésion est réalisée au titre d'une période indemnisée par Pôle emploi, le cumul des prestations servies par la sécurité sociale, l'institution et tout autre organisme ou activité assurant un revenu de remplacement, ne peut, au titre de la garantie maladie-invalidité, excéder le montant des prestations du régime de Pôle emploi. Cette comparaison est réalisée la veille du premier jour d'incapacité de travail tel que pris en compte par l'institution pour déterminer le point de départ du versement de ses prestations.

Section 4

Dispositions financières

Article 9

Section financière et réserve

Le suivi des opérations nées du présent titre est mis en œuvre dans le cadre de la section financière et de la réserve prévues à l'article 15 du titre III des règlements des régimes de prévoyance, catégorie ETAM.

RÈGLEMENT DU RÉGIME DES CABINETS D'ÉCONOMISTES
DE LA CONSTRUCTION ET DE MÉTREURS-VÉRIFICATEURS (RÉGIME E1)

Section 1

Dispositions générales relatives aux cabinets employeurs
et aux participants

Article 1^{er}

Conditions générales

Le présent règlement correspond au régime de prévoyance complémentaire tel que défini à l'article 49 de la convention collective nationale des cabinets d'économistes de la construction et de métreurs-vérificateurs du 16 avril 1993.

Article 2

Adhésion des cabinets employeurs

Les cabinets employeurs entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des cabinets d'économistes de la construction et de métreurs-vérificateurs du 16 avril 1993 sont tenus d'adhérer au présent règlement pour les salariés non cadres.

Ces cabinets sont désignés ci-après sous le nom : entreprises adhérentes.

Article 3

Affiliation des participants

L'entreprise adhérente est tenue d'inscrire à BTP-Prévoyance tous ses salariés non cadres.

Peuvent prétendre au bénéfice du présent règlement :

- les salariés non cadres des entreprises adhérentes qui sont appelés membres participants ;
- leurs ayants droit tels qu'ils sont définis à l'article 8 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM.

Article 4

Cotisations

Les cotisations dues à BTP-Prévoyance au titre du présent règlement sont déterminées et réglées dans les conditions telles que visées à l'article 3 de l'annexe III précitée, à l'exception du c « Taux ».

Le taux de cotisation est défini en annexe tarifaire au présent règlement.

Article 5

Radiation d'une entreprise

La radiation d'une entreprise s'effectue conformément aux dispositions de l'article 4 de l'annexe III précitée.

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

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 l'annexe III précitée.

Section 3
Dispositions spécifiques aux garanties

Article 7

Définition des garanties

Les garanties prévues au titre du présent régime sont identiques aux garanties visées à la section 3 « Dispositions propres à chaque garantie » de l'annexe III précitée, à l'exclusion des dispositions ci-après :

Pour le capital-décès :

Les dispositions de l'alinéa 13.1 de l'annexe III précitée sont remplacées par les dispositions suivantes :

« a) Cas de décès quelle qu'en soit la cause

Le montant du capital-décès est exprimé en pourcentage du salaire de base tel que défini à l'article 10 :

- 110 % du salaire de base au décès d'un célibataire, d'un veuf ou d'un divorcé ;
- 165 % du salaire de base au décès d'un participant marié. Le montant du capital est majoré de 33 % du salaire de base par enfant à charge tel que défini à l'article 8. »

Les dispositions du 3^e paragraphe de l'alinéa 13.2 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Ce complément est doublé au décès d'un participant si le décès résulte d'une maladie ou d'un accident couvert par la législation sur les accidents du travail ou maladies professionnelles. »

Pour la garantie indemnités journalières :

Le terme « par les conventions collectives du BTP », au 2^e paragraphe de l'alinéa 16.1 « Ouverture de droit » de l'annexe III précitée, est remplacé par : « par la convention collective nationale des cabinets d'économistes de la construction et de métreurs-vérificateurs du 16 avril 1993 ».

Les dispositions des 2^e et 3^e paragraphes de l'alinéa 16.2 de l'annexe III précitée 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 l'annexe III précitée.

Lorsque l'arrêt de travail résulte d'une maladie ou d'un accident couverts 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 de l'article 17.1 « Rente en cas d'invalidité de droit commun » de l'annexe III précitée 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 de l'annexe III précitée.

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 de l'annexe III précitée. »

Section 4

Dispositions financières

Article 8

Ressources et charges du régime

8.1. Les ressources de la section financière comprennent :

- a) L'ensemble des cotisations et majorations de retard du présent régime de prévoyance ;
- b) Les produits des placements de la présente section financière.

8.2. Les charges de la section financière comprennent :

- a) Les prestations prévues au titre du présent régime ;
- b) Un prélèvement sur les cotisations du présent régime pour l'alimentation d'un compte global de gestion, au taux de 10 % au maximum des cotisations brutes de l'exercice.

Le suivi comptable de ces ressources et charges est tenu dans une section financière spécifique au sein de l'institution.

Article 9

Fonds de régulation

Il est constitué un fonds de régulation destiné à suivre l'équilibre et la situation financière du présent régime.

Sur décision de la commission paritaire de l'institution, ce fonds est alimenté chaque année du solde comptable, positif ou négatif, entre les ressources et les charges du présent règlement, telles que définies à l'article précédent.

RÉGIMES DE PRÉVOYANCE DES CADRES

RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE DES CADRES

Section 1

Dispositions relatives aux entreprises et aux participants

Article 1^{er}

Conditions générales

Le présent règlement détermine les conditions dans lesquelles BTP-Prévoyance assure une couverture collective des participants relevant du régime de retraite complémentaire AGIRC contre les risques de décès, d'invalidité ou d'incapacité, sous la forme de garanties de base et de garanties supplémentaires qui s'ajoutent à celles servies par le régime de base.

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

Les garanties proposées dans ce cadre sont les suivantes :

- garantie capital 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. L'option de base correspond aux dispositions minimales conventionnelles.

Article 2

Adhésion des entreprises

Toute entreprise adhérente au régime de retraite AGIRC 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 de retraite AGIRC, 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 de retraite AGIRC 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 de retraite AGIRC, 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 *a*.

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.

Article 3

Affiliation des participants

L'adhésion de l'entreprise l'engage à affilier d'une façon permanente au présent règlement tout bénéficiaire inscrit au régime de retraite complémentaire AGIRC en application des articles 4, 4 *bis* et 36 de la convention collective nationale du 14 mars 1947.

Peuvent ainsi prétendre au bénéfice du présent règlement :

- les cadres et assimilés des entreprises adhérentes qui sont appelés membres participants (relevant des articles 4, 4 *bis* et 36 de la convention collective nationale du 14 mars 1947) ;
- 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.

Article 4

Cotisations

Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion pour l'ensemble des participants affiliés au régime. Elles sont déterminées et réglées dans les conditions suivantes.

4.1. Assiette

a) Régime de prévoyance de base (RNPC – régime national de prévoyance des cadres)

De manière générale, les cotisations du régime de prévoyance de base des cadres (RNPC) sont calculées à partir des mêmes éléments de rémunération que ceux qui entrent :

- dans l'assiette des cotisations du régime de retraite ARRCO, pour la partie du salaire limitée au plafond de la sécurité sociale (tranche A) ;

- dans l’assiette des cotisations du régime de retraite AGIRC, pour la partie du salaire comprise entre un et quatre plafonds de la sécurité sociale (tranche B).

Toutefois, n’entrent pas dans l’assiette des cotisations de BTP-Prévoyance :

- la fraction des montants qualifiés de sommes isolées (au sens de la réglementation AGIRC) qui excède le plafond de la sécurité sociale, après prise en compte de l’ensemble des autres éléments de rémunération ;
- la fraction de la contribution de l’employeur au financement de prestations complémentaires de prévoyance qui excède les plafonds d’exclusion de l’assiette des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l’entreprise adhère à une caisse congés intempéries BTP et si l’entreprise relève du mode direct (tel que défini à l’article 4.6) :

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

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

b) Assiette des options de prévoyance supplémentaire

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

4.2. Période de cotisation

Pour un participant, les cotisations sont dues aussi longtemps qu’il y a salaire et tant que le contrat de travail n’est pas rompu, y compris en cas d’arrêt de travail pour maladie ou accident.

4.3. Taux

a) Régime de prévoyance de base (RNPC)

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

- 1,50 % de S en tranche A ;
- 2,40 % de S en tranche B.

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.

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 ;
- 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.

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.

4.4. Exigibilité des cotisations

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

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

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

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

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

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

4.5. Déclaration des salaires

L'entreprise adhérente doit faire parvenir à l'institution dans le courant du mois de janvier de chaque exercice une déclaration nominative annuelle des rémunérations brutes soumises à cotisations au cours de l'année précédente. Elle peut également être amenée à fournir un état nominatif trimestriel des salaires bruts.

Ces déclarations pourront faire l'objet par BTP-Prévoyance d'un contrôle dans l'entreprise.

En cas de retard dans l'envoi des déclarations trimestrielles ou annuelles de salaires, l'entreprise est redevable après mise en demeure, à titre provisionnel, de cotisations évaluées par l'institution.

Pour toute omission dans les déclarations servant de base à la fixation des cotisations, l'institution peut exiger le paiement immédiat non seulement de la cotisation, mais d'une majoration de retard dont le montant peut atteindre la moitié de la cotisation omise.

Lorsque les erreurs ou les omissions ont, par leur nature, leur importance ou leur répétition, un caractère frauduleux, l'entreprise affiliée est tenue de verser immédiatement à l'institution le montant des cotisations dissimulées, multiplié par un coefficient fixé par le conseil d'administration sans pouvoir dépasser 10.

L'application de ces mesures ne préjudicie pas aux sanctions pour retard, prévues ci-dessous, et peut être poursuivie par toute voie de droit.

4.6. Recouvrement des cotisations

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

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

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

- soit auprès de l'entreprise ; dans ce cas, l'entreprise relève du mode de recouvrement dit en mode déclaratif.

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

Toutes cotisations restant dues après la date limite de paiement donnent lieu à l'application de majorations de retard et à l'engagement de poursuites judiciaires selon des modalités identiques à celles édictées par l'AGIRC pour le régime de retraite des cadres et conformément aux délais de prescription prévus par la réglementation. Par exception, aucun forfait minimum de majorations (tel que défini par la réglementation AGIRC) ne s'applique sur la cotisation due à BTP-Prévoyance lorsque cette dernière fait l'objet d'un appel commun avec une cotisation ARRCO et/ou AGIRC. En l'absence de toute déclaration récente, l'assiette des cotisations sera estimée par tout autre moyen d'appréciation.

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

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 ;
- 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.

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 le dernier jour 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.

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.

c) Résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion)

L'institution peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise, en cas de :

- défaut de déclaration des cotisations ;
- déclaration anormale ou irrégulière ;
- défaut de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires.

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.

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 cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 7.

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.

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

Article 6

Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur. – Niveau de garantie applicable

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.

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

- les garanties ne peuvent être suspendues que 30 jours après que l'entreprise ait été mise en demeure de s'acquitter des cotisations arriérées ;
- la justification du précompte des cotisations au régime permet de maintenir les droits à tout participant non juridiquement responsable du défaut de paiement.

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 par la sécurité sociale du classement en invalidité 3^e catégorie (ou d'octroi de la majoration pour tierce personne de l'incapacité permanente), pour le versement du capital défini à l'article 14.4 ;
- la date du décès pour les garanties de capital décès, de rente d'éducation et d'obsèques famille ;
- la date de naissance ou d'adoption pour le forfait naissance ;
- la date d'hospitalisation pour la garantie chirurgie ;
- 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 19.2 au titre de la garantie décès invalidité accidentels.

6.3. 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 définie ci-dessus pour l'option choisie par l'entreprise adhérente.

Toutefois, pour les participants bénéficiant de maintien de garanties sans contrepartie de cotisations, c'est l'option en vigueur à la date de la rupture du contrat de travail, de la suspension du contrat de travail ou de la radiation de l'entreprise qui est retenue.

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 sans maintien de salaire ;
- 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 ;
 - 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, 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.

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

En cas de suspension du 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 congés liés 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.

7.3. Autres dispositions de maintien des garanties décès

Pour les participants cadres qui ne relèvent pas des dispositions des articles 7.1 et 7.2, les garanties en cas de décès continuent d'être accordées sans contrepartie de cotisation, tant qu'ils bénéficient de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP-Prévoyance.

Toutefois, lorsqu'un ancien participant reprend une activité professionnelle en dehors du champ du BTP et bénéficie à ce titre de nouvelles garanties décès auprès d'un autre organisme assureur, il ne peut y avoir de droit à prestations décès à la fois auprès de BTP-Prévoyance et auprès du nouvel assureur. Tout octroi ou versement, par le nouvel organisme assureur, de prestations au titre du décès de l'intéressé, a pour effet d'éteindre l'obligation de maintien de la garantie décès incombant à BTP-Prévoyance, qu'elle soit issue du présent règlement ou de l'article 7.1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

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 21.2.

Article 8

Prescription. – Déclaration tardive

8.1. Prescription du droit à prestations

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 délai de prescription est porté à :

- 5 ans en ce qui concerne les demandes de prestations couvrant le risque incapacité de travail et le forfait naissance ;
- 10 ans en ce qui concerne les demandes de prestations couvrant le risque décès du participant.

Les mêmes délais s'appliquent pour la déclaration de tout élément donnant droit à majoration de la prestation.

Toute déclaration à BTP-Prévoyance du décès d'un participant est assimilée à une demande de toutes les prestations découlant de ce décès (capital décès, rentes en cas de 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, à condition que le bénéficiaire de la garantie ne soit pas l'adhérent.

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.

Article 9

Définition des ayants droit

9.1. Notion de conjoint du participant

A la date du fait générateur, 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 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, ou enfant à naître de leur union lorsque le lien de filiation avec le participant décédé est reconnu par l'état civil) ;
 - le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le participant.

9.2. Notion d'enfant à charge

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

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis ;
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
 - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
 - demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant.

Sont également considérés comme enfants à charge du participant :

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

Article 10

Base de calcul des prestations

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

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

Si l'arrêt de travail intervient suite à un changement dans la durée du travail, non justifié médicalement, la date de ce changement constitue pour le calcul de S la date d'affiliation.

Par ailleurs, lorsque l'exercice de référence ne correspond pas à une année complète d'activité, le salaire de base est reconstitué :

- d'après la moyenne des salaires perçus par le participant au cours de l'exercice de référence et sur lesquels il a cotisés au titre du régime, si l'événement se produit avant une année complète de cotisation ;
- si l'exercice de référence comporte une ou plusieurs périodes d'arrêt de travail, d'après la moyenne des salaires perçus par le participant au cours de cet exercice de référence en dehors des périodes d'arrêt de travail ;
- à partir des rémunérations sur lesquelles le participant a cotisé au régime depuis la date de son admission, si l'événement se produit au cours de l'exercice d'affiliation.

Dans ces deux derniers cas, le calcul ainsi réalisé ne peut avoir pour effet de prendre en compte les éléments variables de la rémunération pour un montant supérieur à celui correspondant à un exercice civil complet.

De plus, lorsque le décès ou l'arrêt de travail intervient entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre d'un exercice, le salaire de base est actualisé en lui appliquant la moitié du coefficient de revalorisation fixé pour le même exercice dans les conditions de l'article 12 ci-après.

Le salaire de base servant au calcul de la prestation « Rente d'invalidité » est actualisé dans les mêmes conditions que celles successivement appliquées aux prestations « Indemnités journalières ».

De même, si le décès du participant survient pendant une période d'arrêt de travail indemnisée par BTP-Prévoyance, le salaire de base servant au calcul des prestations est celui qui a été utilisé pour la détermination du montant de l'indemnisation maladie d'origine, et revalorisé dans les mêmes conditions que celles successivement appliquées aux prestations maladie dont il a bénéficié.

Article 11

Bénéficiaires en cas de décès

Sauf stipulation contraire du participant, le capital est réglementairement versé :

- en premier lieu, à son conjoint ;
- à défaut, par parts égales entre eux, à ses enfants, nés ou à naître ;
- à défaut, par parts égales entre eux, à ses petits-enfants ;
- à défaut, par parts égales entre eux, à ses parents ;
- à défaut à sa succession.

D'autres bénéficiaires peuvent, à sa demande expresse, être désignés par le participant.

Toute désignation particulière ne peut être remise en cause que par une nouvelle désignation adressée par lettre recommandée avec avis de réception, à BTP-Prévoyance, y compris pour venir ou revenir à la désignation réglementaire.

D'autre part, la majoration du capital décès accordée au titre de chaque enfant à charge n'est versée au bénéficiaire que si celui-ci en a effectivement la charge ; sinon, le bénéficiaire reçoit le capital garanti hors majorations pour enfant à charge. Ces dernières sont versées à l'administrateur légal de l'enfant, ou à l'ayant droit lui-même s'il est majeur.

Article 12

Revalorisation des prestations

Les prestations d'indemnités journalières, de rente d'invalidité et de rente d'éducation sont revalorisées chaque année au 1^{er} juillet.

La première revalorisation intervient au 1^{er} juillet de l'exercice suivant celui au cours duquel ces prestations ont pris effet.

Les coefficients de revalorisation sont fixés annuellement par le conseil d'administration dans le respect de l'équilibre des régimes.

Chaque année, le conseil d'administration définit un coefficient de revalorisation unique pour l'ensemble des prestations répétitives (indemnités journalières et rentes) nées du présent régime. Ce coefficient s'applique à l'ensemble des prestations, quel que soit leur exercice d'origine.

Lors de son examen annuel, le conseil d'administration tient notamment compte de l'inflation et de l'évolution du salaire moyen des participants aux régimes de prévoyance de BTP-Prévoyance.

Article 13

Limitation des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité

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

Afin que l'intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle, les différents taux de remplacement exprimés dans les règlements et dans l'annexe des garanties n'excèdent pas un pourcentage maximal de S.

Ce pourcentage maximal est fixé :

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

Ce pourcentage maximal du salaire brut de base sert également pour plafonner :

- les indemnités journalières ou rentes servies par BTP-Prévoyance en complément de la sécurité sociale suite à maladie ou accident de droit commun ;
- le cumul des sommes servies par BTP-Prévoyance, par la sécurité sociale ou par tout autre organisme de substitution, ainsi que dans le cadre d'un éventuel salaire d'activité partielle.

En cas de dépassement de cette limite, le montant des indemnités servies par BTP-Prévoyance est réduit à due proportion.

Section 3

Dispositions spécifiques relatives aux garanties

Article 14

Garantie capital décès

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

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

- de l'avis de l'entreprise signalant le décès, précisant la date initiale de l'arrêt de travail qui a éventuellement précédé le décès et justifiant des éléments de rémunération à prendre en considération ;
- d'un certificat médical précisant l'origine du décès ;
- d'un extrait d'acte de naissance comportant toutes les mentions marginales,

et plus généralement de toute autre pièce justificative qui serait jugée nécessaire par BTP-Prévoyance.

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

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

Le montant du capital garanti est fixé comme suit.

14.1. 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.

Le capital décès ne peut être inférieur à 1,3 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès du participant.

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.

Le capital prévu par le présent article n'est pas dû en cas d'attribution préalable au participant du capital prévu à l'article 14.4. Celui-ci se substitue à la prestation prévue par le présent article. De nouveaux droits peuvent être néanmoins ouverts en matière de capital décès prévu par le présent article, si le participant reprend une activité pendant une durée au moins égale à 3 mois et si des cotisations sont à nouveau versées à l'institution pour la couverture de ce risque. Le capital garanti est alors celui découlant de la nouvelle situation du participant, diminué du montant du capital déjà versé au titre de l'article 14.4.

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

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

Lorsque le décès est consécutif à un accident, un accident du travail ou une maladie professionnelle, il est versé un complément de capital, sous réserve des exclusions prévues à l'article 22.

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

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

14.4. Capital en cas d'invalidité totale et permanente

Le participant peut demander le versement d'un capital équivalent au montant de celui défini à l'article 14.1 du présent règlement s'il est atteint :

- d'une invalidité de 3^e catégorie telle que définie au 3^o de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ;
- ou, dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, d'une incapacité permanente ouvrant droit à majoration pour assistance d'une tierce personne telle que définie au 3^e alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

Le versement du capital est effectué en une fois dès la reconnaissance effective du fait générateur qui y donne droit.

14.5. Capital orphelin

Il est versé un capital décès complémentaire à chaque enfant 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 charge du participant (au sens de l'article 9.2) à la date du décès du participant ;
- l'enfant était à la charge du second parent (au sens de l'article 9.2) à la date du décès de ce dernier.

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

14.6. Conversion du capital en rente

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

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

Le bénéficiaire aura également le choix entre deux formules :

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

Le montant initial de la rente est calculé en fonction :

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

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

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

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

Article 15

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 11.

Article 16

Garantie rente d'éducation

Lorsque le décès du participant n'est pas consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, il est versé une rente d'éducation pour chaque enfant à charge du participant (tel que défini à l'article 9.2). Dans le cadre du régime de prévoyance de base des cadres, cette rente correspond à 10 % du salaire de base (tel que défini à l'article 10), sans pouvoir être inférieure à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

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

Lorsque l'entreprise a adhéré à une option supplémentaire, la garantie peut être étendue, en fonction de l'option souscrite, aux cas de décès du participant consécutifs à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Le détail des garanties applicables pour chaque option supplémentaire figure dans l'annexe des garanties.

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

Le premier paiement intervient au titre du premier trimestre civil qui suit le décès du participant.

Le service de la rente cesse à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'enfant à charge.

Article 17

Garantie indemnités journalières

17.1. Ouverture du droit

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

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

17.2. Montant de l'indemnité journalière

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

Il est exprimé en pourcentage de la 365^e partie du salaire de base tel que défini à l'article 10, et varie selon la nature de l'arrêt de travail (maladie et accident professionnels ou non).

Lorsque au cours d'une période d'indemnisation l'incapacité de travail devient partielle pour raison médicale, l'indemnité journalière versée par l'institution est réduite à 50 %.

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

17.3. Déclaration. – Justification

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

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

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

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

17.4. Paiement de l'indemnité journalière

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

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

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

17.5. Cessation du versement de l'indemnité

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

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

Article 18

Rente invalidité

18.1. Rente en cas d'invalidité de droit commun

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 définies dans l'annexe des garanties.

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 définies dans l'annexe des garanties.

18.2. Rente en cas d'incapacité permanente

suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle

En cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, il est versé au participant, une rente en complément de celle qui est versée par la sécurité sociale en fonction du taux d'incapacité. Cette rente est variable selon le taux d'incapacité T fixé par la sécurité sociale :

- pour un taux d'incapacité compris entre 26 % et 50 %, la rente versée par BTP-Prévoyance est égale à $[(1,9 \times T) - 35 \text{ \%}] \times S$ – rente versée par la sécurité sociale ;
- pour un taux d'incapacité supérieur à 50 %, la rente versée par BTP-Prévoyance est égale à $[(0,7 \times T) + 30 \text{ \%}] \times S$ – rente versée par la sécurité sociale.

Toute incapacité permanente dont le taux est inférieur à 26 % ne donne droit à aucune rente.

18.3. Date d'effet, versement et obligations déclaratives

Le point de départ de la rente est la date d'effet de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente versée par la sécurité sociale au titre de la catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente ouvrant droit à l'indemnisation de BTP-Prévoyance.

La rente d'invalidité est payable trimestriellement à terme échu.

Le participant devra :

- pouvoir apporter la preuve qu'il a perçu des prestations en espèces de la sécurité sociale, pour la période dont il demande l'indemnisation ;
- porter à la connaissance de l'institution toute modification intervenant dans l'indemnisation de la sécurité sociale, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci.

Elle sera révisable éventuellement chaque trimestre :

- en fonction du nombre d'enfants à charge ;
- en fonction de toute modification intervenant dans l'indemnisation de la sécurité sociale.

La rente d'invalidité ou d'incapacité permanente de BTP-Prévoyance sera supprimée :

- pour les invalidités de droit commun, à la date de fin de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale ;
- pour les incapacités permanentes suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, si l'intéressé cesse de percevoir la pension de la sécurité sociale au titre de son incapacité permanente, et en tout état de cause à l'âge de fin de la pension d'invalidité de la sécurité sociale tel que prévu à l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale.

Dans ce cas, la rente cessera d'être accordée à la fin du mois au cours duquel les conditions de maintien de la rente ont été réunies.

Article 19

Garantie décès, invalidité accidentels

19.1. Capital décès, en cas de décès accidentel ou suite à 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 de SB, est fonction du niveau de garantie applicable.

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

Le 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 invalidité. – Capital en cas d'invalidité accidentelle ou suite à 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 36 mois après la date de l'accident proprement dit. Cette prescription ne s'applique toutefois pas lorsque l'incapacité de travail a été indemnisée, au titre des accidents du travail ou de la maladie professionnelle, de manière continue au-delà du 36^e mois suivant l'accident.

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

Article 20

Forfait naissance

Un forfait est versé au participant, pour chaque enfant né ou en cas d'adoption d'un enfant de moins de 7 ans, dont le montant est fixé comme suit : 3,2 % du plafond annuel de la sécurité sociale de l'année au cours de laquelle intervient la naissance ou l'adoption.

Le forfait est également versé en cas de naissance sans vie, lorsque celle-ci se traduit par une inscription au registre d'état-civil et sur le livret de famille.

Article 21

Garantie chirurgie

21.1. Définition du risque chirurgical

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

Par acte chirurgical, il faut entendre tout acte pratiqué lors d'une intervention chirurgicale en établissement hospitalier, codé ADC ou ACO à la classification commune des actes médicaux, et plus généralement toute intervention effectuée sous anesthésie générale. Les traitements de cobaltothérapie, de chimiothérapie et de corticothérapie sont assimilés à des interventions chirurgicales et à ce titre également pris en charge.

Sauf dispositions spécifiques ci-après, seules les interventions chirurgicales considérées comme telles par la sécurité sociale et donnant lieu à un remboursement de cet organisme ouvrent droit à participation de l'institution.

21.2. Bénéficiaires

Les personnes couvertes sont le participant, son conjoint (au sens de l'article 9.1) et leurs ayants droit à charge au sens de la législation de la sécurité sociale. Les dispositions de l'article 9.2 relatives aux ayants droit ne sont donc pas applicables pour cette garantie.

21.3. Frais pris en charge

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

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

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

21.4. Montant de la participation

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

- pour les actes codés ACO (et pour les actes codés ADA qui leur sont rattachés), à concurrence de 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) ;
- pour les actes codés ADC et pour les frais qui leur sont rattachés au sens de l'article 21.3, à concurrence de la totalité des frais réels engagés pour leur montant déclaré à la sécurité sociale.

Ces prises en charge s'entendent :

- à l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- à l'exclusion (en cas d'intervention en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18 de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
 - de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

Article 22

Exclusions

Le capital visé à l'article 14.2 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.

Section 4

Dispositions financières

Article 23

Section financière et réserve

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

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

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

Article 24

Ressources et charges de la section financière

24.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

24.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

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

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 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.

Article 25

Fonds social

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

- à participer directement ou indirectement à des réalisations sociales collectives ;
- à la mise en œuvre d'aides sociales individuelles ;
- en faveur des participants cadres, des anciens participants cadres ou de leurs ayants droit respectifs.

Ce fonds social peut être alimenté :

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

Section 1

Dispositions générales relatives aux adhésions

Article 1^{er}

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^{er} « 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 maintien de garanties prévue aux articles 7.1 et 7.2 du titre I^{er} « 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.

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^{er}, jusqu'au 31 décembre de l'exercice considéré. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

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

Article 3

Cotisations

3.1. Assiette

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

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

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

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

3.2. Taux

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

3.3. Recouvrement des cotisations

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

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

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

Article 4

Résiliation de l'adhésion

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

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

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

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

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

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

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

Article 5

Modalités d'application

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

Article 6

(Réservé)

Article 7

Base de calcul des prestations

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

Section 3

Dispositions propres à chaque garantie

Article 8

Modalités d'application de chaque garantie

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

Toutefois, lorsque l'adhésion est réalisée au titre d'une période indemnisée par Pôle emploi, le cumul des prestations servies par la sécurité sociale, l'institution et tout autre organisme ou activité assurant un revenu de remplacement ne peut, au titre de la garantie maladie-invalidité, excéder le montant des prestations du régime de Pôle emploi. Cette comparaison est réalisée la veille du premier jour d'incapacité de travail tel que pris en compte par l'institution pour déterminer le point de départ du versement de ses prestations.

Section 4

Dispositions financières

Article 9

Section financière et réserve

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

Section 1

Dispositions générales relatives aux entreprises et aux participants

Article 1^{er}

Conditions générales

Le présent règlement a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles les entreprises peuvent faire bénéficier leurs salariés cadres, d'un régime assurant des garanties de prévoyance (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^{er} ci-avant du régime de prévoyance de BTP-Prévoyance reçoivent pleine et entière application, qu'il s'agisse d'une adhésion réalisée simultanément à celle du régime de prévoyance de base, ou du titre I^{er} ou ultérieurement par signature d'un avenant à l'adhésion.

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

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

Article 2

Assiette des cotisations

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

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

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

Article 3

Conditions générales

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

Article 4

Maintien et cessation des garanties

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

Article 5

Base de calcul des prestations

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

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

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

Article 6

Bénéficiaire du capital décès

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

Section 3

Dispositions propres à chaque garantie

Article 7

Capital décès

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

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

- guerre 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 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, les garanties capital en cas d'invalidité totale et permanente ainsi que capital orphelin et possibilité de conversion du capital en rente prévues à l'article 14 « Garantie capital décès » du titre I^{er} s'appliquent au capital décès versé sur la tranche C.

Article 8

Indemnité journalière. – Rente d'invalidité

Les prestations accordées sur la tranche C, et dont le taux de calcul figure à l'annexe des garanties du présent règlement, se calculent selon les mêmes modalités que celles des prestations de même nature accordées sur les tranches A et B.

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

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE LA GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL
ET DE L'OPTION CHARGES SUR ARRÊTS DE TRAVAIL DE LONGUE DURÉE (GAT-OCALD)

Section 1

Dispositions relatives aux entreprises et aux participants

Article 1^{er}

Conditions générales

En adhérant au présent règlement, et sous réserve du paiement des cotisations afférentes, l'entreprise fait le choix de transférer à BTP-Prévoyance tout ou partie de ses obligations d'employeur en cas d'arrêt de travail de ses salariés. Les garanties nées du présent règlement couvrent l'entreprise adhérente pour ses salariés qui exécutent leur contrat de travail sur le territoire de la France métropolitaine.

Deux types de couverture d'assurance sont possibles : la couverture « Garantie arrêt de travail » (GAT) ou la couverture « Option charges sur arrêts de travail de longue durée » (OCALD).

1.1. Couverture OCALD

La couverture « Option charges sur arrêt de travail de longue durée » (OCALD) transfère à BTP-Prévoyance :

- la charge des cotisations sociales patronales qui s'appliquent aux indemnités journalières de prévoyance des ouvriers versées par BTP-Prévoyance ;
- et, lorsque ces indemnités journalières de prévoyance sont directement versées aux ouvriers par BTP-Prévoyance, la gestion des obligations déclaratives et de paiement correspondantes auprès des organismes collecteurs des cotisations sociales.

1.2. Couverture GAT

La couverture « Garantie arrêt de travail » (GAT) transfère à BTP-Prévoyance :

- le coût de l'obligation de maintien de salaire qui incombe à l'employeur en cas d'arrêt de travail de ses salariés en vertu de la loi de mensualisation ainsi que des dispositions des conventions collectives du bâtiment et des travaux publics ;
- le coût des cotisations patronales correspondantes.

Selon le choix de l'entreprise, la couverture GAT peut porter sur les collègues ouvriers, ETAM et/ou cadres.

Pour le collège ouvriers, la couverture OCALD est automatiquement incluse dans la couverture GAT.

Pour chaque collège (ouvriers, ETAM, cadres), la couverture GAT comporte plusieurs niveaux de garanties :

- un niveau assurant la couverture des obligations conventionnelles de l'employeur ;
- une ou plusieurs options couvrant une fraction des obligations de l'employeur.

En complément, pour le collège ouvriers, la couverture GAT propose des options additionnelles qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations conventionnelles de l'employeur (dans ce dernier cas, au sens de la réglementation, le complément de couverture relève du champ de la prévoyance complémentaire d'entreprise).

Lors de son adhésion au titre du collège ouvriers, l'entreprise peut décider de confier à BTP-Prévoyance la gestion administrative :

- du paiement du maintien de salaire aux salariés (nets des précomptes sociaux) ;
- des formalités déclaratives et du paiement des cotisations correspondantes auprès des organismes collecteurs des cotisations sociales (part employeur et part salarié).

Article 2

Adhésion des entreprises

2.1. Dispositions générales relatives aux adhésions

Dans le cadre de sa demande d'adhésion (ainsi que de toute demande de modification ultérieure), l'entreprise précise la formule de couverture (GAT ou OCALD).

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

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, sauf résiliation dans les conditions prévues à l'article 5 par l'une des parties.

2.2. Dispositions spécifiques aux adhésions à la GAT

En cas d'adhésion à la GAT, la demande d'adhésion précise en complément :

- le ou les collèges concernés (ouvriers, ETAM, cadres) ;
- pour chaque collège d'adhésion, le niveau de garantie retenu ;
- pour le collège ouvriers, si l'entreprise décide de confier à BTP-Prévoyance la gestion du paiement au salarié et auprès des organismes collecteurs des cotisations sociales.

Pour les options propres au collège ouvriers qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations conventionnelles, le choix de l'entreprise 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 (référendum) ;
- par décision unilatérale de l'employeur (dans ce cas, aucun membre participant présent dans l'entreprise avant la mise en place de la couverture ne peut être contraint à cotiser contre son gré).

La date d'effet de l'adhésion (ou de toute modification ultérieure) 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 ouvriers pour une adhésion ouvriers, au régime national de prévoyance des ETAM pour une adhésion ETAM ou au régime national de prévoyance des cadres pour une adhésion cadres, la date d'effet est concomitante.

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

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.

BTP-Prévoyance peut subordonner l'acceptation de l'adhésion (ou de la demande de modification ultérieure) :

- au résultat d'analyses supplémentaires, notamment liées à la sinistralité passée ou éventuellement médicales ;
- pour les options propres au collège ouvriers qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations conventionnelles, en cas de mise en place suite à décision unilatérale de l'employeur, à une stricte équivalence dans les affiliations au régime national de prévoyance des ouvriers et au présent régime.

2.3. Dispositions spécifiques aux adhésions à l'OCALD

Sauf disposition contraire, la date d'effet de l'adhésion (ou de toute modification ultérieure) est fixée au premier jour de l'année 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 ouvriers, la date d'effet est concomitante.

Article 3

Participants affiliés

L'entreprise adhérente est tenue d'inscrire au présent règlement tous les membres de son personnel relevant du (des) collègue(s) d'adhésion, qui sont ci-après appelés membres participants.

En fonction du périmètre de l'adhésion, ces membres participants sont les mêmes salariés que ceux que l'entreprise :

- est tenue d'affilier à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ouvriers défini par l'accord collectif national du 31 juillet 1968 (sous réserve d'adhésion à l'institution en application de l'article 4 dudit accord) ;
- est tenue d'affilier à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ETAM défini par l'accord collectif national du 13 décembre 1990 (sous réserve d'adhésion à l'institution en application de l'article 5 dudit accord) ;
- a choisi d'affilier au régime national de prévoyance des cadres tel que défini par l'accord collectif national du 1^{er} octobre 2001.

En aucun cas, la garantie de maintien de salaire de la GAT ne s'applique à des arrêts de travail ayant débuté antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

Article 4

Cotisations

Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion, pour l'ensemble des participants affiliés au présent régime. Elles sont réglées et déterminées dans les conditions suivantes.

4.1. Assiette

L'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique :

- au régime national de prévoyance des ouvriers (tel que défini par l'accord collectif du 31 juillet 1968) pour les adhésions couvrant le collège ouvriers ;
- au régime national de prévoyance des ETAM (tel que défini par l'accord collectif du 13 décembre 1990) pour les adhésions couvrant le collège ETAM ;
- au régime national de prévoyance des cadres (tel que défini par le présent accord collectif) pour les adhésions couvrant le collège cadres.

4.2. Taux

a) Dispositions spécifiques aux cotisations de la GAT

Le taux de cotisation, fonction de l'option et du collège d'adhésion, est précisé dans les annexes tarifaires :

- pour toutes adhésions couvrant le collège ouvriers ;
- pour les adhésions couvrant les collèges ETAM et/ou cadres, lorsque l'entreprise relève du mode direct.

Pour les adhésions couvrant les collèges ETAM et cadres et lorsque l'entreprise relève du mode déclaratif, le taux de cotisation applicable est déterminé par les services gestionnaires de l'institution en divisant par 1,14 le taux qui figure dans les annexes tarifaires pour l'option correspondante.

Pour les options additionnelles qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations conventionnelles, la répartition de la cotisation additionnelle à celle du niveau couvrant les obligations conventionnelles est libre entre l'employeur et les salariés.

Pour toutes les autres formules d'adhésion, la cotisation est exclusivement à la charge de l'employeur.

b) Dispositions spécifiques aux cotisations de la couverture OCALD

Le taux de cotisation est précisé dans les annexes tarifaires. Il diffère selon que l'entreprise ait ou non mis en œuvre une couverture des arrêts de travail de plus de 90 jours au-delà du niveau qui est prévu par le régime national de prévoyance des ouvriers.

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

4.3. Autres dispositions

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

Les dispositions relatives à la période de cotisation, à l'exigibilité des cotisations, à la déclaration des salaires et au recouvrement des cotisations sont identiques à celles qui s'appliquent :

- au régime national de prévoyance des ouvriers pour les adhésions couvrant le collège ouvriers ;
- au régime national de prévoyance des ETAM pour les adhésions couvrant le collège ETAM ;
- au régime national de prévoyance des cadres pour les adhésions couvrant le collège cadres.

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 ;
- 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.

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 ;
- pour les options de GAT propres au collège ouvriers qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations conventionnelles, 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 prise d'effet de la démission peut être acceptée par BTP-Prévoyance en cours d'exercice 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.

Dans chacune de ces situations, la démission prend effet, à partir de la date de réception de la demande écrite :

- au dernier jour du mois suivant, pour les entreprises adhérentes au présent règlement exclusivement au titre du collège ouvriers, et qui occupent 10 ouvriers ou plus ;
- ou au dernier jour du trimestre civil suivant, pour toutes autres entreprises.

b) Terme de l'adhésion suite à liquidation ou cessation d'activité sans reprise du 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.

c) Résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion)

L'institution peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise, en cas de :

- défaut de déclaration des cotisations ;
- déclaration anormale ou irrégulière ;
- défaut de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires ;
- sinistralité supérieure à la moyenne ou aggravation des risques garantis (cette faculté d'exclusion n'étant toutefois pas ouverte à BTP-Prévoyance pour les options de GAT qui assurent un maintien du salaire ouvrier au-delà des options conventionnelles).

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.

Pour les options de GAT propres au collège ouvriers qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations conventionnelles, 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.

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 couvertures d'assurance mensualisation, 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 d'assurance mensualisation, 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 pour chaque collège considéré – 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

Pour tout arrêt de travail dont le fait générateur est antérieur au terme de l'adhésion, BTP-Prévoyance continue à couvrir l'obligation de maintien de salaire et les charges patronales correspondantes jusqu'à la fin de la période qui engage l'employeur, en application de la loi de mensualisation et de la convention collective applicable.

Toutes autres garanties issues du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion. Notamment, à compter du lendemain de ce terme, il revient à l'entreprise d'assurer auprès des

organismes sociaux la gestion des obligations déclaratives et de paiement relatives aux indemnités journalières de prévoyance.

Section 2

Dispositions générales relatives aux garanties

Article 6

Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur. – Niveau de garantie applicable

6.1. Conditions d'ouverture des droits

Les droits prévus par le présent règlement portent sur tout membre participant qui, à la date du fait générateur :

- est présent dans une entreprise adhérente au présent règlement (ou est en période indemnisée par la caisse de congés payés du BTP dont relève ladite entreprise) ;
- appartient au collège d'adhésion de l'entreprise au présent règlement ;
- pour la couverture de maintien de salaire de la GAT, remplit les conditions – d'ancienneté et de durée maximale de l'arrêt de travail – donnant droit à maintien de salaire par l'employeur en application des dispositions de la loi de mensualisation et/ou de la convention collective applicable ;
- pour la couverture OCALD, bénéficie d'indemnités journalières servies par BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ouvriers.

L'institution peut réserver le bénéfice des garanties de maintien de salaire aux membres du personnel régulièrement inscrits avant que les risques ne soient courus.

6.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- pour la GAT, la date de l'arrêt de travail au sens de la sécurité sociale ;
- pour la OCALD, la date d'adhésion de l'entreprise au présent règlement.

6.3. Niveau de garantie applicable pour la couverture GAT

Le niveau de la garantie servie est fonction des dispositions réglementaires applicables à la date du fait générateur pour l'option de GAT choisie par l'entreprise au titre de chaque collège d'adhésion.

Article 7

Prescription

7.1. Prescription du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'institution dans un délai de 5 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

7.2. 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 5 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.

Article 8

Base de calcul et montant de la prestation de GAT

8.1. Base de calcul de la prestation de GAT

Concernant les options qui assurent un maintien du salaire plafonné au niveau des obligations conventionnelles, l'indemnisation est calculée conformément aux dispositions fixées dans la loi de mensualisation et dans les conventions collectives nationales des ouvriers, des ETAM et des cadres du bâtiment et des travaux publics.

Pour chaque participant, ces textes définissent notamment :

- les conditions ouvrant droit à maintien de salaire (ancienneté, durée d'indemnisation, exclusions...) ;
- l'assiette de salaire à prendre en compte.

Concernant les options qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations conventionnelles, il est fait application des mêmes références à l'exception des dispositions relatives à l'ancienneté et aux exclusions qui ne sont pas prises en compte dans les indemnités de BTP-Prévoyance.

8.2. Montant de la prestation de GAT

Le montant brut de la prestation est exprimé en pourcentage de maintien du salaire, indemnités journalières de la sécurité sociale comprises.

Dans chaque collège, une option propose la couverture du maintien de salaire brut à charge conventionnelle de l'employeur ; d'autres options sont disponibles, avec des niveaux de couverture variables en termes de délai de carence et de pourcentage de maintien du salaire. L'ensemble des options disponibles est décrit dans l'annexe des garanties.

Lorsque l'indemnisation est versée à l'entreprise, le montant brut de la prestation est majoré d'un forfait de 45 % destiné à couvrir les cotisations sociales à charge de l'employeur.

8.3. Prise en charge des obligations déclaratives de l'employeur

Lorsque, lors de son adhésion, l'entreprise décide de confier à BTP-Prévoyance la gestion administrative du paiement auprès des ouvriers en arrêt de travail, BTP-Prévoyance assume la responsabilité :

- du précompte des cotisations salariales ;
- des formalités déclaratives et du paiement des cotisations sociales auprès des organismes collecteurs.

Cette responsabilité s'entend :

- dans le cadre et dans la limite des dispositions convenues avec l'ACOSS et/ou avec tout autre organisme collecteur, sous réserve d'avoir préalablement informé l'entreprise adhérente des limites de responsabilité qui en découlent ;
- au titre des prestations de maintien de salaire versées directement aux ouvriers en application du présent règlement ;
- ainsi qu'au titre des indemnités journalières versées par BTP-Prévoyance en application des règlements des régimes de prévoyance, catégorie ouvriers.

Article 9

Paielement de la prestation

9.1. Déclaration. – Justification pour le service des prestations de maintien de salaire

Toute maladie entraînant une incapacité de travail susceptible d'être indemnisée par BTP-Prévoyance au titre du maintien de salaire de la GAT doit être déclarée par l'entreprise ou à défaut par l'intéressé dans les 30 jours suivant l'arrêt de travail. Le paiement des prestations ne sera effectué que sur présentation des décomptes de la sécurité sociale et de toute autre pièce justificative jugée nécessaire. Les prestations versées par BTP-Prévoyance complètent celles de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de substitution. Il importe donc de porter à la connaissance de l'institution toute modification intervenant dans l'indemnisation de la sécurité sociale, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci susceptible d'entraîner une révision des prestations de BTP-Prévoyance.

BTP-Prévoyance se réserve le droit de subordonner le paiement de ses prestations de GAT à un contrôle de l'état d'incapacité du participant par un médecin désigné par elle, contrôle auquel le collaborateur ne pourra, sauf motif impérieux et justifié, s'opposer. L'utilisation de documents inexacts, faite de mauvaise foi, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles ayant pour objet d'induire BTP-Prévoyance en erreur sur les effets et les suites de la maladie ou de l'accident, entraîneraient la perte de tout droit aux prestations de GAT et/ou une éventuelle demande de remboursement des prestations de GAT déjà versées.

9.2. Destinataire de paiement

La prestation de maintien de salaire de la GAT est payée par BTP-Prévoyance au fur et à mesure de la fourniture des décomptes originaux de la sécurité sociale. En fonction du choix de l'entreprise, cette prestation est réglée soit au salarié, soit à l'entreprise pour le collège ouvriers. Elle est toujours réglée à l'entreprise pour les collèges ETAM et cadres.

9.3. Terme du paiement

Outre le terme de l'adhésion défini à l'article 5, le versement des prestations est interrompu de plein droit à la date à laquelle cessent les prestations d'indemnités journalières de la sécurité sociale.

Cette date limite de versement des prestations ne peut en aucun cas être postérieure :

- pour la prestation de maintien de salaire de la GAT, à la date à laquelle l'employeur n'est plus tenu à ladite obligation de maintien de salaire en application de la loi de mensualisation et/ou des conventions et accords collectifs nationaux du bâtiment et des travaux publics ;
- et pour les prestations d'OCALD, à la date à laquelle cessent les droits à indemnités journalières servies par BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ouvriers.

Article 10

Limite de responsabilité au titre de la couverture OCALD

La responsabilité de BTP-Prévoyance au titre de la couverture OCALD (que l'entreprise adhère à la OCALD ou qu'elle en bénéficie dans le cadre de la GAT) s'entend dans le cadre et dans la limite des dispositions convenues avec l'ACOSS et/ou avec tout autre organisme collecteur, sous réserve d'avoir préalablement informé l'entreprise adhérente des limites de responsabilité qui pourraient en découler.

Section 3

Information des adhérents

Article 11

Information lors de l'adhésion

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

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

L'entreprise adhérente est notamment informée qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une première réclamation, elle peut s'adresser par écrit au médiateur de PRO-BTP à l'adresse suivante : Médiateur de PRO-BTP, 7, rue du Regard, 75294 Paris Cedex 06.

L'entreprise adhérente est informée que le médiateur de PRO-BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

Section 4 Dispositions financières

Article 12

Section financière et fonds de réserve

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

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

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

Article 13

Ressources et charges de la section financière

13.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

13.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière, déduction faite de la part de l'obligation de maintien de salaire à charge de l'employeur qui est déjà couverte au titre du 20.1 c du règlement régime national de prévoyance des ouvriers ;
- un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 8 % des cotisations de la GAT et de 15 % des cotisations de la couverture OCALD acquises des adhérents.

13.3. 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 13.2.

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.

RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX

Régimes de frais médicaux collectifs

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS DES OUVRIERS

Section 1

Dispositions relatives aux entreprises et aux participants

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il 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 ouvriers (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 module(s) de garanties additionnelles.

Article 2

Adhésion des entreprises

Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 peuvent librement adhérer au présent règlement.

Article 3

Modalités de l'adhésion

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

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

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

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

- en cas de mise en place par accord collectif ou par référendum, tout ouvrier ou apprenti présent dans l'entreprise est obligatoirement affilié au présent règlement (sauf cas d'exception prévus par la réglementation encadrant les exonérations de cotisations de sécurité sociale) ;
- en cas de décision unilatérale de l'employeur :
 - tout ouvrier ou apprenti présent dans l'entreprise au jour de l'adhésion se voit proposé d'être couvert, sans être contraint à cotiser contre son gré ;
 - tout ouvrier ou apprenti 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 15 jours à BTP-Prévoyance toute embauche ou tout départ de son personnel ouvrier ou apprenti. En cas de non-respect de cette obligation, l’entreprise peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient éventuellement à être effectués.

Article 4

Bénéficiaires

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

- le participant ;
- ses ayants droit : son conjoint 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.

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 par écrit 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 prestations 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, ou enfant à naître de leur union) ;
 - 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, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis ;
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée,

- en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
- demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du participant ;
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

Article 5

Date d'effet, modification de l'adhésion

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

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

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

Article 6

Cotisations

6.1. Assiette

Les cotisations sont calculées à partir des mêmes éléments de rémunération que ceux qui entrent dans l'assiette des cotisations définie à l'article 3.1 de l'annexe III de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 instituant le régime national de prévoyance des ouvriers du BTP :

- dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale (salaire cotisé en tranche A) ;
- à l'exclusion des indemnités de congés (y compris primes conventionnelles de congés) versées aux ouvriers par une caisse congés intempéries BTP.

6.2. Taux

Le taux de cotisation dépend de la combinaison retenue par l'entreprise dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'elle a choisis.

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

Dans le cadre d'une adhésion à caractère obligatoire au sens de la réglementation de la sécurité sociale, les différents taux de cotisation applicables sont fixés dans l'annexe tarifaire.

Quand l'adhésion est facultative au sens de la réglementation de la 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 ouvriers et apprentis 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 et au recouvrement des cotisations, telles que définies aux articles 3.2, 3.4 (à l'exception du 1^{er} alinéa), 3.5 et 3.6 de l'annexe III de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 instituant le régime national de prévoyance des ouvriers du BTP.

Article 7

(Réservé)

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.

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 prise d'effet de la démission peut être acceptée par BTP-Prévoyance en cours d'exercice 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.

Dans chacune de ces situations, la démission prend effet, à partir de la date de réception de la demande écrite :

- au dernier jour du mois suivant, pour les entreprises qui occupent 10 ouvriers ou plus ;
- ou au dernier jour du trimestre civil suivant, pour les autres entreprises ou lorsque la démission porte simultanément sur des régimes de frais médicaux ETAM ou cadres de BTP-Prévoyance.

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.

c) Résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion)

L'institution peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise, en cas de :

- défaut de déclaration des cotisations ;
- déclaration anormale ou irrégulière ;
- défaut de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires.

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.

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 cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 11.

Article 9

(Réservé)

Section 2

Dispositions relatives aux garanties

Article 10

Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur

10.1. Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsqu'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).

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

- les garanties ne peuvent être suspendues que 30 jours après que l'entreprise ait été mise en demeure de s'acquitter des cotisations arriérées ;
- la justification du précompte des cotisations au régime permet de maintenir les droits à tout participant non juridiquement responsable du défaut de paiement.

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.

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 sans maintien de salaire ;
- 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 cotisations pour une période de 30 jours de date à date.

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 et sans limitation de durée :

- 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 de suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé ;

- 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.

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

En cas de suspension du 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, à une paternité 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.

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 garanties 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).

Article 12

Prestations, étendue des garanties

12.1. Dispositions générales relatives aux prestations

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 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- 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 de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

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

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ;
- 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.

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 d'une décision de la commission paritaire, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration.

12.2. Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait.

Pour les adhésions aux modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait annuel de remboursement pour l'adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » est fonction de la consommation des exercices écoulés.

Un bonus responsable peut ainsi s'ajouter au forfait annuel de base :

- le bonus responsable intermédiaire est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice précédent, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- le bonus responsable maximal est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre des deux exercices précédents, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- lorsque au cours de l'exercice civil précédent, un remboursement a été octroyé à un bénéficiaire adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » ou « monture et/ou verres progressifs » et quel qu'en soit le montant, son droit annuel à remboursement est limité au forfait annuel de base.

Par exception, le bonus responsable maximum est automatiquement octroyé à tout participant :

- qui était déjà affilié au 31 décembre 2012 à une couverture collective d'assurance santé de BTP-Prévoyance ;
- nouvellement affilié par l'entreprise, ainsi qu'à ses ayants droit adultes :
 - lors de l'adhésion de l'entreprise au présent règlement ;
 - en cas de nouvelle embauche ;
 - en cas de promotion au sein du collège d'adhésion, si le participant n'était pas précédemment couvert par BTP-Prévoyance.

Le montant du forfait annuel de base et celui du bonus responsable, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'annexe des garanties.

12.3. Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et « autres prothèses et divers »

Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursements de la sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :

- soins dentaires ;
- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
- orthodontie ;
- prothèses auditives ;
- appareillage orthopédique et autres prothèses.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil. Le montant de ce plafond est fixé à 10 000 € par bénéficiaire et par an.

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut jamais conduire à une limitation de la prise en charge au titre du ticket modérateur.

Article 13

Support des remboursements

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

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

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

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2013, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus, au terme d'une année, reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée 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 23.

Article 15

Tiers payant

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

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 11 :

- le participant et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance ;
- dans l'hypothèse où le participant et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-Prévoyance est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par BTP-Prévoyance.

Article 16

(Réservé)

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.

Article 18

Recours contre tiers responsable

BTP-Prévoyance est subrogé de plein droit au bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que BTP-Prévoyance a exposées, et dans les limites et conditions légales.

Article 19

Mise en œuvre de coassurance

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

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du 9^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

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

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

Article 20

Effet de la coassurance

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

En cas de changement de domiciliation de l'entreprise adhérente en dehors du territoire de coassurance dont elle relève :

- lorsque l'adhésion porte sur une option de la gamme nationale, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- lorsque l'adhésion concerne une option régionale, le changement de domiciliation est sans conséquence sur les conditions de coassurance.

Section 3

Information des adhérents, modification des conditions de couverture

Article 21

Information des entreprises adhérentes et des participants

21.1. Information lors de l'adhésion

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

En particulier, lors de l'adhésion, est remise à l'entreprise une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des participants, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

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

L'entreprise adhérente est notamment informée qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, ses salariés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de PRO-BTP à l'adresse suivante : Médiateur de PRO-BTP, 7, rue du Regard, 75294 Paris Cedex 06.

L'entreprise adhérente est informée que le médiateur de PRO-BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

21.2. Information en cas de modifications 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 résultant du présent règlement et de ses différentes annexes s'appliquent de plein droit.

Conformément à la réglementation, il appartient à l'entreprise de relayer l'information correspondante auprès de ses salariés.

Section 4

Dispositions financières

Article 22

Section financière et réserve

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

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

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

Article 23

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 22 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

23.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

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

23.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

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

23.3. Compte de gestion

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

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

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

Section 1

Dispositions relatives aux entreprises et aux participants

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il 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.

Article 2

Adhésion des entreprises

Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 peuvent librement adhérer au présent règlement.

Article 3

Modalités de l'adhésion

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

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

- suite à un accord collectif ;
- suite à la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (référendum) ;
- 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 ETAM 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 ETAM présent dans l'entreprise au jour de l'adhésion se voit proposé d'être couvert, sans être contraint à cotiser contre son gré ;
 - tout ETAM 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 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.

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

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 par écrit 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, ou enfant à naître de leur union) ;
 - 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, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis ;
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée :

- en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
- demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du participant ;
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

Article 5

Date d'effet

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

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

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

Article 6

Cotisations

Les cotisations peuvent être exprimées en euros par jour de présence, ou en pourcentage 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 du BTP institué par l'accord collectif national du 13 décembre 1990, dans la limite de la fraction du salaire 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 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des

ETAM du BTP), 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 cotisation dépend de la combinaison retenue par l'entreprise dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'elle a choisis.

La couverture des ayants droit n'a pas d'incidence sur le taux de la cotisation, sauf lorsque l'entreprise a opté pour le mode dit conjoint distinct ; dans ce cas, le 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 de la 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 de la 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 de la 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 la cotisation en dépend) et au recouvrement des cotisations, telles que définies aux articles 3.2, 3.4 (à l'exception du 1^{er} alinéa), 3.5 et 3.6 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP.

Article 7

(Réservé)

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.

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 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 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.

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.

c) Résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion)

L'institution peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise, en cas de :

- défaut de déclaration des cotisations ;
- déclaration anormale ou irrégulière ;
- défaut de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires.

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.

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 cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 11.

Article 9

(Réservé)

Section 2

Dispositions relatives aux garanties

Article 10

Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur

10.1. Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsqu'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).

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

- les garanties ne peuvent être suspendues que 30 jours après que l'entreprise ait été mise en demeure de s'acquitter des cotisations arriérées ;
- la justification du précompte des cotisations au régime permet de maintenir les droits à tout participant non juridiquement responsable du défaut de paiement.

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.

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 sans maintien de salaire ;
- en cas de décès du participant, au profit de ses ayants droit.

Dans tous les cas, le maintien porte sur les garanties de l'option 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 cotisations pour une période de 30 jours de date à date.

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.

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

En cas de suspension du 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, à une paternité 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.

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 garanties 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).

Article 12

Prestations, étendue des garanties

12.1. Dispositions générales relatives aux prestations

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 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- en cas de modification des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, le conseil d'administration a compétence pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement, ces adaptations devant être soumises à ratification ultérieure de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, 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 19 de l'annexe III à l'accord collectif du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP 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 d'une décision de la commission paritaire, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration.

12.2. Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait.

Pour les adhésions aux modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait annuel de remboursement pour l'adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » est fonction de la consommation des exercices écoulés.

Un bonus responsable peut ainsi s'ajouter au forfait annuel de base :

- le bonus responsable intermédiaire est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice précédent, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- le bonus responsable maximal est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre des deux exercices précédents, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- lorsque au cours de l'exercice civil précédent, un remboursement a été octroyé à un bénéficiaire adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » ou « monture et/ou verres progressifs » et quel qu'en soit le montant, son droit annuel à remboursement est limité au forfait annuel de base.

Par exception, le bonus responsable maximum est automatiquement octroyé à tout participant :

- qui était déjà affilié au 31 décembre 2012 à une couverture collective d'assurance santé de BTP-Prévoyance ;
- nouvellement affilié par l'entreprise, ainsi qu'à ses ayants droit adultes :
 - lors de l'adhésion de l'entreprise au présent règlement ;
 - en cas de nouvelle embauche ;
 - en cas de promotion au sein du collège d'adhésion, si le participant n'était pas précédemment couvert par BTP-Prévoyance.

Le montant du forfait annuel de base et celui du bonus responsable, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'annexe des garanties.

12.3. Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et « autres prothèses et divers »

Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursements de la sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :

- soins dentaires ;
- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
- orthodontie ;

- prothèses auditives ;
- appareillage orthopédique et autres prothèses.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil. Le montant de ce plafond est fixé à 10 000 € par bénéficiaire et par an.

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut jamais conduire à une limitation de la prise en charge au titre du ticket modérateur.

Article 13

Support des remboursements

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

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

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

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2013, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme d'une année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée 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 23.

Article 15

Tiers payant

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

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 11 :

- le participant et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance ;
- dans l'hypothèse où le participant et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-Prévoyance est fondé à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par BTP-Prévoyance.

Article 16

(Réservé)

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.

Article 18

Recours contre tiers responsable

BTP-Prévoyance est subrogé de plein droit au participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que BTP-Prévoyance a exposées, et dans les limites et conditions légales.

Article 19

Mise en œuvre de coassurance

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

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du 9^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

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

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

Article 20

Effet de la coassurance

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

En cas de changement de domiciliation de l'entreprise adhérente en dehors du territoire de coassurance dont elle relève :

- lorsque l'adhésion porte sur une option de la gamme nationale, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- lorsque l'adhésion concerne une option régionale, le changement de domiciliation est sans conséquence sur les conditions de coassurance.

Section 3

Information des adhérents, modification des conditions de couverture

Article 21

Information des entreprises adhérentes et des participants

21.1. Information lors de l'adhésion

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

En particulier, lors de l'adhésion, est remise à l'entreprise une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des participants, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

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

L'entreprise adhérente est notamment informée qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, ses salariés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de PRO-BTP à l'adresse suivante : Médiateur de PRO-BTP, 7, rue du Regard, 75294 Paris Cedex 06.

L'entreprise adhérente est informée que le médiateur de PRO-BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

21.2. Information en cas de modifications 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 résultant du présent règlement et de ses différentes annexes s'appliquent de plein droit.

Conformément à la réglementation, il appartient à l'entreprise de relayer l'information correspondante auprès de ses salariés.

Section 4

Dispositions financières

Article 22

Section financière et réserve

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

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

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

Article 23

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 22 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

23.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

23.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

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

23.3. Compte de gestion

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

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

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

Section 1

Dispositions relatives aux entreprises et aux participants

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il 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 affiliés au régime de retraite complémentaire AGIRC (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 module(s) de garanties additionnelles.

Article 2

Adhésion des entreprises

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

Article 3

Modalités de l'adhésion

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

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

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

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

- en cas de mise en place par accord collectif ou par référendum, tout 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 15 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.

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

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 par écrit 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, ou enfant à naître de leur union) ;
 - 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, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis ;
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée ;

- en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
- demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du participant ;
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

Article 5

Date d'effet et modification de l'adhésion

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

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

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

Article 6

Cotisations

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

6.1. Assiette

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

- sans différencier les jours calendaires, selon qu'ils aient été ouvrés ou non ;
- sans déduction ou abattement en cas de travail à temps partiel ;
- en plafonnant le nombre de jours déclarés à 90 jours par cadre ou assimilé 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 cadres, dans

la limite de la fraction du salaire 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 4.6 du titre I^{er} des règlements des régimes de prévoyance, catégorie cadres), 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 cotisation dépend de la combinaison retenue par l'entreprise dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'elle a choisis.

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

Lorsque l'entreprise a retenu une formule de cotisations exprimée en euros, avec une adhésion à caractère obligatoire au sens de la réglementation de la 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 de la 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 de la 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 la cotisation en dépend) et au recouvrement des cotisations, telles que définies aux articles 4.2, 4.4 (à l'exception du 1^{er} alinéa), 4.5 et 4.6 du titre I^{er} des règlements des régimes de prévoyance, catégorie cadres.

Article 7

(Réservé)

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.

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 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 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.

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.

c) Résiliation à l'initiative de l'institution (exclusion)

L'institution peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise, en cas de :

- défaut de déclaration des cotisations ;
- déclaration anormale ou irrégulière ;
- défaut de versement des cotisations impliquant l'application de majorations et/ou de pénalités de retard et l'engagement de poursuites judiciaires.

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.

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 cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 11.

Article 9

(Réservé)

Section 2

Dispositions relatives aux garanties

Article 10

Conditions d'ouverture des droits. – Fait générateur

10.1. Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsqu'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).

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

- les garanties ne peuvent être suspendues que 30 jours après que l'entreprise ait été mise en demeure de s'acquitter des cotisations arriérées ;
- la justification du précompte des cotisations au régime permet de maintenir les droits à tout participant non juridiquement responsable du défaut de paiement.

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.

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 sans maintien de salaire ;
- 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 cotisations pour une période de 30 jours de date à date.

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.

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

En cas de suspension du 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 collègue correspondant dans l'entreprise.

Il en est de même en cas de congé lié à une maternité, à une paternité 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.

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 garanties 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).

Article 12

Prestations, étendue des garanties

12.1. Dispositions générales relatives aux prestations

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 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- 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 de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

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

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ;
- 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.

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 d'une décision de la commission paritaire, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration.

12.2. Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait.

Pour les adhésions aux modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait annuel de remboursement pour l'adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » est fonction de la consommation des exercices écoulés.

Un bonus responsable peut ainsi s'ajouter au forfait annuel de base :

- le bonus responsable intermédiaire est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice précédent, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- le bonus responsable maximal est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre des deux exercices précédents, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- lorsque, au cours de l'exercice civil précédent, un remboursement a été octroyé à un bénéficiaire adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » ou « monture et/ou verres progressifs » et quel qu'en soit le montant, son droit annuel à remboursement est limité au forfait annuel de base.

Par exception, le bonus responsable maximum est automatiquement octroyé à tout participant :

- qui était déjà affilié au 31 décembre 2012 à une couverture collective d'assurance santé de BTP-Prévoyance ;
- nouvellement affilié par l'entreprise, ainsi qu'à ses ayants droit adultes :
 - lors de l'adhésion de l'entreprise au présent règlement ;
 - en cas de nouvelle embauche ;
 - en cas de promotion au sein du collège d'adhésion, si le participant n'était pas précédemment couvert par BTP-Prévoyance.

Le montant du forfait annuel de base et celui du bonus responsable, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'annexe des garanties.

12.3. Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et « autres prothèses et divers »

Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursements de la sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :

- soins dentaires ;
- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
- orthodontie ;
- prothèses auditives ;
- appareillage orthopédique et autres prothèses.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil. Le montant de ce plafond est fixé à 10 000 € par bénéficiaire et par an.

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut jamais conduire à une limitation de la prise en charge au titre du ticket modérateur.

Article 13

Support des remboursements

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

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

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

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2013, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

Toute somme inférieure au plancher, fixé ci-dessus au terme d'une année, reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée 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 23.

Article 15

Tiers payant

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

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 11 :

- le participant et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance ;
- dans l'hypothèse où le participant et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-Prévoyance est fondé à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par BTP-Prévoyance.

Article 16

(Réservé)

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.

Article 18

Recours contre tiers responsable

BTP-Prévoyance est subrogé de plein droit au participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que BTP-Prévoyance a exposées, et dans les limites et conditions légales.

Article 19

Mise en œuvre de coassurance

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

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du 9^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

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

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

Article 20

Effet de la coassurance

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

En cas de changement de domiciliation de l'entreprise adhérente en dehors du territoire de coassurance dont elle relève :

- lorsque l'adhésion porte sur une option de la gamme nationale, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- lorsque l'adhésion concerne une option régionale, le changement de domiciliation est sans conséquence sur les conditions de coassurance.

Article 21

Information des entreprises adhérentes et des participants

21.1. Information lors de l'adhésion

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

En particulier, lors de l'adhésion, est remise à l'entreprise une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des participants, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

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

L'entreprise adhérente est notamment informée qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, ses salariés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de PRO-BTP à l'adresse suivante : Médiateur de PRO-BTP, 7, rue du Regard, 75294 Paris Cedex 06.

L'entreprise adhérente est informée que le médiateur de PRO-BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

21.2. Information en cas de modifications 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 résultant du présent règlement et de ses différentes annexes s'appliquent de plein droit.

Conformément à la réglementation, il appartient à l'entreprise de relayer l'information correspondante auprès de ses salariés.

Section 4
Dispositions financières

Article 22

Section financière et réserve

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

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

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

Article 23

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 22 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

23.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

23.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

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

23.3. Compte de gestion

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

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

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

RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS DES ACTIFS

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge d'actifs (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 s'adressent prioritairement à des actifs qui ne peuvent bénéficier de couvertures collectives d'entreprise au sein du BTP.

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

Article 2

Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les salariés 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 :
 - qui ont été reconnus bénéficiaires des garanties santé de BTP-Prévoyance avec leur propre numéro de sécurité sociale ;
 - et qui ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayants 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 :

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

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

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

Article 3

Modalités de l'adhésion

3.1. Nouvelle adhésion individuelle auprès de BTP-Prévoyance

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

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée ;

- la date 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.

Le bulletin d’adhésion comporte également :

- l’engagement du futur adhérent de ne pas être couvert, à compter du jour d’effet de la demande, par une autre assurance complémentaire santé (auprès d’une institution de prévoyance, d’une mutuelle ou d’une société d’assurance), sauf si cette autre assurance résulte d’une couverture obligatoire d’entreprise au titre d’une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d’un contrat d’intérim. A défaut de cet engagement, l’adhésion ne peut être acceptée. Par ailleurs, en cas de non respect ultérieur de cet engagement, l’institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant toute période de double couverture (que ces versements aient été effectués à l’intéressé, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant) ;
- lorsque le futur adhérent est salarié d’une entreprise du BTP, une attestation qu’il ne peut être affilié à une couverture collective au sein de son entreprise.

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.

3.2. (Réservé)

3.3. Adhésion au module additionnel de capital décès

L’adhésion à ce module additionnel est ouverte jusqu’au 31 décembre de l’exercice qui suit la date de liquidation de retraite ARRCO de l’adhérent.

Les personnes couvertes au titre de ce module additionnel sont l’adhérent et son conjoint lorsqu’il a la qualité de bénéficiaire de la couverture de frais médicaux instituée par le présent règlement.

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

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

Le bénéfice de la couverture ne peut être ouvert au conjoint que si ce dernier n’est pas simultanément couvert par une autre assurance complémentaire santé (auprès d’une institution de prévoyance, d’une mutuelle ou d’une société d’assurance). A défaut, l’institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant la période de double couverture (que ces montants aient été versés à l’intéressé, au conjoint, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant).

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée par écrit 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 ou à naître de leur union) ;
 - 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, jusqu'au 31 décembre de leurs 25 ans, les enfants :

- nés de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice ;
- nés du conjoint (tel que défini à l'article 4.1), ou adoptés par le conjoint, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice, si celui-ci est lui-même bénéficiaire du présent régime ;
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

Article 5

Date d'effet, modifications de l'adhésion

5.1. Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au premier jour qui suit la demande d'adhésion et ne peut être rétroactive.

Par exception :

- si au cours des 6 derniers mois, l'adhérent était couvert à titre de bénéficiaire par une couverture – collective ou individuelle – interrompue suite au décès de l'adhérent principal, à divorce, à rupture de Pacs ou à séparation de corps, la date d'effet de l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption ;
- si au cours des 6 derniers mois, l'adhérent bénéficiait de droits collectifs qui ont été interrompus au jour de fin de son dernier contrat de travail, l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de cette même date.

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

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

5.2. Changements d'option

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

Par exception :

- le changement d'option peut être pris en compte rétroactivement au 1^{er} janvier, lorsque l'adhérent a formulé sa demande en janvier et dans le délai de 30 jours suivant la date d'envoi de son avis d'échéance annuelle ;
- le changement d'option peut être pris en compte en cours d'exercice dans l'un des cas suivants :
 - l'adhérent inscrit un nouveau bénéficiaire suite à un mariage, la conclusion d'un Pacs, une naissance ou une adoption ;
 - le périmètre des bénéficiaires couverts est modifié suite à un divorce, une rupture du Pacs de l'adhérent, une séparation de corps ou suite au décès d'un ayant droit ;
 - le contrat de travail de l'adhérent ou de son conjoint est rompu en donnant droit à une indemnisation par Pôle emploi (dans ce cas, le changement d'option en cours d'exercice ne peut intervenir qu'à la baisse) ;
 - l'adhérent (ou son conjoint) liquide ses droits à la retraite complémentaire ARRCO.

Tout changement d'option en cours d'exercice est pris en compte au premier jour suivant la demande, avec possibilité de rétroactivité à la date du fait qui y donne droit lorsque la demande intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent.

5.3. Autres modifications de l'adhésion

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

Article 6

Cotisations

6.1. Règles générales de fixation des cotisations

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

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis ;
- de la composition familiale déclarée à l'institution (sauf cas de gratuité définis ci-dessous) ;
- de l'âge de l'adhérent ;
- de son lieu de résidence (apprécié au 1^{er} janvier de chaque exercice).

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.

6.2. Gratuité de couverture de certains enfants

Certains enfants sont couverts gratuitement par BTP-Prévoyance, sans incidence sur la cotisation appelée auprès de l'adhérent. Cette couverture gratuite est mise en œuvre pour les enfants suivants :

- a) Lorsqu'il est lié à l'adhérent au sens de l'article 4.2, tout enfant est couvert à titre gratuit jusqu'au 31 décembre de l'année de son 3^e anniversaire ;

b) Lorsque l'adhésion couvre au moins trois autres enfants liés à l'adhérent au sens de l'article 4.2, et que ces enfants sont âgés d'au moins 3 ans au 1^{er} janvier et de moins de 26 ans au 31 décembre de l'année d'effet de la couverture, seuls deux enfants sont pris en compte pour la détermination de la cotisation. Tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

6.3. Remises de cotisations à l'adhésion

Pour tout nouvel adhérent, les deux premiers mois de cotisations bénéficient d'une suspension de paiement si les conditions suivantes sont simultanément remplies :

- il s'agit de la première adhésion santé à titre individuel de l'intéressé (hors compléments individuels de frais médicaux) auprès de BTP-Prévoyance ou d'une des entités relevant des comptes combinés de l'institution ;
- l'adhésion est prononcée :
 - avant le 31 décembre de l'année des 35 ans de l'intéressé ;
 - ou à partir du 1^{er} janvier de l'année de ses 55 ans ;
 - ou avec une date d'effet au plus tard au 1^{er} janvier du deuxième exercice civil suivant sa première affiliation dans le BTP.

Les anciens apprentis ayant bénéficié d'une minoration de cotisation dans le cadre des dispositions de l'article 6.5 bénéficient d'une suspension de 2 mois de cotisation au 1^{er} janvier qui suit la fin de leur apprentissage s'ils poursuivent leur adhésion au présent régime selon les modalités précisées ci-dessus.

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

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de résiliation portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion ;
- et si les cotisations dues jusqu'au 12^e mois suivant l'adhésion (hors période de suspension initiale) ont été régulièrement honorées, sans que l'institution ait eu à constater un retard de versement excédant 30 jours.

A défaut, les cotisations dont le paiement a été suspendu sont intégralement exigibles :

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

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

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

En cas de décès d'un ancien participant affilié à un régime de frais médicaux collectifs tel que défini dans les règlements des régimes de BTP-Prévoyance, ses anciens ayants droit bénéficient d'une gratuité de cotisation durant les 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.

6.5. Réductions sociales

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

Le barème tarifaire spécifique résultant est exposé dans l'annexe sociale jointe au présent règlement.

Article 7

Versement des cotisations

L'adhérent, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que l'adhésion n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement peut être fractionné par mois ou par trimestre. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance sur compte bancaire, ou par toute autre solution mise en œuvre par l'institution.

Les éventuels frais d'impayés peuvent être imputés à l'adhérent.

Article 8

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

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 ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information ;
 - l'adhérent a changé 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 ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, lorsque les dates limites d'exercice du droit à démission n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

Les apprentis bénéficiaires du dispositif de réductions sociales défini à l'article 6.5 peuvent faire application, à leur choix, de leur droit à démission (tel que défini au second alinéa du présent article) soit en fin d'exercice civil, soit au 31 août de chaque exercice.

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 effectuées sur le 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 tout droit à prestations.

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 des droits à retraite complémentaire ARRCO (droits directs ou pension de réversion) ;
- les adhérents qui ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale.

Pour ces adhérents :

- en cas de demande expresse de l'adhérent, l'adhésion est transférée du présent régime au régime de frais médicaux individuel retraités au premier jour suivant la demande ;
- à défaut, l'adhésion est automatiquement transférée au 1^{er} janvier de l'année suivante du présent régime vers le régime de frais médicaux individuel retraités.

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

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

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

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

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

Article 9

(Réservé)

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.

Article 11

(Réservé)

Article 12

Prestations, étendue des garanties

12.1. Dispositions générales relatives aux prestations

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'adhérent.

Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'annexe des garanties ;
- par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations 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 2 de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- 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 de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

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

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ;
- 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 de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

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

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.

12.2. Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait.

Pour les adhésions aux modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait annuel de remboursement pour l'adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » est fonction de la consommation des exercices écoulés.

Un bonus responsable peut ainsi s'ajouter au forfait annuel de base :

- le bonus responsable intermédiaire est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice précédent, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- le bonus responsable maximal est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre des deux exercices précédents, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- lorsque au cours de l'exercice civil précédent, un remboursement a été octroyé à un bénéficiaire adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » ou « monture et/ou verres progressifs » et quel qu'en soit le montant, son droit annuel à remboursement est limité au forfait annuel de base.

Par exception, le bonus responsable maximum est automatiquement octroyé à tout adhérent, ainsi qu'à ses ayants droit adultes, dont la date d'effet de l'adhésion était antérieure au 1^{er} janvier 2013.

Le montant du forfait annuel de base et celui du bonus responsable, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'annexe des garanties.

12.3. Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et « autres prothèses et divers »

Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursements de la sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :

- soins dentaires ;
- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
- orthodontie ;
- prothèses auditives ;
- appareillage orthopédique et autres prothèses.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil. Le montant de ce plafond, variable en fonction de l'ancienneté d'adhésion, est fixé par bénéficiaire et par année civile :

- à 2 500 € à compter de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit ;
- à 5 000 € du 1^{er} janvier de la 2^e année jusqu'au 31 décembre de la 4^e année qui suivent la date d'effet de l'adhésion ;
- à 10 000 € à partir du 1^{er} janvier de la 5^e année suivant la date d'effet de l'adhésion.

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut toutefois conduire à une limitation de la prise en charge au titre du ticket modérateur.

Par exception, pour toute adhésion avant le 31 décembre 2012, le plafond est de 10 000 €.

12.4. Dispositions spécifiques à la prestation additionnelle de capital décès

La garantie additionnelle de capital décès prévoit le versement d'un capital de 1 500 € en cas de décès en 2013 de la personne couverte (l'adhérent et, le cas échéant, son conjoint bénéficiaire au titre du présent règlement).

Le versement de la prestation s'effectue auprès des bénéficiaires légaux, sans possibilité de désignation autre.

Article 13

Support des remboursements

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

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

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

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2013, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

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

Si tel ne peut être le cas, elle est versée au terme d'un délai de 5 ans au solde du compte prévu à l'article 23.

Article 15

Tiers payant

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

Au terme de leur adhésion, tel que défini à l'article 11 :

- l'adhérent et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance ;
- dans l'hypothèse où l'adhérent et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-Prévoyance est fondé à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par BTP-Prévoyance.

Article 16

Délai de stage et de carence

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

- le membre participant apporte la preuve qu'il bénéficiait d'une autre couverture complémentaire santé dans les 6 mois précédant l'adhésion (y compris couverture maladie universelle complémentaire) ;

- le membre participant a fourni un certificat d'apprentissage ou de contrat par alternance dans le bâtiment et les travaux publics ;
- les soins sont directement liés à un accident postérieur à la date de l'adhésion ;
- l'adhésion fait suite à un changement de situation familiale ou d'option.

A défaut, un délai initial de 6 mois est appliqué au cours duquel la couverture en optique, en dentaire et en audioprothèse est ramenée aux garanties de la première option, telle que précisées dans l'annexe des garanties.

S'agissant du module proposant une garantie additionnelle de capital décès, un délai de carence de 6 mois est appliqué à compter de la date d'adhésion à ce module.

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 deux 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.

17.3. Dispositions diverses

L'historisation par BTP-Prévoyance des données conditionnant l'accès aux mesures d'attractivité de l'article 6.3 est fixée à 5 ans à compter du terme de la dernière adhésion individuelle. Cette durée fixe le délai de prescription au-delà duquel le droit aux dispositions dudit article est définitif, quelles qu'aient été les couvertures antérieures.

Article 18

Recours contre tiers responsable

BTP-Prévoyance est subrogé de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que BTP-Prévoyance a exposées, et dans les conditions et limites légales.

Article 19

Mise en œuvre de coassurance

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

Pour la mise en œuvre d'une telle coassurance territoriale, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle

concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du 9^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

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

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

Article 20

Effet de la coassurance

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

En cas de changement de domiciliation de l'adhérent en dehors du territoire de coassurance dont il relève :

- lorsque l'adhésion porte sur une option de la gamme nationale, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- lorsque l'adhésion concerne une option régionale, le changement de domiciliation est sans conséquence sur les conditions de coassurance.

Article 21

Information des adhérents

21.1. Information lors de l'adhésion

L'information des adhérents est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement. En particulier, préalablement à l'adhésion, sont remis à l'adhérent un bulletin d'adhésion et une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations des bénéficiaires, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

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

L'adhérent est notamment informé qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, il peut s'adresser par écrit au médiateur de PRO-BTP à l'adresse suivante : Médiateur de PRO-BTP, 7, rue du Regard, 75294 Paris Cedex 06.

L'adhérent est informé que le médiateur de PRO-BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

21.2. Information en cas de modifications des conditions de couverture

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

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

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

Article 22

Section financière et réserve

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

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

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

Article 23

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 22 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

23.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

23.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- d) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 10 % des cotisations acquises des adhérents avant réductions au titre des mesures définies aux articles 6.3 et 6.5.

23.3. Compte de gestion

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

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

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

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge de retraités (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 s'adressent prioritairement aux retraités, anciens salariés du BTP.

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

Article 2

Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les anciens participants de l'institution (et de manière générale tous les anciens salariés du BTP), à compter de la date d'ouverture de leur dossier d'instruction de retraite complémentaire ARRCO ou s'ils ont atteint l'âge défini au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale. Pour ces ressortissants, l'adhésion est possible jusqu'à 75 ans ;
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à une couverture de frais médicaux de l'institution qui remplissent l'ensemble des conditions suivantes :
 - ils sont allocataires du régime de retraite complémentaire ARRCO (au titre de droits directs ou d'une pension de réversion) ou ils ont atteint l'âge défini au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ;
 - ils ont été reconnus bénéficiaires des garanties santé de BTP-Prévoyance avec leur propre numéro de sécurité sociale ;
 - et ils 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 adhérentes de l'institution.

Article 3

Modalités de l'adhésion

3.1. Nouvelle adhésion individuelle auprès de BTP-Prévoyance

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

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée ;
- la date 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.

Le bulletin d'adhésion comporte également l'engagement du futur adhérent de ne pas être couvert, à compter du jour d'effet de la demande, par une autre assurance complémentaire santé (auprès d'une institution de prévoyance, d'une mutuelle ou d'une société d'assurance), sauf si cette

autre assurance résulte d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'intérim. A défaut de cet engagement, l'adhésion ne peut être acceptée. Par ailleurs, en cas de non-respect ultérieur de cet engagement, l'institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant toute la période de double couverture (que ces versements aient été effectués à l'intéressé, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant).

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.

3.2. Transfert du régime de frais médicaux individuels actifs vers le régime de frais médicaux individuels retraités

Pour tout adhérent au régime de frais médicaux individuels actifs qui a liquidé des droits à retraite complémentaire ARRCO (droits directs ou pension de réversion), ou qui a atteint, durant l'exercice civil, l'âge défini au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale :

- en cas de demande expresse de l'adhérent, l'adhésion est transférée du régime de frais médicaux individuels actifs vers le présent régime au premier jour suivant la demande ;
- à défaut, l'adhésion est automatiquement transférée au 1^{er} janvier de l'année suivante du régime de frais médicaux individuels actifs 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 ; aucun droit à renonciation (tel que défini à l'article 3.1) n'est ouvert suite à la mise en œuvre de ce transfert.

3.3. Adhésion au module additionnel de capital décès

L'adhésion à ce module additionnel est ouverte jusqu'au 31 décembre de l'exercice qui suit la date de liquidation de retraite ARRCO de l'adhérent.

Les personnes couvertes au titre de ce module additionnel sont : l'adhérent et son conjoint lorsqu'il a la qualité de bénéficiaire de la couverture de frais médicaux instituée par le présent règlement.

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

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

Le bénéfice de la couverture ne peut être ouvert au conjoint que si ce dernier n'est pas simultanément couvert par une autre assurance complémentaire santé (auprès d'une institution de prévoyance, d'une mutuelle ou d'une société d'assurance). A défaut, l'institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant la

période de double couverture (que ces montants aient été versés à l'intéressé, au conjoint, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant).

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée par écrit 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, ou enfant à naître de leur union) ;
 - 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 du participant, ou adoptés par le participant, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis ;
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale. Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée ;
 - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
 - demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant.

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.

Article 5

Date d'effet, modifications de l'adhésion

5.1. Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au premier jour qui suit la demande d'adhésion et ne peut être rétroactive.

Par exception :

- si au cours des 6 derniers mois, l'adhérent était couvert à titre de bénéficiaire par une couverture – collective ou individuelle – interrompue suite au décès de l'adhérent principal, à divorce, à rupture de Pacs ou à séparation de corps, la date d'effet de l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption ;
- si au cours des 6 derniers mois, l'adhérent bénéficiait de droits collectifs qui ont été interrompus au jour de fin de son dernier contrat de travail, l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de cette même date.

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

5.2. Changements d'option

Pour toute demande de l'adhérent reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement d'option intervient avec effet au 1^{er} janvier suivant.

Par exception :

- le changement d'option peut être pris en compte rétroactivement au 1^{er} janvier, lorsque l'adhérent a formulé sa demande en janvier et dans le délai de 30 jours suivant la date d'envoi de son avis d'échéance annuelle ;
- le changement d'option peut être pris en compte en cours d'exercice dans l'un des cas suivants :
 - l'adhérent inscrit un nouveau bénéficiaire suite à un mariage, la conclusion d'un Pacs, une naissance ou une adoption ;
 - le périmètre des bénéficiaires couverts est modifié suite à un divorce, une rupture du Pacs de l'adhérent, une séparation de corps ou suite au décès d'un ayant droit ;
 - le contrat de travail de l'adhérent ou de son conjoint est rompu en donnant droit à une indemnisation par Pôle emploi (dans ce cas, le changement d'option en cours d'exercice ne peut intervenir qu'à la baisse) ;
 - l'adhérent (ou son conjoint) liquide ses droits à une retraite complémentaire ARRCO.

Tout changement d'option en cours d'exercice est pris en compte au premier jour suivant la demande, avec possibilité de rétroactivité à la date du fait qui y donne droit lorsque la demande intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent.

5.3. Autres modifications de l'adhésion

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

Article 6

Cotisations

6.1. Règles générales de fixation des cotisations

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

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis ;
- du nombre d'adultes couverts ;
- de l'âge de l'adhérent (dans la limite de 67 ans) ;
- de son lieu de résidence (apprécié au 1^{er} janvier de chaque exercice).

Pour toute adhésion avant l'année d'atteinte des 68 ans, la cotisation annuelle est définie en lecture directe des dispositions de l'annexe tarifaire.

Pour toute adhésion à partir de l'année d'atteinte des 68 ans, la cotisation issue de l'annexe tarifaire fait l'objet d'une majoration. Le niveau de cette majoration dépend de l'âge atteint au cours de l'année d'adhésion :

- + 10 % pour les adhésions entre 68 et 70 ans ;
- + 20 % pour les adhésions à partir de 71 ans.

Cette majoration n'est toutefois pas appliquée si l'adhésion intervient avant la fin du 12^e mois qui suit :

- la date de liquidation de retraite ARRCO de l'adhérent ;
- ou, si elle est plus favorable, la date de fin de sa dernière activité salariée (notamment dans le cadre d'un cumul emploi-retraite).

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.

6.2. Gratuité de couverture des enfants

Tous les enfants à charge au sens de l'article 4.2 sont couverts gratuitement par BTP-Prévoyance.

6.3. Remises de cotisations à l'adhésion

Pour tout nouvel adhérent au présent règlement, les deux premiers mois de cotisations bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première adhésion santé à titre individuel de l'intéressé (hors compléments individuels de frais médicaux) auprès de BTP-Prévoyance ou d'une des entités relevant des comptes combinés de l'institution.

La durée de la suspension est portée à 6 mois pour toute personne qui remplit les conditions suivantes :

a) Le nouvel adhérent au régime était précédemment couvert en frais médicaux collectifs par l'institution :

- dans les 6 mois précédant la date d'ouverture de son dossier d'instruction de retraite ARRCO (ou dans les 6 mois précédant la date d'effet de retraite ARRCO, si cette dernière est plus favorable) ;
- au titre d'un régime standard ou d'une convention particulière conclue avec une entreprise adhérente ;
- quelles qu'aient été ses couvertures antérieures ;

b) La date d'effet de l'adhésion, toujours postérieure à la date d'ouverture du dossier d'instruction de retraite ARRCO, intervient avant la fin du 12^e mois qui suit :

- la date de liquidation de retraite ARRCO de l'adhérent,
- ou, si elle est plus favorable, la fin de sa dernière activité salariée (notamment dans le cadre d'un cumul emploi-retraite), sous réserve que l'intéressé n'ait pas déjà bénéficié d'une remise de 6 mois de cotisations au titre d'une adhésion antérieure au présent règlement.

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

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de résiliation portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion ;
- et si les cotisations dues jusqu'au 12^e mois suivant l'adhésion (hors période de suspension initiale) ont été régulièrement honorées, sans que l'institution ait eu à constater un retard de versement excédant 30 jours.

A défaut, les cotisations dont le paiement a été suspendu sont intégralement exigibles :

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

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

6.4. Gratuité temporaire à l'adhésion du conjoint, en cas de décès de l'ancien adhérent principal

En cas de décès d'un ancien participant affilié à un régime de frais médicaux collectifs tel que défini dans les règlements des régimes de BTP-Prévoyance, 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.

6.5. Réductions sociales

6.5.1. Dispositions générales relatives aux réductions sociales

Dans le cadre des politiques d'action sociale mises en œuvre par BTP-Prévoyance, les retraités peuvent bénéficier d'une réduction sociale sur leur cotisation.

Ces réductions sont liées à la situation de l'adhérent et/ou de son conjoint :

- bénéficiaire de l'APA (« réduction dépendance ») ;
- à défaut, bénéficiaire de l'ACS (chèque santé) ;
- à défaut, bénéficiaire d'une pension de retraite ARRCO exonérée de CSG-CRDS ;
- à défaut, ancienneté d'au moins 30 ans dans le BTP (ancienneté définie à partir de la durée d'affiliation à BTP-Prévoyance en tant que salarié).

Pour les personnes qui ont adhéré au présent règlement après l'âge prévu au 3^e alinéa de l'article 6.1 et qui sont à ce titre sujettes à une majoration de cotisations, ces différents droits à réduction ne sont ouverts qu'à compter du 1^{er} janvier de la 3^e année suivant la date d'adhésion.

Les montants des réductions mises en œuvre sont détaillés dans l'annexe sociale jointe au présent règlement.

6.5.2. Dispositions spécifiques à la « réduction dépendance »

Une réduction de cotisation est octroyée aux adhérents et à leur conjoint qui bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2013. Cette réduction de cotisation est appelée « réduction dépendance ».

Le montant de la « réduction dépendance » est fonction :

- du lieu de résidence du bénéficiaire de l'APA (à domicile ou en EHPAD) ;
- pour les personnes qui résident à domicile, du niveau de perte d'autonomie apprécié par le conseil général en application de la grille nationale AGGIR.

La « réduction dépendance » est applicable :

- à compter de la date d'octroi de l'APA par le conseil général (à la condition que cette date interviene avant le 31 décembre 2013) ;

- à la condition que la demande de réduction ait été adressée à l'institution (accompagnée des pièces justificatives correspondantes) avant le 31 décembre de la 3^e année suivant la date d'octroi de l'APA.

Sous réserve des dispositions de l'avant dernier alinéa de l'article 6.5.a), le droit à réduction est accordé avec une rétroactivité maximale de 24 mois par référence à la date de réception de la demande, sans que sa date de prise d'effet puisse être antérieure au 1^{er} janvier 2012.

Pour les personnes reconnues bénéficiaires de l'APA avant le 31 décembre 2013 :

- le droit à « réduction dépendance » est acquis : ces personnes bénéficient d'un droit à réduction sur leur cotisation santé aussi longtemps qu'elles seront bénéficiaires de l'APA. De même, toute aggravation future de leur situation de dépendance (évolution du niveau de GIR si le bénéficiaire de l'APA réside à domicile, ou installation dans un EHPAD) donnera lieu à une augmentation de la « réduction dépendance » en application du barème défini dans l'annexe sociale jointe au présent règlement ;
- à compter de la date d'attribution de l'APA par le conseil général, la réduction est octroyée de droit jusqu'au 31 décembre de la 3^e année suivant cette date d'attribution sans que l'intéressé ait à justifier du maintien de sa situation de bénéficiaire de l'APA. Il en est de même lorsque l'intéressé communique un nouveau justificatif faisant état d'une évolution de son état de dépendance : le droit à réduction court jusqu'au 31 décembre de la 3^e année qui suit la date d'effet de ce nouveau justificatif ;
- le décès de la personne bénéficiaire de l'APA interrompt automatiquement le droit à « réduction dépendance ».

Article 7

Versement des cotisations

L'adhérent, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que l'adhésion n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement peut être fractionné par mois ou par trimestre. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance sur compte bancaire, ou par toute autre solution mise en œuvre par l'institution.

Les éventuels frais d'impayés peuvent être imputés à l'adhérent.

Article 8

Terme de l'adhésion. – 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 : au jour du décès de l'adhérent, ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

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 ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information ;
 - 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 ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, lorsque les dates limites d'exercice du droit à démission n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

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 effectuées sur le 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 tout droit à prestations.

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

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

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

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

Article 9

(Réservé)

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.

Article 11

(Réservé)

Article 12

Prestations, étendue des garanties

12.1. Dispositions générales relatives aux prestations

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'adhérent.

Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'annexe des garanties ;
- par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations 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 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- 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 de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

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

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ;
- 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 de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

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

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.

12.2. Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait.

Pour les adhésions aux modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait annuel de remboursement pour l'adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » est fonction de la consommation des exercices écoulés.

Un bonus responsable peut ainsi s'ajouter au forfait annuel de base :

- le bonus responsable intermédiaire est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice précédent, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- le bonus responsable maximal est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre des deux exercices précédents, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- lorsque au cours de l'exercice civil précédent, un remboursement a été octroyé à un bénéficiaire adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » ou « monture et/ou verres progressifs » et quel qu'en soit le montant, son droit annuel à remboursement est limité au forfait annuel de base.

Par exception, le bonus responsable maximum est automatiquement octroyé à tout adhérent, ainsi qu'à ses ayants droit adultes, dont la date d'effet de l'adhésion était antérieure au 1^{er} janvier 2013.

Le montant du forfait annuel de base et celui du bonus responsable, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'annexe des garanties.

12.3. Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et « autres prothèses et divers »

Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursements de la sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :

- soins dentaires ;
- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
- orthodontie ;
- prothèses auditives ;
- appareillage orthopédique et autres prothèses.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil. Le montant de ce plafond, variable en fonction de l'ancienneté d'adhésion, est fixé par bénéficiaire et par année civile :

- à 2 500 € à compter de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit ;
- à 5 000 € du 1^{er} janvier de la 2^e année jusqu'au 31 décembre de la 4^e année qui suivent la date d'effet de l'adhésion ;
- à 10 000 € à partir du 1^{er} janvier de la 5^e année suivant la date d'effet de l'adhésion.

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut jamais conduire à une limitation de la prise en charge au titre du ticket modérateur.

Par exception, pour toute adhésion avant le 31 décembre 2012, le plafond est de 10 000 €.

12.4. Dispositions spécifiques à la prestation additionnelle de capital décès

La prestation additionnelle de capital décès prévoit le versement d'un capital de 1 500 € en cas de décès en 2013 de la personne couverte (l'adhérent et, le cas échéant, son conjoint bénéficiaire au titre du présent règlement).

Le versement de la prestation s'effectue auprès des bénéficiaires légaux, sans possibilité de désignation autre.

Article 13

Support des remboursements

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

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

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

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 € pour les virements (20 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2013, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme d'une année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée 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 23.

Article 15

Tiers payant

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

Au terme de leur adhésion, tel que défini à l'article 11 :

- l'adhérent et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance ;
- dans l'hypothèse où l'adhérent et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-Prévoyance est fondé à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par BTP-Prévoyance.

Article 16

Délai de stage et de carence

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

- le membre participant apporte la preuve qu'il bénéficiait d'une autre couverture complémentaire santé dans les 6 mois précédant l'adhésion (y compris couverture maladie universelle complémentaire) ;

- le membre participant a fourni un certificat d'apprentissage ou de contrat par alternance dans le bâtiment et les travaux publics ;
- les soins sont directement liés à un accident postérieur à la date de l'adhésion ;
- l'adhésion fait suite à un changement de situation familiale ou d'option.

A défaut, un délai initial de 6 mois est appliqué au cours duquel la couverture en optique, en dentaire et en audioprothèse est ramenée aux garanties de la première option, telle que précisées dans l'annexe des garanties.

S'agissant du module proposant une garantie additionnelle de capital décès, un délai de carence de 6 mois est appliqué à compter de la date d'adhésion à ce module.

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.

17.3. Dispositions diverses

L'historisation par BTP-Prévoyance des données conditionnant l'accès aux mesures d'attractivité de l'article 6.3 est fixée à 5 ans à compter du terme de la dernière adhésion individuelle. Cette durée fixe le délai de prescription au-delà duquel le droit aux dispositions dudit article est définitif, quelles qu'aient été les couvertures antérieures.

Article 18

Recours contre tiers responsable

BTP-Prévoyance est subrogé de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que BTP-Prévoyance a exposées, et dans les conditions et limites légales.

Article 19

Mise en œuvre de coassurance

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

Pour la mise en œuvre d'une telle coassurance territoriale, des dispositions réglementaires parallèles doivent être adoptées par les instances de BTP-Prévoyance et par celles de chaque mutuelle

concernée. En conséquence, le présent règlement, qui relève des dispositions du 9^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

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

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

Article 20

Effet de la coassurance

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

En cas de changement de domiciliation de l'adhérent en dehors du territoire de coassurance dont il relève :

- lorsque l'adhésion porte sur une option de la gamme nationale, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- lorsque l'adhésion concerne une option régionale, le changement de domiciliation est sans conséquence sur les conditions de coassurance.

Article 21

Information des adhérents

21.1. Information lors de l'adhésion

L'information des adhérents est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement. En particulier, préalablement à l'adhésion, sont remis à l'adhérent un bulletin d'adhésion et une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations des bénéficiaires, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

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

L'adhérent est notamment informé qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, il peut s'adresser par écrit au médiateur de PRO-BTP à l'adresse suivante : Médiateur de PRO-BTP, 7, rue du Regard, 75294 Paris Cedex 06.

L'adhérent est informé que le médiateur de PRO-BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

21.2. Information en cas de modification des conditions de couverture

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

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

Après information, les modifications de conditions de couverture résultant du présent règlement et de ses différentes annexes s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits du souscripteur nés du présent contrat, celui-ci peut dénoncer son adhésion dans un délai de 30 jours suivant son information.

Article 22

Section financière et réserve

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

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

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

Article 23

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 22 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

23.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

23.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- d) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 10 % des cotisations acquises des adhérents avant réductions au titre des mesures définies aux articles 6.3 et 6.5.

23.3. Compte de gestion

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

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

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

RÈGLEMENT DU RÉGIME DES COMPLÉMENTS INDIVIDUELS
DE FRAIS MÉDICAUX

Article 1^{er}

Objet. – Définitions

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de définir les droits et obligations des participants qui, déjà couverts dans le cadre de leur entreprise par un régime collectif de frais médicaux de BTP-Prévoyance (ouvriers, ETAM ou cadres), souhaitent compléter leurs garanties de frais médicaux sur la base d'une contribution financière à leur charge exclusive.

Ces compléments de garanties reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements.

Dans la suite du règlement, sont appelés :

- socle collectif : l'option du régime de frais médicaux collectif de BTP-Prévoyance à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie (ouvriers, ETAM, cadres) dont relève le participant ;
- complément individuel : le complément de garanties de frais médicaux auquel le salarié a décidé de participer à titre personnel en sus du socle collectif qui est régi par les dispositions du titre III du 9^e livre du code de la sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance ;
- dispositif de couverture santé à étages : les garanties globales de frais médicaux issues du cumul du socle collectif et du complément individuel choisi par le participant. Il est précisé que l'entreprise qui met en place un dispositif de couverture santé à étages adhère à une seule et même opération collective de remboursement complémentaire des frais de santé ;
- niveau de garanties : les garanties servies en fonction de l'option et, le cas échéant, du module de garanties additionnelles choisis par l'entreprise et/ou le participant ;
- participant ou salarié : le salarié ou ancien salarié qui peut participer ou participe de manière volontaire au complément individuel.

Les garanties prises en charge par le complément individuel s'entendent après déduction :

- des dépenses prises en charge par le régime de sécurité sociale dont relève le participant et ses ayants droit ;
- des dépenses de santé prises en charge au titre du socle collectif.

Article 2

Accès aux compléments individuels de frais médicaux

Lorsqu'elles adhèrent à une option d'un régime de frais médicaux collectif de BTP-Prévoyance, au bénéfice de tout ou partie de leurs salariés, les entreprises ouvrent automatiquement pour ces salariés la possibilité d'accéder au dispositif de couverture santé à étages.

Lors de son affiliation par l'entreprise au socle collectif, chaque salarié est informé par BTP-Prévoyance de sa faculté d'accéder à un complément individuel de frais médicaux.

Article 3

Modalités de mise en œuvre

La décision du salarié de bénéficier d'un complément individuel de frais médicaux se formalise par la signature d'un bulletin de participation. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

Le bulletin de participation précise notamment :

- le nom, la date de naissance et le lieu de domiciliation du participant ;
- l'entreprise dont il relève ;
- la date d'effet du complément individuel ;

- le niveau de garanties retenu dans le cadre du dispositif de couverture santé à étages. Ce niveau ne peut être inférieur au niveau du socle collectif souscrit par l'entreprise, que ce soit pour le bloc soins-hospitalisation ou pour le bloc complément (dentaire-optique...).

Article 4

Bénéficiaires du complément individuel

Les garanties du complément individuel de frais médicaux couvrent simultanément :

- le salarié ;
- ainsi que l'ensemble de ses ayants droit déjà couverts au titre du socle collectif.

De ce fait, le complément individuel ne peut être mis en œuvre pour une partie seulement des bénéficiaires du socle collectif.

Toute modification apportée à la liste des bénéficiaires du socle collectif entraîne actualisation, à la même date d'effet, des bénéficiaires couverts par le complément individuel. Lorsque cette actualisation conduit à majorer, à la même date d'effet, le montant annuel de la cotisation du complément individuel :

- BTP-Prévoyance informe le participant par courrier des modifications en résultant dans l'échéancier de cotisation du complément individuel ;
- à compter de la date d'envoi de ce courrier, le salarié dispose d'un délai de 30 jours pour diminuer son niveau de garantie, ou résilier, dans les conditions de l'article 8.3, sa participation au complément individuel.

Article 5

Date d'effet, modifications de la participation

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

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

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

Pour toute demande du participant reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement d'option intervient avec effet au 1^{er} janvier suivant.

Par exception, le changement d'option peut être pris en compte rétroactivement au 1^{er} janvier, lorsque le participant a formulé sa demande en janvier et dans le délai de 30 jours suivant la date d'envoi de son avis d'échéance annuelle.

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

Article 6

Détermination des cotisations

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

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

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

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

Article 7

Versement des cotisations

L'entreprise adhérente au socle collectif ne peut être tenue pour responsable du paiement de tout ou partie de la cotisation liée au complément individuel.

Le salarié, par la signature du bulletin de participation, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que sa participation au dispositif de couverture santé à étages n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement est fractionné par mois. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance sur compte bancaire du participant, ou par toute autre solution mise en œuvre par l'institution.

Les éventuels frais d'impayés sur prélèvement pourront être imputés au participant.

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.

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 appelé démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié à l'institution au moins 2 mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet 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 ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information ;
- 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 cotisations ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, lorsque les dates limites d'exercice du droit à démission n'ont pas été rappelées au participant dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

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 tout droit à prestations.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le 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.

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.

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 droits à prestations 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.

Article 9

(Réservé)

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.

Article 11

(Réservé)

Article 12

Prestation, étendue des garanties

12.1. Dispositions générales relatives aux prestations

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

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

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ;
- 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.

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

- toutes les prestations de prévention comprises dans la liste prévue au 2 de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- 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 de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

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

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

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.

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.

12.2. Dispositions spécifiques aux garanties optiques

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait.

Pour les adhésions aux modules P3+, P4, P5 et P6, le plafond annuel de remboursement pour l'adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » est fonction de la consommation des exercices écoulés.

Un bonus responsable peut ainsi s'ajouter au plafond annuel de base :

- le bonus responsable intermédiaire est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice précédent, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- le bonus responsable maximal est octroyé à chaque bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert du 1^{er} janvier au 31 décembre des deux exercices précédents, il n'a bénéficié d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » ;
- lorsque au cours de l'exercice civil précédent, un remboursement a été octroyé à un bénéficiaire adulte au titre des postes « monture et/ou verres simples » ou « monture et/ou verres progressifs » et quel qu'en soit le montant, son droit annuel à remboursement est limité au plafond annuel de base.

Le bonus responsable maximum est automatiquement octroyé en 2013 à tout participant ainsi qu'à ses éventuels ayants droit adultes.

Le montant du plafond annuel de base et celui du bonus responsable, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'annexe des garanties.

12.3. Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et « autres prothèses et divers »

Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursements de la sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :

- soins dentaires ;
- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
- orthodontie ;
- prothèses auditives ;
- appareillage orthopédique et autres prothèses.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil. Le montant de ce plafond est fixé à 10 000 € par bénéficiaire et par an.

L'application de ce plafond annuel ne peut jamais conduire à une limitation de la prise en charge au titre du ticket modérateur.

Article 13

Support des remboursements

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

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

Article 14

Plancher de versement de la prestation

Toute somme due à un bénéficiaire au titre 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 2013, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

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

Si tel ne peut être le cas, elle est versée au terme d'un délai de 5 ans au solde du compte prévu à l'article 23.

Article 15

Tiers payant

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

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 11 :

- le participant et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance ;
- dans l'hypothèse où le participant et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-Prévoyance est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par BTP-Prévoyance.

Article 16

Délai de stage et de carence

Les garanties accordées s'appliquent au premier jour d'effet de la participation du salarié au complément individuel, quel que soit le niveau de garanties retenu.

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.

Article 18

Recours contre tiers responsable

Les dispositions du règlement du socle collectif relatives aux recours contre tiers responsable s'appliquent à l'identique pour la part des prestations à charge du présent règlement.

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^e livre du code de la sécurité sociale, est simultanément compatible avec les dispositions du code de la mutualité.

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

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

Article 20

Effet de la coassurance

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

En cas de changement de domiciliation de l'entreprise adhérente en dehors du territoire de coassurance dont elle relève, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant.

Article 21

Information des participants

21.1. Information lors de la participation

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

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

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

Le participant est notamment informé qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, il peut s'adresser par écrit au médiateur de PRO-BTP à l'adresse suivante : Médiateur de PRO-BTP, 7, rue du Regard, 75294 Paris Cedex 06.

Le participant est informé que le médiateur de PRO-BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement.

21.2. Information en cas de modifications des conditions de couverture

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

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

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

Article 22

Section financière et réserve

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

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

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

Article 23

Ressources et charges de la section financière

23.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

23.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations différentielles versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- d) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 12 % des cotisations différentielles acquises des participants.

23.3. Compte de gestion

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

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

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

CHAPITRE IV

A compter du 1^{er} janvier 2013 :

- l'option « Base » est renommée « S2/P1 » ;
- l'option « 1 » est renommée « S2/P1 » ;
- l'option « S1+ » est renommée « S2 » en combinaison avec un Py ;
- l'option « P1+ » est renommée « P1 » en combinaison avec un Sx.

CHAPITRE V

Les parties décident de ratifier :

- les annexes des garanties et annexes tarifaires du règlement des régimes de prévoyance supplémentaire des ouvriers, telles qu'elles figurent en annexe I du présent avenant ;
- les annexes des garanties et annexes tarifaires du règlement des régimes de prévoyance supplémentaire des ETAM, telles qu'elles figurent en annexe II du présent avenant ;
- les annexes des garanties et annexes tarifaires du règlement des régimes de prévoyance, collège cadres, telles qu'elles figurent en annexe III du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du règlement des régimes de frais médicaux, collège ouvriers, telles qu'elles figurent en annexe IV du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du règlement des régimes de frais médicaux, collège ETAM, telles qu'elles figurent en annexe V du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du règlement des régimes de frais médicaux, collège cadres, telles qu'elles figurent en annexe VI du présent avenant ;
- les annexes des garanties et annexes tarifaires du règlement du régime de la garantie arrêt de travail et de l'option charges sur arrêts de travail de longue durée telles qu'elles figurent en annexe VII du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du règlement des régimes de frais médicaux individuels, actifs, telles qu'elles figurent en annexe VIII du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du règlement des régimes de frais médicaux individuels, retraités, telles qu'elles figurent en annexe IX du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du règlement des compléments individuels de frais médicaux, telles qu'elles figurent en annexe X du présent avenant.

CHAPITRE VI

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2013.

Chapitre VII

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 12 décembre 2012.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

GARANTIES ET TARIFS AU RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE SUPPLÉMENTAIRE DES OUVRIERS

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Ouvriers									
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013									
Gamme									
RNPO *		Base Obligatoire + Surbase Obligatoire		Régime de Prévoyance Supplémentaire des Ouvriers					
Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des Ouvriers									
> Capital-Décès									
		N 1	N 2	N 3	N 4	N 5	N 6	N 7	
Capital de base : décès toutes causes Participant célibataire, veuf ou divorcé Participant avec conjoint		67% SB	110% SB	110% SB	200% SB		250% SB	350% SB	
		130% SB	165% SB	220% SB	250% SB		350% SB	450% SB	
		+1000 SR		+33% SB	+40% SB				
		+1500 SR	+66% SB	+80% SB					
		+2000 SR	(Voir ci-dessous)	(Voir ci-dessous)					
		(voir ci-dessus)	+33% SB	+60% SB					
b) Majoration pour décès accidentel (2)			+100% SB (3) OU -----	+100% SB		+ 200% SB + doublement majo. Enfant			
c) Majoration pour décès suite à AT/MP (6)									
		+100% RA	+100% RA (3)	+300% RA		+250% RA		+150% RA	
d) Majoration pour décès du conjoint du "Capital Orphelins"			+250 SR	+125% SB par enfant à charge					
Versement anticipé du capital-décès Si invalidité totale et permanente		non		oui					
Conversion du capital en rente				oui					

Game

* Les prestations des régimes de base applicables au 1er janvier 2013 sont rappelées ci-après à titre d'indication. Seules les dispositions détaillées dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 31 juillet 1968 font référence.

- (13) 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 dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 31 juillet 1968.

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Ouvriers PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013 Gamme	
RNPO *	Base Obligatoire + Surbase Obligatoire
Régime de Prévoyance Supplémentaire des Ouvriers Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des Ouvriers	
> Indemnités Journalières	
Arrêt suite à maladie (hors accident du travail et maladie professionnelle)	75% SB (6)(7)(8)
Arrêt suite à AT/MP	SB / 4000 par jour (9)
> Rente d'Invalidité	
Maladie ou Accident de droit commun	
Invalidité de 1ère catégorie	-
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	-
Invalidité de 2ème catégorie	10% SB (11)
Invalidité de 3ème catégorie	+5% SB (12)
Majoration par enfant à charge	
AT/MP (6) (T : Taux d'incapacité permanente défini par la SS)	
26% ≤ T ≤ 50%	[(1,9 x T) - 35%] x SB - rente SS
T > 50%	[(0,7 x T) + 30%] x SB - rente SS
> Naissance	
Forfait Maternité des Ouvrières (10)	3,2 % du PASS
Forfait Naissance (10)	

* Les prestations des régimes de base applicables au 1er janvier 2013 sont rappelées ci-après à titre d'indication. Seules les dispositions détaillées dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 31 juillet 1968 font référence.

(6) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".
(7) Le montant de l'indemnité journalière ne peut être inférieur à S/2000 ou à SR.

(8) Y compris les indemnités journalières ou rentes d'invalidité / incapacité versées par la Sécurité Sociale.

(9) Le montant de l'indemnité journalière est égal à SB/4000 en cas de maladie ou accident couvert par la législation des AT/MP sans que le ratio puisse être inférieur à SR.

(10) Le forfait maternité des ouvrières et le forfait naissance du régime supplémentaire des ouvriers ne peuvent être cumulés.
(11) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 400 SR (régime de base compris).

(12) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 200 SR (régime de base compris).

SB : Salaire de base
SR : Salaire de référence (5,15 € au 1er juillet 2012)
AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle
T : Taux d'incapacité permanente fixé par la Sécurité sociale
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

Option 1 Option 2

1,6 % du PASS 3,2 % du PASS

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Ouvriers
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013

Gamme

	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
> Garantie Décès Invalidité Accidentels					

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

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Ouvriers
ANNEXES TARIFAIRES au 1er janvier 2013

Gamme

RNPO			
En % de l'assiette des cotisations	Base obligatoire	Surbase obligatoire	
Capital Décès	0.207 %	0.03 %	
Rentes Décès	0.51 %	0.04 %	
Indemnités Journalières	0.42 %	0.14 %	
Invalidité	0.35 %	0.09 %	
Forfait maternité des ouvrières	0.003 %		
Sous-total prévoyance	1.49 %		
Arrêts à cheval sur 2 exercices	0.01 %		
Indemnité de Fin de Carrière (IFC)	0.59 %		
Action sociale	0.20 %		
Total toutes garanties	2.29 %	0.30 %	

Régime de Prévoyance Supplémentaire des Ouvriers							
En % de l'assiette des cotisations	N 1	N 2	N 3	N 4	N 5	N 6	N 7
Capital Décès	+ 0.22 %	+ 0.40 %	+ 0.60 %	+ 0.80 %	+ 1.25 %	+ 1.35 %	+ 1.65 %
Rentes Décès	+ 0.12 %	+ 0.20 %	+ 0.23 %	+ 0.41 %			
Obsèques Famille	+ 0.05 %						
Indemnités Journalières	+ 0.06 %	+ 0.13 %	+ 0.19 %	+ 0.27 %			
Invalidité	+ 0.30 %	+ 0.55 %	+ 0.85 %	+ 0.95 %	+ 1.35 %		
Forfait naissance	+ 0.16 %	+ 0.32 %					

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

Garantie Décès Invalidité Accidentels				
En % de l'assiette des cotisations	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
Garantie 1	0.10 %	0.20 %	0.30 %	0.40 %
Garantie 2	0.18 %	0.36 %	0.54 %	0.72 %
Garantie 3	0.26 %	0.52 %	0.78 %	1.04 %

ANNEXE II

GARANTIES ET TARIFS DU RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE SUPPLÉMENTAIRE DES ETAM

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège ETAM						
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013						
Gamme						
RNPE *	Prestations conventionnelles		Prestations servies		Régime de Prévoyance Supplémentaire des ETAM	
					Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des ETAM	
> Capital-Décès						
	N 3	N 4	N 5	N 6	N 7	
Capital de base : décès toutes causes						
Participant célibataire, veuf ou divorcé	110% SB		200% SB	250% SB	350% SB	
Participant avec conjoint	220% SB		250% SB	350% SB	450% SB	
Majoration pour enfant à charge						
Majoration pour 1 enfant à charge			+40% SB			
Majoration pour 2 enfants à charge			+80% SB			
Majoration pour 3 enfants à charge			+140% SB			
Majoration par enfant à compter du 4ème			+60% SB			
Majoration pour décès accidentel						
Complément de capital	+ 100% SB (1)		+ 200% SB	+ doublement majo. enfant		
Majoration pour décès suite à AT/MP (2)						
Complément de capital	-		+ 300% RA	+ 250% RA	+ 150% RA	
Majoration pour décès du conjoint du participant						
"Capital Orphelins"	-		+125% SB par enfant à charge			
Versement anticipé du capital-décès						
Si invalidité totale et permanente	oui			oui		
Conversion du capital en rente	oui			oui		

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège ETAM			
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013			
Gamme			
> 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	15% SB	
- si décès suite à AT/MP	Mini. 12% PASS	Mini. 15% PASS	
si orphelin de père et de mère	-		
- si décès non suite à AT/MP			
- si décès suite à AT/MP	doublément de la rente	doublément de la rente	
> Obsèques famille (6)			
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 2013 sont rappelées ci-après à titre d'indication. Seules les dispositions détaillées dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 13 décembre 1990 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.

(6) 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 dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 13 décembre 1990.

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 2013 Gamme			
RNPE *		Prestations conventionnelles	Prestations servies
Régime de Prévoyance Supplémentaire des ETAM Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des ETAM			
> Indemnités Journalières (4)			
Maladie ou accident de droit commun			
Prestation de base		75% SB	85% SB
AT/MP			
Montant de la prestation			85% SB
> Rente d'Invalidité (4)			
Maladie ou Accident de droit commun			
Invalidité de 1ère catégorie		39 % SB	48 % SB
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge		+5% SB	
Invalidité de 2ème catégorie		65% SB	80% SB
Majoration par enfant à charge		+5% SB	
Invalidité de 3ème catégorie		65% SB	80% SB
Majoration par enfant à charge		+5% SB	
AT/MP			
26% ≤ T ≤ 50%		[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS	
T > 50%		[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS	
> Naissance			
Forfait naissance		3,2% de PASS	
> Chirurgie			
Frais de chirurgie		Oui (5)	

* Les prestations des régimes de base applicables au 1er janvier 2013 sont rappelées ci-après à titre d'indication. Seules les dispositions détaillées dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 13 décembre 1990 font référence.

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

(5) Module Chirurgie : à concurrence des frais réels, dans les conditions et limites définies dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 13 décembre 1990.

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 Sécurité Sociale

<p align="center">Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège ETAM</p> <p align="center">PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013</p> <p align="center"><i>Gamme</i></p>

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

> Garantie Décès Invalidité Accidentels

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 Accidentel

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège ETAM

ANNEXES TARIFAIRES au 1er janvier 2013

Gamme

1) Régime de base obligatoire :

Régime National de Prévoyance des ETAM	
<i>En % de l'assiette des cotisations ARRCO</i>	Taux de Cotisation
Capital Décès	0,32 %
Rentes Décès	0,18 %
Indemnités Journalières	0,47 %
Invalidité	0,63 %
Naissance	0,10 %
Chirurgie [*]	0,10 %
Toutes garanties	1,80 %

* Module Chirurgie : à concurrence des frais réels, dans les conditions et limites définies dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 13 décembre 1990.

2) Régime collectif supplémentaire :

2.1 - Entreprises relevant du "mode direct" :

(cf. article 3 dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 13 décembre 1990)

Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM						
En % de l'assiette des cotisations ARRCO	Taux de Cotisation					
	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					
	+0,25 %					

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

Garantie Décès Invalidité Accidentels					
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 divisant par 1,14 les taux figurant ci-dessus pour la garantie e pour l'option correspondantes.

ANNEXE III

GARANTIES ET TARIFS DU RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE COLLÈGE CADRES

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013 Gamme						
Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du régime de base obligatoire	RNPC	Régime de Prévoyance Supplémentaire des Cadres				Option Tranche C
> Capital-Décès						
Capital de base : décès toutes causes		N 5	N 6	N 7		Option Tranche C
	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						+40% TC
Majoration pour 1 enfant à charge		+40% SB				+80% TC
Majoration pour 2 enfants à charge		+80% SB				+140% TC
Majoration pour 3 enfants à charge		+140% SB				+60 % TC
Majoration par enfant à compter du 4 ^{ème}		+60% SB				+100% TC
Majoration pour décès accidentel						+300 % TC
Complément de capital	+100% SB	+ 200% SB				
Majoration pour décès suite à AT/MP (1)						
Complément de capital	+300% RA	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 150% RA		
Majoration pour décès du conjoint du participant						
"Capital Orphelin"	+ 125% SB par enfant à charge					+ 125% TC par enfant à charge
Versement anticipé du capital décès						
Si invalidité totale et permanente		oui				oui
Conversion du capital en rente		oui				oui

<p align="center">Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres</p> <p align="center">PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013</p> <p align="center"><i>Gamme</i></p>

> Rente d'Éducation				
	N 2	N 3	N 4	
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. : 15% PASS	
- si décès suite à AT/MP	-	-	-	
si orphelin de père et de mère				
- si décès non suite à AT/MP	Doublément de la rente	Doublément de la rente	Doublément de la rente	
- si décès suite à AT/MP	-	-	-	
> Obsèques famille (2)				
Forfait au décès du conjoint				
Forfait au décès d'un enfant à charge		12,5% du PASS 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) 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 -.

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

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 2013 Gamme									
Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du régime de base obligatoire	RNPC	Régime de Prévoyance Supplémentaire des Cadres						Option Tranche C	
		> Indemnités Journalières (3)							
		N 1	N 2	N 3	N 4	N 5	N 6	Option Tranche C	
Maladie ou accident de droit commun									
Prestation de base	70% SB	75% SB	77,5% SB	80% SB	82,5% SB	85% SB	90% SB	80% TC	
Majoration par enfant à charge	+3 % ¼ SB							-	
AT/MP									
Montant de la prestation	85% SB							85% TC	
		> Rente d'invalidité (3)							
		N 2	N 3	N 4	N 5	Option Tranche C			
Maladie ou accident de droit commun									
Invalidité de 1ère catégorie	39% SB	42% SB	45% SB	48% SB	51% SB	42% TC			
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+5% SB					-			
Invalidité de 2ème catégorie	45% SB	70% SB	75% SB	80% SB	85% SB	70% TC			
Majoration par enfant à charge	+5% SB					70% TC			
Invalidité de 3ème catégorie	55% SB					70% TC			
AT/MP									
26% ≤ T ≤ 50%		[(1,9 x T) - 35%] x S - rente SS						[(1,9 x T) - 35%] x 70% TC	
T > 50%		[(0,7 x T) + 30%] x S - rente SS						[(0,7 x T) + 30%] x 70% TC	

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013

Gamme

Forfait naissance		3,2 % du PASS	> Naissance
Frais de chirurgie		Oui (4)	> Chirurgie

- (3) Y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale (indemnités journalières, rentes d'invalidité / incapacité).
(4) Module Chirurgie : à concurrence des frais réels, dans les conditions et limites définies au titre I du Règlement des régimes de Prévoyance - Catégorie Cadres.
TC : Salaire de base en tranche C
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
T : Taux d'incapacité permanente défini par la S.S.

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres PRESTATIONS EN VIGUEUR au 1er janvier 2013 Gamme				
---	--	--	--	--

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

> Garantie Décès Invalidité Accidentels

Garantie 1

Capital en cas de décès (1)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'inv: 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'inv: 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'inv: 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

Régimes de Prévoyance Collectifs - Collège Cadres
ANNEXES TARIFAIRES au 1er janvier 2013

Gamme

1) Régime de prévoyance de base :

Régime National de Prévoyance des Cadres	Taux de Cotisation
Capital Décès	0,61 % TA 0,61 % TB
Rente éducation	0,15 % TA 0,15 % TB
Indemnités Journalières	0,25 % TA 0,55 % TB
Invalidité	0,32 % TA 0,92 % TB
Naissance	0,05% TA 0,05% TB
Chirurgie *	0,12 % TA 0,12 % TB
Toutes garanties	1,50 % TA 2,40 % TB

* Module Chirurgie : à concurrence des frais réels, dans les conditions et limites définies au titre I du Règlement des régimes de Prévoyance - Catégorie Cadres.

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)

En % de l'assiette des cotisations ARRCO		Options de prévoyance supplémentaire						Option TC	
Capital Décès		N 5	N 6	N 7		3,60 % TC			
		+0,07 % TA	+0,15 % TA	+0,35 % TA					
		+0,07 % TB	+0,15 % TB	+0,35 % TB					
Rentes Décès		N 2	N 3	N 4					
		+0,03 % TA	+0,07 % TA	+0,15 % TA					
		+0,03 % TB	+0,07 % TB	+0,15 % TB					
Obsèques Famille		+0,03 % TA							
		+0,03 % TB							
Indemnités Journalières		N 1	N 2	N 3					N 4
		+0,07 % TA	+0,11 % TA	+0,15 % TA	+0,19 % TA	+0,22 % TA	+0,32 % TA		
		+0,07 % TB	+0,11 % TB	+0,15 % TB	+0,19 % TB	+0,22 % TB	+0,32 % TB		
Invalidité		N 2	N 3	N 4					
		+0,10 % TA	+0,22 % TA	+0,35 % TA	+0,50 % TA				
		+0,10 % TB	+0,22 % TB	+0,35 % TB	+0,50 % TB				

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

Garantie Décès Invalidité Accidentels					
	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 divisant par 1,14 les taux figurant ci-dessus pour la garantie et pour l'option correspondantes.

ANNEXE IV

GARANTIES, TARIFS ET COASSURANCE DU RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX COLLÈGE OUVRIERS

- 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								
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	S1	S2	S3	S3+	S4	S5	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%
Soins externes	60 à 70%							
Radiologie, actes techniques médicaux	70%							
Pharmacie	15%	-	-	-	-	-	-	-
	65% / 35%	-	-	-	-	-	-	-
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	-	-	-	-	-	-
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
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.	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique								
<u>Verres et montures</u>								
- Pour l'adulte								
- Forfait annuel de base :								
* Monture et / ou verres simples ⁽³⁾⁽⁴⁾	60%	100%	100 % + 100€	100 % + 150€	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€	100% + 300€
* Monture et / ou verres progressifs ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾		100% + 30€	100 % + 150€	100 % + 250€	100% + 250€	100% + 300€	100% + 350€	100% + 500€
- Bonus responsable intermédiaire ⁽⁴⁾		-	-	-	+ 50€	+ 125€	+ 150€	+ 250€
- Bonus responsable maximal ⁽⁴⁾		-	-	-	+ 100€	+ 250€	+ 300€	+ 500€
- Pour l'enfant								
Monture et / ou verres simples ⁽³⁾	60%	100% + 65€	100% + 65€	100% + 120€	100 % + 225 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €
Monture et / ou verres progressifs ⁽³⁾⁽⁵⁾		100% + 125€	100% + 125€	100% + 200€	100 % + 350 €	100 % + 550 €	100 % + 650 €	100 % + 700 €
Lentilles remboursées par la S.S.	60%	-	250%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
Lentilles refusées par la S.S. ⁽⁶⁾	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
Soins et prothèses dentaires								
- Soins dentaires ⁽¹⁰⁾	70%	100%	100%	100%	100%	100%	300%	300%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. ⁽¹⁰⁾	70%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	650%
- Implants ⁽⁷⁾	-	-	-	-	-	400 €	450 €	500 €
- Orthodontie ⁽¹⁰⁾	100%	175%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
Autres prothèses & divers								
- Prothèses auditives ⁽¹⁰⁾	60%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	750%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹⁰⁾		-	-	-	2 x 40€	3 x 40€	4 x 50€	4 x 60€
- Ostéopathie ⁽⁸⁾	-	-	-	-	-	-	-	-
- Cures thermales ⁽⁹⁾	65%	100%	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100%+322,50 €	100%+322,50 €	100%+322,50 €

Module additionnel facultatif	
Services d'assistance ⁽¹¹⁾	Oui

(1) Réservé

(2) Non limité en nombre

(3) Montant en € : forfait annuel, par personne, pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale

(4) Les forfaits annuels de base et les bonus intermédiaires et maximaux sont octroyés suivant les modalités telles que définies dans l'article 12.2 du présent règlement

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

(6) Plafond par an et par bénéficiaire

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(8) S'entend par an et par adultes en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

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

(10) Le cumul des prestations est plafonné par an et par bénéficiaire suivant les modalités telles que définies dans l'article 12.3 du présent règlement.

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

Régime des Frais Médicaux Collectifs Ouvriers
Gamme nationale
Tarification Global Famille
(Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la Tranche A)

Régime Général

Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013

Bloc S	
S1	2,30%
S2	2,35%
S3	2,55%
S3+	2,90%
S4	3,20%
S5	3,55%
S6	4,15%

Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	0,32%			
P2	0,72%			
P3	1,20%	1,24%		
P3+	2,05%	2,12%	2,20%	
P4	3,00%	3,11%	3,23%	3,30%
P5	3,65%	3,78%	3,92%	4,02%
P6	5,65%	5,85%	6,07%	6,22%

Tarif indicatif HT⁽²⁾ au 1er janvier 2013

Bloc S	
S1	2,03%
S2	2,07%
S3	2,25%
S3+	2,56%
S4	2,83%
S5	3,13%
S6	3,66%

Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	0,28%			
P2	0,64%			
P3	1,06%	1,09%		
P3+	1,81%	1,87%	1,94%	
P4	2,65%	2,75%	2,85%	2,91%
P5	3,22%	3,34%	3,46%	3,55%
P6	4,99%	5,16%	5,36%	5,49%

Régime Alsace-Moselle

Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013

Bloc S	
S1	0,72%
S2	0,75%
S3	0,85%
S3+	1,10%
S4	1,30%
S5	1,70%
S6	2,85%

Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	0,30%			
P2	0,65%			
P3	1,20%	1,25%		
P3+	2,05%	2,13%	2,19%	
P4	3,00%	3,12%	3,21%	3,24%
P5	3,65%	3,80%	3,91%	3,94%
P6	5,25%	5,46%	5,62%	5,67%

Tarif indicatif HT⁽²⁾ au 1er janvier 2013

Bloc S	
S1	0,64%
S2	0,66%
S3	0,75%
S3+	0,97%
S4	1,15%
S5	1,50%
S6	2,52%

Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	0,26%			
P2	0,57%			
P3	1,06%	1,10%		
P3+	1,81%	1,88%	1,93%	
P4	2,65%	2,75%	2,83%	2,86%
P5	3,22%	3,35%	3,45%	3,48%
P6	4,63%	4,82%	4,96%	5,01%

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels

	Option Assistance TTC ⁽¹⁾	Option Assistance HT ⁽²⁾
Régime Général	0,04%	0,04%
Régime Alsace-Moselle	0,04%	0,04%

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs Ouvriers
Gamme nationale - Régime Général
Tarification Conjoint Distinct
(Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la Tranche A)

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013																																				
Cotisation Salarié +Enfants																																				
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>1,73%</td></tr><tr><td>S2</td><td>1,76%</td></tr><tr><td>S3</td><td>1,91%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>2,18%</td></tr><tr><td>S4</td><td>2,40%</td></tr><tr><td>S5</td><td>2,66%</td></tr><tr><td>S6</td><td>3,11%</td></tr></table>					Bloc S		S1	1,73%	S2	1,76%	S3	1,91%	S3+	2,18%	S4	2,40%	S5	2,66%	S6	3,11%																
Bloc S																																				
S1	1,73%																																			
S2	1,76%																																			
S3	1,91%																																			
S3+	2,18%																																			
S4	2,40%																																			
S5	2,66%																																			
S6	3,11%																																			
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,24%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,54%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>0,90%</td><td>0,93%</td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>1,54%</td><td>1,59%</td><td>1,66%</td></tr><tr><td>P4</td><td>2,25%</td><td>2,33%</td><td>2,42%</td></tr><tr><td>P5</td><td>2,74%</td><td>2,84%</td><td>2,95%</td></tr><tr><td>P6</td><td>4,24%</td><td>4,39%</td><td>4,56%</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,24%			P2	0,54%			P3	0,90%	0,93%		P3+	1,54%	1,59%	1,66%	P4	2,25%	2,33%	2,42%	P5	2,74%	2,84%	2,95%	P6	4,24%	4,39%	4,56%
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																	
P1	0,24%																																			
P2	0,54%																																			
P3	0,90%	0,93%																																		
P3+	1,54%	1,59%	1,66%																																	
P4	2,25%	2,33%	2,42%																																	
P5	2,74%	2,84%	2,95%																																	
P6	4,24%	4,39%	4,56%																																	

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013					
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint					
		Bloc S			
S1		2,76%			
S2		2,82%			
S3		3,06%			
S3+		3,48%			
S4		3,84%			
S5		4,26%			
S6		4,98%			
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1		0,38%			
P2		0,86%			
P3		1,44%	1,49%		
P3+		2,46%	2,55%	2,64%	
P4		3,60%	3,73%	3,87%	3,96%
P5		4,38%	4,53%	4,71%	4,82%
P6		6,78%	7,02%	7,29%	7,46%

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
Bloc S				
S1	1,53%			
S2	1,55%			
S3	1,69%			
S3+	1,92%			
S4	2,12%			
S5	2,35%			
S6	2,75%			
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	0,21%			
P2	0,48%			
P3	0,79%	0,82%		
P3+	1,36%	1,40%	1,47%	
P4	1,99%	2,06%	2,14%	2,19%
P5	2,42%	2,51%	2,60%	2,66%
P6	3,74%	3,88%	4,03%	4,11%

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013																																				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																				
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>2,44%</td></tr><tr><td>S2</td><td>2,49%</td></tr><tr><td>S3</td><td>2,70%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>3,07%</td></tr><tr><td>S4</td><td>3,39%</td></tr><tr><td>S5</td><td>3,76%</td></tr><tr><td>S6</td><td>4,40%</td></tr></table>					Bloc S		S1	2,44%	S2	2,49%	S3	2,70%	S3+	3,07%	S4	3,39%	S5	3,76%	S6	4,40%																
Bloc S																																				
S1	2,44%																																			
S2	2,49%																																			
S3	2,70%																																			
S3+	3,07%																																			
S4	3,39%																																			
S5	3,76%																																			
S6	4,40%																																			
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,34%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,76%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>1,27%</td><td>1,32%</td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>2,17%</td><td>2,25%</td><td>2,33%</td></tr><tr><td>P4</td><td>3,18%</td><td>3,29%</td><td>3,42%</td></tr><tr><td>P5</td><td>3,87%</td><td>4,00%</td><td>4,16%</td></tr><tr><td>P6</td><td>5,99%</td><td>6,20%</td><td>6,44%</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,34%			P2	0,76%			P3	1,27%	1,32%		P3+	2,17%	2,25%	2,33%	P4	3,18%	3,29%	3,42%	P5	3,87%	4,00%	4,16%	P6	5,99%	6,20%	6,44%
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																	
P1	0,34%																																			
P2	0,76%																																			
P3	1,27%	1,32%																																		
P3+	2,17%	2,25%	2,33%																																	
P4	3,18%	3,29%	3,42%																																	
P5	3,87%	4,00%	4,16%																																	
P6	5,99%	6,20%	6,44%																																	

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
	Régime Général
Option Assistance TTC ⁽¹⁾	0,04%
Option Assistance HT ⁽²⁾	0,04%

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs Ouvriers
Gamme nationale - Régime Alsace Moselle
Tarification Conjoint Distinct
(Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la Tranche A)

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
		Bloc S		
S1		0,54%		
S2		0,56%		
S3		0,64%		
S3+		0,83%		
S4		0,98%		
S5		1,28%		
S6		2,14%		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		0,23%		
P2		0,49%		
P3		0,90%	0,94%	
P3+		1,54%	1,60%	1,65%
P4		2,25%	2,34%	2,41%
P5		2,74%	2,85%	2,93%
P6		3,94%	4,10%	4,22%
				Px+3 Cible
				2,43%
				2,96%
				4,26%

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint				
		Bloc S		
S1		0,86%		
S2		0,90%		
S3		1,02%		
S3+		1,32%		
S4		1,56%		
S5		2,04%		
S6		3,42%		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		0,36%		
P2		0,78%		
P3		1,44%	1,50%	
P3+		2,46%	2,56%	2,63%
P4		3,60%	3,74%	3,85%
P5		4,38%	4,56%	4,69%
P6		6,30%	6,55%	6,74%
				Px+3 Cible
				3,89%
				4,73%
				6,80%

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013																																				
Cotisation Salarié +Enfants																																				
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>0,48%</td></tr><tr><td>S2</td><td>0,49%</td></tr><tr><td>S3</td><td>0,57%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>0,73%</td></tr><tr><td>S4</td><td>0,87%</td></tr><tr><td>S5</td><td>1,13%</td></tr><tr><td>S6</td><td>1,89%</td></tr></table>					Bloc S		S1	0,48%	S2	0,49%	S3	0,57%	S3+	0,73%	S4	0,87%	S5	1,13%	S6	1,89%																
Bloc S																																				
S1	0,48%																																			
S2	0,49%																																			
S3	0,57%																																			
S3+	0,73%																																			
S4	0,87%																																			
S5	1,13%																																			
S6	1,89%																																			
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>0,83%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>1,41%</td><td>1,46%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>2,07%</td><td>2,13%</td><td>2,15%</td></tr><tr><td>P5</td><td>2,52%</td><td>2,59%</td><td>2,61%</td></tr><tr><td>P6</td><td>3,62%</td><td>3,73%</td><td>3,76%</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1				P2				P3	0,83%			P3+	1,41%	1,46%		P4	2,07%	2,13%	2,15%	P5	2,52%	2,59%	2,61%	P6	3,62%	3,73%	3,76%
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																	
P1																																				
P2																																				
P3	0,83%																																			
P3+	1,41%	1,46%																																		
P4	2,07%	2,13%	2,15%																																	
P5	2,52%	2,59%	2,61%																																	
P6	3,62%	3,73%	3,76%																																	

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013																																												
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																												
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>0,76%</td></tr><tr><td>S2</td><td>0,79%</td></tr><tr><td>S3</td><td>0,90%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>1,17%</td></tr><tr><td>S4</td><td>1,38%</td></tr><tr><td>S5</td><td>1,80%</td></tr><tr><td>S6</td><td>3,02%</td></tr></table>					Bloc S		S1	0,76%	S2	0,79%	S3	0,90%	S3+	1,17%	S4	1,38%	S5	1,80%	S6	3,02%																								
Bloc S																																												
S1	0,76%																																											
S2	0,79%																																											
S3	0,90%																																											
S3+	1,17%																																											
S4	1,38%																																											
S5	1,80%																																											
S6	3,02%																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,32%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,69%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>1,27%</td><td>1,32%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>2,17%</td><td>2,26%</td><td>2,32%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>3,18%</td><td>3,30%</td><td>3,40%</td><td>3,43%</td></tr><tr><td>P5</td><td>3,87%</td><td>4,03%</td><td>4,14%</td><td>4,18%</td></tr><tr><td>P6</td><td>5,56%</td><td>5,78%</td><td>5,95%</td><td>6,00%</td></tr></table>					Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,32%				P2	0,69%				P3	1,27%	1,32%			P3+	2,17%	2,26%	2,32%		P4	3,18%	3,30%	3,40%	3,43%	P5	3,87%	4,03%	4,14%	4,18%	P6	5,56%	5,78%	5,95%	6,00%
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	0,32%																																											
P2	0,69%																																											
P3	1,27%	1,32%																																										
P3+	2,17%	2,26%	2,32%																																									
P4	3,18%	3,30%	3,40%	3,43%																																								
P5	3,87%	4,03%	4,14%	4,18%																																								
P6	5,56%	5,78%	5,95%	6,00%																																								

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
	Régime Alsace-Moselle
Option Assistance TTC ⁽¹⁾	0,04%
Option Assistance HT ⁽²⁾	0,04%

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Ouvriers
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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	
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Sécurité	Confort
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	175%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ^{(1) (2)}	80%		100%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		175%
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%		150%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		
Pharmacie	65% / 35% / 15%		100%
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait		
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾	-	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ⁽¹⁾⁽²⁾	-	60€/jour	75€/jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique ⁽²⁾	-	40€/jour	40€/jour
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Sécurité	Confort
Optique			
Verres et montures remboursés par la sécurité sociale ⁽²⁾	60%	Adultes 100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 200 € pour un équipement à Verres simples Enfants 100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 160 € pour un équipement à Verres simples	Adultes 100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 300 € pour un équipement à Verres simples Enfants 100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs 100 % + 250 € pour un équipement à Verres simples
Lentilles remboursées par la S.S.		100% + 100 €	100% + 125 €
Lentilles refusées par la S.S.		100 €	125 €
Soins et prothèses dentaires			
- Soins dentaires	70%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		350%	500%
- Implants ⁽⁴⁾	-	-	-
- Orthodontie	100%	200%	250%
Autres prothèses & divers			
- Prothèses auditives	60%	350%	500%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses			
- 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€
SERVICE PLUS	-	Compris	Compris
SANTÉ PLUS	-	En option	Compris

(1) Réservé

(2) Non limité en nombre

(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

"Service Plus"		"Santé Plus"	
Assistance 24h / 24 en cas d'hospitalisation	Oui	Chambre particulière en secteur psychiatrique	53,36 €/jour
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	15,85 €	Prothèses auditives refusées par la sécurité sociale	381,12 € / an
Allocation obsèques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524 €	Prothèses capillaires et mammaires refusées par la sécurité sociale	266,79 € / an
Protection juridique et assurance vie quotidienne	Oui	Orthodontie adulte refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Prime événements familiaux: mariage / naissance	76,25 €	Orthodontie enfant refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Extension Tiers Payant accès aux œuvres mutualistes	Oui	Vaccin anti-grippe pour personnes de moins de 65 ans	100% Frais réels
		Vaccin non remboursable	
		Collants ou bas à varices	114,34 € / an
		Fécondation in vitro	571,68 € / an
		Cholestérol ADL	5,72 € / acte
		Pédicure	114,34 € / an
		Platix	57,17 € / an
		Chiropracteur	50% frais réels
		Densitométrie Osseuse	76,22 € / an

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Ouvriers
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		01,03,07,15,21,26,38,42,53,58,63,69,71,73,74,89	
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	RS2	RS3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur conventionné : 180% Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾ (hospitalisation chirurgie et médicale)	80%	100% FR	100% FR
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%		
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		180%
Pharmacie	65% / 35% / 15%		100%
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait		
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾	-	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾	-	100% FR	100% FR
- en Chirurgie		70€/jour	90€/jour
- en Médicale et psychiatrie			
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 15 ans ⁽⁸⁾	-	0,6% PMSS / jour	0,6% PMSS / jour
Allocation maternité ⁽³⁾	-	6% PMSS	15% PMSS de l'année précédente
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	RS2	RS3
Optique			
- Pour l'adulte	60%	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 400€ /personne	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 600€ /personne
équipement (Monture+verres)		2% PMSS	4% PMSS
- dont Monture		85% FR	85% FR
- dont Verre			
- Pour l'enfant		2% PMSS par an et par bénéficiaire	4% PMSS par an et par bénéficiaire
Monture		85% FR	85% FR
Verres		70% FR	85% FR
Lentilles remboursées par la S.S.			
Lentilles refusées par la S.S.	-	4% PMSS par an et par bénéficiaire	5% PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. ⁽¹¹⁾	-	14% PMSS par œil	14% PMSS par œil
Soins et prothèses dentaires			
- Soins dentaires	70%	100%	160%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		350%	400%
- Implants ⁽⁴⁾		300 €	400 €
- Orthodontie	100%	235%	400%
Autres prothèses & divers			
- Prothèses auditives	60%	250%	350%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4% PMSS)	100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4% PMSS)
- Ostéopathie ⁽⁵⁾	-	2 séances x 35 €	3 séances x 40 €
- Cures thermales ⁽⁹⁾	65%	7% PMSS par an et par bénéficiaire	12% PMSS par an et par bénéficiaire

Modules additionnels facultatifs

Services d'assistance	Oui
-----------------------	-----

(1) Réserve

(11) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

(2) Non limité en nombre.

(3) L'allocation maternité concerne exclusivement les ouvriers. Pour les ouvrières, cette allocation est prise en charge par le forfait maternité des ouvrières du régime de prévoyance. Pour les collèges ETAM et Cadre, 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 adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

(6) A l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraites médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME, IMM)

(7) A l'exclusion des prestations dites hôtelière (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...)

(8) à l'exclusion de l'hospitalisation en établissement non conventionnés

(9) limité à une cure par an et par bénéficiaire

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Ouvriers
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		27,76		
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	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	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%	110%	130%	100% FR (8)
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	150%	150%
Transports	65%	110%	130%	
Soins externes	60 à 70%	100%	150%	
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		100%	100%
Pharmacie	65% / 35% / 15%			
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait			
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾⁽²⁾	-	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ^{(1) (11)}	-	20€ / jour	42€ / jour	100€ / jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	16€ / jour	24€ / jour	100% FR
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Optique				
Monture et / ou verres remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾⁽⁵⁾	60%	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)
Lentilles remboursées par la S.S.				
Lentilles refusées par la S.S.	-			
Chirurgie de la vue ⁽⁴⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	-	-	-	350€ (Par oeil, par personne et par an)
Soins et prothèses dentaires				
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾		350%	450%	550%
- Implants ⁽⁴⁾	-	-	-	200€
- Orthodontie	100%	200%	300%	400%
Autres prothèses & divers				
- Prothèses auditives		100% + 150€	100% + 250€	100% + 400€
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100% (y compris prothèses capillaire et mammaires)	300% (Sauf prothèses capillaire & mammaires : - Prothèses capillaires : 100 % + 100€ - Prothèses mammaires : 100% + 50€)	400% (Sauf prothèses capillaire & mammaires : - Prothèses capillaires : 100 % + 300€ - Prothèses mammaires : 100% + 300€)
Vaccin non remboursé par la Sécurité sociale	-	15€ / vaccin	30€ / vaccin	50€ / vaccin
Ostéodensitométrie osseuse non prise ⁽³⁾ en charge par la Sécurité sociale	-	20€	40€	50€
Patch et substitut nicotinique remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale) ⁽³⁾	dans la limite de 50€ / an / bénéficiaire	20€	40€	50€
Cures thermales ⁽⁷⁾	65%	100%	100% + 150€	100% + 200€

Modules additionnels facultatifs

Services d'assistance	Oui
-----------------------	-----

(1) Réservé

(2) Non limité en nombre

(3) Montant en € : forfait annuel, par personne, pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale

(4) Forfait par an et par bénéficiaire

(5) Les forfaits monture et verres ne sont pas cumulables

(6) Limité à 3.000€ / an / bénéficiaire pour la part supérieure au remboursement de la Sécurité sociale

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

(8) Les dépassements d'honoraires sont limités à 5.000€ / an / bénéficiaire

(9) Pris en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

(10) Pour les ETAM et les Cadres, cette prestation est prise en charge par la garantie Chirurgie-Naissance du régime de prévoyance

(11) Limité à 90 jours par hospitalisation

Régime des Frais Médicaux Collectifs Ouvriers

Tarification Globale famille

Options régionales

Régime Général

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Sécurité	1 242,00 €	1 096,50 €
Confort	1 404,00 €	1 239,52 €
RS2	4,61%	4,00%
RS3	5,87%	5,00%
Boissière 1	4,00%	4,00%
Boissière 2	4,82%	4,00%
Boissière 3	6,22%	5,00%

Modules additionnels

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Service + ^(a)	93,60 €	82,63 €
Santé + ^(a)	111,60 €	98,53 €
Option Assistance ⁽³⁾	0,04%	0,04%

(a) uniquement pour les départements 59 et 62

Régime Alsace-Moselle

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
RS2	2,15%	2,00%
RS3	3,48%	3,00%

Modules additionnels

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Option Assistance ⁽³⁾	0,04%	0,04%

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(3) 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 Ouvriers
Tarification Conjoint Distinct
(Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la Tranche A)
Gamme régionale

Régime Général

Cotisation Salarié + enfants		
Cotisation annuelle		
	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Boissière 1	3,00%	2,65%
Boissière 2	3,62%	3,20%
Boissière 3	4,67%	4,12%

Cotisation Salarié + enfants + conjoint		
Cotisation annuelle		
	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Boissière 1	4,80%	4,24%
Boissière 2	5,78%	5,10%
Boissière 3	7,46%	6,59%

Modules additionnels		
	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Option Assistance	0,04%	0,04%

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Ouvriers

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2013

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

ANNEXE V

GARANTIES, TARIFS ET COASSURANCE DU RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX COLLÈGE ETAM

Régime de Frais Médicaux Collectifs - ETAM ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013 Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

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

Options de la gamme Nationale

Soins - Hospitalisation	Part S.S.	S1	S2	S3	S3+	S4	S5	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	15%	-	100%	100%	100%	100%	100%		
	65% / 35%								
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 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	
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.	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique								
<u>Verres et montures</u>								
- Pour l'adulte								
- Forfait annuel de base : * Monture et / ou verres simples ⁽³⁾⁽⁴⁾ * Monture et / ou verres progressifs ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾	60%	100% 100% + 30€	100 % + 100€ 100 % + 150€	100 % + 150€ 100 % + 250€	100% + 150€ 100% + 250€	100% + 200€ 100% + 300€	100% + 250€ 100% + 350€	100% + 300€ 100% + 500€
- Bonus responsable intermédiaire ⁽⁴⁾ - Bonus responsable maximal ⁽⁴⁾		- -	- -	- -	+ 50€ + 100€	+ 125€ + 250€	+ 150€ + 300€	+ 250€ + 500€
- Pour l'enfant Monture et / ou verres simples ⁽³⁾ Monture et / ou verres progressifs ⁽³⁾⁽⁵⁾		100% + 65€ 100% + 125€	100% + 65€ 100% + 125€	100% + 120€ 100% + 200€	100 % + 225 € 100 % + 350 €	100 % + 250 € 100 % + 550 €	100 % + 300 € 100 % + 650 €	100 % + 400 € 100 % + 700 €
Lentilles remboursées par la S.S.	60%	-	250%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
Lentilles refusées par la S.S. ⁽⁶⁾	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
Soins et prothèses dentaires								
- Soins dentaires ⁽¹⁰⁾	70%	100%	100%	100%	100%	100%	300%	300%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. ⁽¹⁰⁾	70%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	650%
- Implants ⁽⁷⁾	-	-	-	-	-	400 €	450 €	500 €
- Orthodontie ⁽¹⁰⁾	100%	175%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
Autres prothèses & divers								
- Prothèses auditives ⁽¹⁰⁾	60%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	750%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹⁰⁾	-	-	-	-	2 x 40€	3 x 40€	4 x 50€	4 x 60€
- Ostéopathie ⁽⁸⁾	-	-	-	-	-	-	-	-
- Cures thermales ⁽⁹⁾	65%	100%	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 322,50 €	100% + 322,50 €	100% + 322,50 €

Module additionnel facultatif

Services d'assistance ⁽¹¹⁾	Oui
---------------------------------------	-----

(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) Les forfaits annuels de base et les bonus intermédiaires et maximaux sont octroyés suivant les modalités telles que définies dans l'article 12.2 du présent règlement

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

(6) Plafond par an et par bénéficiaire

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(8) S'entend par an et par adultes en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

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

(10) Le cumul des prestations est plafonné par an et par bénéficiaire suivant les modalités telles que définies dans l'article 12.3 du présent règlement.

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

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM
Gamme nationale
Tarification Global Famille

Régime Général

Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013

Bloc S	
S1	529,20 €
S2	543,60 €
S3	572,40 €
S3+	666,00 €
S4	741,60 €
S5	882,00 €
S6	1 260,00 €

Bloc P	
P1	136,80 €
P2	201,60 €
P3	334,80 €
P3+	648,00 €
P4	921,60 €
P5	1 368,00 €
P6	1 872,00 €

Px+1 Cible	
	349,20 €
	676,80 €
	964,80 €
	1 429,20 €
	1 958,40 €

Px+2 Cible	
	694,80 €
	990,00 €
	1 468,80 €
	2 008,80 €

Px+3 Cible	
	1 004,40 €
	1 494,00 €
	2 041,20 €

Tarif indicatif HT⁽²⁾ au 1er janvier 2013

Bloc S	
S1	467,20 €
S2	479,92 €
S3	505,34 €
S3+	587,98 €
S4	654,72 €
S5	778,67 €
S6	1 112,39 €

Bloc P	
P1	120,77 €
P2	177,98 €
P3	295,58 €
P3+	572,08 €
P4	813,63 €
P5	1 207,73 €
P6	1 652,69 €

Px+1 Cible	
	308,29 €
	597,51 €
	851,77 €
	1 261,76 €
	1 728,97 €

Px+2 Cible	
	613,40 €
	874,02 €
	1 296,72 €
	1 773,46 €

Px+3 Cible	
	886,73 €
	1 318,97 €
	1 802,07 €

Régime Alsace-Moselle

Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013

Bloc S	
S1	172,80 €
S2	176,40 €
S3	205,20 €
S3+	259,20 €
S4	316,80 €
S5	435,60 €
S6	792,00 €

Bloc P	
P1	75,60 €
P2	151,20 €
P3	252,00 €
P3+	590,40 €
P4	921,60 €
P5	1 368,00 €
P6	1 872,00 €

Px+1 Cible	
	262,80 €
	612,00 €
	957,60 €
	1 422,00 €
	1 944,00 €

Px+2 Cible	
	626,40 €
	979,20 €
	1 454,40 €
	1 990,80 €

Px+3 Cible	
	986,40 €
	1 465,20 €
	2 001,60 €

Tarif indicatif HT⁽²⁾ au 1er janvier 2013

Bloc S	
S1	152,56 €
S2	155,73 €
S3	181,16 €
S3+	228,83 €
S4	279,69 €
S5	384,57 €
S6	699,21 €

Bloc P	
P1	66,74 €
P2	133,49 €
P3	222,48 €
P3+	521,23 €
P4	813,63 €
P5	1 207,73 €
P6	1 652,69 €

Px+1 Cible	
	232,01 €
	540,30 €
	845,41 €
	1 255,41 €
	1 716,25 €

Px+2 Cible	
	553,01 €
	864,48 €
	1 284,01 €
	1 757,57 €

Px+3 Cible	
	870,84 €
	1 293,55 €
	1 767,11 €

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels

	Option Assistance TTC ⁽¹⁾	Option Assistance HT ⁽²⁾
Régime Général	10,80 €	9,53 €
Régime Alsace-Moselle	10,80 €	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM
Gamme nationale - Régime Général
Tarification Conjoint Distinct
(Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la Tranche A)

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013																																																
Cotisation Salarié +Enfants																																																
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>1,73%</td></tr><tr><td>S2</td><td>1,76%</td></tr><tr><td>S3</td><td>1,91%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>2,18%</td></tr><tr><td>S4</td><td>2,40%</td></tr><tr><td>S5</td><td>2,66%</td></tr><tr><td>S6</td><td>3,11%</td></tr></table>					Bloc S		S1	1,73%	S2	1,76%	S3	1,91%	S3+	2,18%	S4	2,40%	S5	2,66%	S6	3,11%																												
Bloc S																																																
S1	1,73%																																															
S2	1,76%																																															
S3	1,91%																																															
S3+	2,18%																																															
S4	2,40%																																															
S5	2,66%																																															
S6	3,11%																																															
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,24%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,54%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>0,90%</td><td>0,93%</td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>1,54%</td><td>1,59%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>2,25%</td><td>2,33%</td><td>1,66%</td></tr><tr><td>P5</td><td>2,74%</td><td>2,84%</td><td>2,42%</td></tr><tr><td>P6</td><td>4,24%</td><td>4,39%</td><td>2,95%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>2,48%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>3,01%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>4,66%</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,24%			P2	0,54%			P3	0,90%	0,93%		P3+	1,54%	1,59%		P4	2,25%	2,33%	1,66%	P5	2,74%	2,84%	2,42%	P6	4,24%	4,39%	2,95%				2,48%				3,01%				4,66%
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																													
P1	0,24%																																															
P2	0,54%																																															
P3	0,90%	0,93%																																														
P3+	1,54%	1,59%																																														
P4	2,25%	2,33%	1,66%																																													
P5	2,74%	2,84%	2,42%																																													
P6	4,24%	4,39%	2,95%																																													
			2,48%																																													
			3,01%																																													
			4,66%																																													

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint				
		Bloc S		
S1		2,76%		
S2		2,82%		
S3		3,06%		
S3+		3,48%		
S4		3,84%		
S5		4,26%		
S6		4,98%		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		0,38%		
P2		0,86%		
P3		1,44%	1,49%	
P3+		2,46%	2,55%	2,64%
P4		3,60%	3,73%	3,87%
P5		4,38%	4,53%	4,71%
P6		6,78%	7,02%	7,29%
				Px+3 Cible
				3,96%
				4,82%
				7,46%

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013																																												
Cotisation Salarié +Enfants																																												
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>1,53%</td></tr><tr><td>S2</td><td>1,55%</td></tr><tr><td>S3</td><td>1,69%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>1,92%</td></tr><tr><td>S4</td><td>2,12%</td></tr><tr><td>S5</td><td>2,35%</td></tr><tr><td>S6</td><td>2,75%</td></tr></table>					Bloc S		S1	1,53%	S2	1,55%	S3	1,69%	S3+	1,92%	S4	2,12%	S5	2,35%	S6	2,75%																								
Bloc S																																												
S1	1,53%																																											
S2	1,55%																																											
S3	1,69%																																											
S3+	1,92%																																											
S4	2,12%																																											
S5	2,35%																																											
S6	2,75%																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,21%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,48%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>0,79%</td><td>0,82%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>1,36%</td><td>1,40%</td><td>1,47%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>1,99%</td><td>2,06%</td><td>2,14%</td><td>2,19%</td></tr><tr><td>P5</td><td>2,42%</td><td>2,51%</td><td>2,60%</td><td>2,66%</td></tr><tr><td>P6</td><td>3,74%</td><td>3,88%</td><td>4,03%</td><td>4,11%</td></tr></table>					Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,21%				P2	0,48%				P3	0,79%	0,82%			P3+	1,36%	1,40%	1,47%		P4	1,99%	2,06%	2,14%	2,19%	P5	2,42%	2,51%	2,60%	2,66%	P6	3,74%	3,88%	4,03%	4,11%
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	0,21%																																											
P2	0,48%																																											
P3	0,79%	0,82%																																										
P3+	1,36%	1,40%	1,47%																																									
P4	1,99%	2,06%	2,14%	2,19%																																								
P5	2,42%	2,51%	2,60%	2,66%																																								
P6	3,74%	3,88%	4,03%	4,11%																																								

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013																																												
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																												
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>2,44%</td></tr><tr><td>S2</td><td>2,49%</td></tr><tr><td>S3</td><td>2,70%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>3,07%</td></tr><tr><td>S4</td><td>3,39%</td></tr><tr><td>S5</td><td>3,76%</td></tr><tr><td>S6</td><td>4,40%</td></tr></table>					Bloc S		S1	2,44%	S2	2,49%	S3	2,70%	S3+	3,07%	S4	3,39%	S5	3,76%	S6	4,40%																								
Bloc S																																												
S1	2,44%																																											
S2	2,49%																																											
S3	2,70%																																											
S3+	3,07%																																											
S4	3,39%																																											
S5	3,76%																																											
S6	4,40%																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,34%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,76%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>1,27%</td><td>1,32%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>2,17%</td><td>2,25%</td><td>2,33%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>3,18%</td><td>3,29%</td><td>3,42%</td><td>3,50%</td></tr><tr><td>P5</td><td>3,87%</td><td>4,00%</td><td>4,16%</td><td>4,26%</td></tr><tr><td>P6</td><td>5,99%</td><td>6,20%</td><td>6,44%</td><td>6,59%</td></tr></table>					Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,34%				P2	0,76%				P3	1,27%	1,32%			P3+	2,17%	2,25%	2,33%		P4	3,18%	3,29%	3,42%	3,50%	P5	3,87%	4,00%	4,16%	4,26%	P6	5,99%	6,20%	6,44%	6,59%
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	0,34%																																											
P2	0,76%																																											
P3	1,27%	1,32%																																										
P3+	2,17%	2,25%	2,33%																																									
P4	3,18%	3,29%	3,42%	3,50%																																								
P5	3,87%	4,00%	4,16%	4,26%																																								
P6	5,99%	6,20%	6,44%	6,59%																																								

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
	Régime Général
Option Assistance TTC ⁽¹⁾	0,04%
Option Assistance HT ⁽²⁾	0,04%

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM
Gamme nationale - Régime Alsace Moselle
Tarification Conjoint Distinct
(Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la Tranche A)

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013																																												
Cotisation Salarié +Enfants																																												
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>0,54%</td></tr><tr><td>S2</td><td>0,56%</td></tr><tr><td>S3</td><td>0,64%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>0,83%</td></tr><tr><td>S4</td><td>0,98%</td></tr><tr><td>S5</td><td>1,28%</td></tr><tr><td>S6</td><td>2,14%</td></tr></table>					Bloc S		S1	0,54%	S2	0,56%	S3	0,64%	S3+	0,83%	S4	0,98%	S5	1,28%	S6	2,14%																								
Bloc S																																												
S1	0,54%																																											
S2	0,56%																																											
S3	0,64%																																											
S3+	0,83%																																											
S4	0,98%																																											
S5	1,28%																																											
S6	2,14%																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,23%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,49%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>0,90%</td><td>0,94%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>1,54%</td><td>1,60%</td><td>1,65%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>2,25%</td><td>2,34%</td><td>2,41%</td><td>2,43%</td></tr><tr><td>P5</td><td>2,74%</td><td>2,85%</td><td>2,93%</td><td>2,96%</td></tr><tr><td>P6</td><td>3,94%</td><td>4,10%</td><td>4,22%</td><td>4,26%</td></tr></table>					Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,23%				P2	0,49%				P3	0,90%	0,94%			P3+	1,54%	1,60%	1,65%		P4	2,25%	2,34%	2,41%	2,43%	P5	2,74%	2,85%	2,93%	2,96%	P6	3,94%	4,10%	4,22%	4,26%
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	0,23%																																											
P2	0,49%																																											
P3	0,90%	0,94%																																										
P3+	1,54%	1,60%	1,65%																																									
P4	2,25%	2,34%	2,41%	2,43%																																								
P5	2,74%	2,85%	2,93%	2,96%																																								
P6	3,94%	4,10%	4,22%	4,26%																																								

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013																																											
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>0,86%</td></tr><tr><td>S2</td><td>0,90%</td></tr><tr><td>S3</td><td>1,02%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>1,32%</td></tr><tr><td>S4</td><td>1,56%</td></tr><tr><td>S5</td><td>2,04%</td></tr><tr><td>S6</td><td>3,42%</td></tr></table>					Bloc S		S1	0,86%	S2	0,90%	S3	1,02%	S3+	1,32%	S4	1,56%	S5	2,04%	S6	3,42%																							
Bloc S																																											
S1	0,86%																																										
S2	0,90%																																										
S3	1,02%																																										
S3+	1,32%																																										
S4	1,56%																																										
S5	2,04%																																										
S6	3,42%																																										
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,36%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,78%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>1,44%</td><td>1,50%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>2,46%</td><td>2,56%</td><td>2,63%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>3,60%</td><td>3,74%</td><td>3,85%</td><td>3,89%</td></tr><tr><td>P5</td><td>4,38%</td><td>4,56%</td><td>4,69%</td><td>4,73%</td></tr><tr><td>P6</td><td>6,30%</td><td>6,55%</td><td>6,74%</td><td>6,80%</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,36%				P2	0,78%				P3	1,44%	1,50%			P3+	2,46%	2,56%	2,63%		P4	3,60%	3,74%	3,85%	3,89%	P5	4,38%	4,56%	4,69%	4,73%	P6	6,30%	6,55%	6,74%	6,80%
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	0,36%																																										
P2	0,78%																																										
P3	1,44%	1,50%																																									
P3+	2,46%	2,56%	2,63%																																								
P4	3,60%	3,74%	3,85%	3,89%																																							
P5	4,38%	4,56%	4,69%	4,73%																																							
P6	6,30%	6,55%	6,74%	6,80%																																							

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
		Bloc S		
S1		0,48%		
S2		0,49%		
S3		0,57%		
S3+		0,73%		
S4		0,87%		
S5		1,13%		
S6		1,89%		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		0,20%		
P2		0,43%		
P3		0,79%	0,83%	
P3+		1,36%	1,41%	1,46%
P4		1,99%	2,07%	2,13%
P5		2,42%	2,52%	2,59%
P6		3,48%	3,62%	3,73%

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint				
Bloc S				
S1	0,76%			
S2	0,79%			
S3	0,90%			
S3+	1,17%			
S4	1,38%			
S5	1,80%			
S6	3,02%			
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	0,32%			
P2	0,69%			
P3	1,27%	1,32%		
P3+	2,17%	2,26%	2,32%	
P4	3,18%	3,30%	3,40%	3,43%
P5	3,87%	4,03%	4,14%	4,18%
P6	5,56%	5,78%	5,95%	6,00%

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
	Régime Alsace-Moselle
Option Assistance TTC ⁽¹⁾	0,04%
Option Assistance HT ⁽²⁾	0,04%

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM
Gamme nationale - Régime Général
Tarification Conjoint Distinct

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
		Bloc S		
S1	352,80 €			
S2	363,60 €			
S3	385,20 €			
S3+	446,40 €			
S4	496,80 €			
S5	590,40 €			
S6	846,00 €			
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	90,00 €			
P2	136,80 €			
P3	223,20 €	234,00 €		
P3+	435,60 €	457,20 €	468,00 €	
P4	619,20 €	648,00 €	666,00 €	676,80 €
P5	918,00 €	961,20 €	986,40 €	1 000,80 €
P6	1 252,80 €	1 310,40 €	1 346,40 €	1 368,00 €

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint				
Bloc S				
S1	612,00 €			
S2	626,40 €			
S3	658,80 €			
S3+	766,80 €			
S4	853,20 €			
S5	1 015,20 €			
S6	1 450,80 €			
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	158,40 €			
P2	230,40 €			
P3	385,20 €	403,20 €		
P3+	745,20 €	777,60 €	799,20 €	
P4	1 058,40 €	1 105,20 €	1 137,60 €	1 155,60 €
P5	1 573,20 €	1 645,20 €	1 688,40 €	1 717,20 €
P6	2 152,80 €	2 250,00 €	2 311,20 €	2 347,20 €

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013																																				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																				
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>540,30 €</td></tr><tr><td>S2</td><td>553,01 €</td></tr><tr><td>S3</td><td>581,62 €</td></tr><tr><td>S3+</td><td>676,97 €</td></tr><tr><td>S4</td><td>753,24 €</td></tr><tr><td>S5</td><td>896,27 €</td></tr><tr><td>S6</td><td>1 280,83 €</td></tr></table>					Bloc S		S1	540,30 €	S2	553,01 €	S3	581,62 €	S3+	676,97 €	S4	753,24 €	S5	896,27 €	S6	1 280,83 €																
Bloc S																																				
S1	540,30 €																																			
S2	553,01 €																																			
S3	581,62 €																																			
S3+	676,97 €																																			
S4	753,24 €																																			
S5	896,27 €																																			
S6	1 280,83 €																																			
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>139,84 €</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>203,41 €</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>340,07 €</td><td>355,96 €</td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>657,90 €</td><td>686,50 €</td><td>705,57 €</td></tr><tr><td>P4</td><td>934,40 €</td><td>975,72 €</td><td>1 004,33 €</td></tr><tr><td>P5</td><td>1 388,89 €</td><td>1 452,46 €</td><td>1 490,60 €</td></tr><tr><td>P6</td><td>1 900,59 €</td><td>1 986,40 €</td><td>2 040,43 €</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	139,84 €			P2	203,41 €			P3	340,07 €	355,96 €		P3+	657,90 €	686,50 €	705,57 €	P4	934,40 €	975,72 €	1 004,33 €	P5	1 388,89 €	1 452,46 €	1 490,60 €	P6	1 900,59 €	1 986,40 €	2 040,43 €
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																	
P1	139,84 €																																			
P2	203,41 €																																			
P3	340,07 €	355,96 €																																		
P3+	657,90 €	686,50 €	705,57 €																																	
P4	934,40 €	975,72 €	1 004,33 €																																	
P5	1 388,89 €	1 452,46 €	1 490,60 €																																	
P6	1 900,59 €	1 986,40 €	2 040,43 €																																	

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
	Régime Général
Option Assistance TTC ⁽¹⁾	10,80 €
Option Assistance HT ⁽²⁾	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 - le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
 - à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 - le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
 - à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM
Gamme nationale - Régime Alsace Moselle
Tarification Conjoint Distinct

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
		Bloc S		
S1		115,20 €		
S2		118,80 €		
S3		136,80 €		
S3+		172,80 €		
S4		212,40 €		
S5		291,60 €		
S6		529,20 €		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		50,40 €		
P2		100,80 €		
P3		169,20 €	176,40 €	
P3+		396,00 €	410,40 €	421,20 €
P4		619,20 €	644,40 €	658,80 €
P5		918,00 €	954,00 €	975,60 €
P6		1 252,80 €	1 299,60 €	1 332,00 €
				Px+3 Cible
				</

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint				
	Bloc S			
S1	198,00 €			
S2	201,60 €			
S3	237,60 €			
S3+	298,80 €			
S4	363,60 €			
S5	500,40 €			
S6	910,80 €			
	Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	86,40 €			
P2	172,80 €			
P3	291,60 €	302,40 €		
P3+	680,40 €	705,60 €	723,60 €	
P4	1 058,40 €	1 098,00 €	1 126,80 €	1 134,00 €
P5	1 573,20 €	1 634,40 €	1 674,00 €	1 684,80 €
P6	2 152,80 €	2 235,60 €	2 289,60 €	2 304,00 €

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
		Bloc S		
S1		101,70 €		
S2		104,88 €		
S3		120,77 €		
S3+		152,56 €		
S4		187,52 €		
S5		257,44 €		
S6		467,20 €		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		44,50 €		
P2		88,99 €		
P3		149,38 €	155,73 €	
P3+		349,61 €	362,32 €	371,85 €
P4		546,66 €	568,91 €	581,62 €
P5		810,45 €	842,24 €	861,30 €
P6		1 106,03 €	1 147,35 €	1 175,95 €
				Px+3 Cible

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013																																												
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																												
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>174,80 €</td></tr><tr><td>S2</td><td>177,98 €</td></tr><tr><td>S3</td><td>209,76 €</td></tr><tr><td>S3+</td><td>263,79 €</td></tr><tr><td>S4</td><td>321,00 €</td></tr><tr><td>S5</td><td>441,78 €</td></tr><tr><td>S6</td><td>804,10 €</td></tr></table>					Bloc S		S1	174,80 €	S2	177,98 €	S3	209,76 €	S3+	263,79 €	S4	321,00 €	S5	441,78 €	S6	804,10 €																								
Bloc S																																												
S1	174,80 €																																											
S2	177,98 €																																											
S3	209,76 €																																											
S3+	263,79 €																																											
S4	321,00 €																																											
S5	441,78 €																																											
S6	804,10 €																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>76,28 €</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>152,56 €</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>257,44 €</td><td>266,97 €</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>600,69 €</td><td>622,94 €</td><td>638,83 €</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>934,40 €</td><td>969,37 €</td><td>994,79 €</td><td>1 001,15 €</td></tr><tr><td>P5</td><td>1 388,89 €</td><td>1 442,92 €</td><td>1 477,88 €</td><td>1 487,42 €</td></tr><tr><td>P6</td><td>1 900,59 €</td><td>1 973,69 €</td><td>2 021,36 €</td><td>2 034,08 €</td></tr></table>					Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	76,28 €				P2	152,56 €				P3	257,44 €	266,97 €			P3+	600,69 €	622,94 €	638,83 €		P4	934,40 €	969,37 €	994,79 €	1 001,15 €	P5	1 388,89 €	1 442,92 €	1 477,88 €	1 487,42 €	P6	1 900,59 €	1 973,69 €	2 021,36 €	2 034,08 €
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	76,28 €																																											
P2	152,56 €																																											
P3	257,44 €	266,97 €																																										
P3+	600,69 €	622,94 €	638,83 €																																									
P4	934,40 €	969,37 €	994,79 €	1 001,15 €																																								
P5	1 388,89 €	1 442,92 €	1 477,88 €	1 487,42 €																																								
P6	1 900,59 €	1 973,69 €	2 021,36 €	2 034,08 €																																								

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
	Régime Alsace-Moselle
Option Assistance TTC ⁽¹⁾	10,80 €
Option Assistance HT ⁽²⁾	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 - le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
 - à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 - le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
 - à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Collectifs - ETAM
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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	
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Sécurité	Confort
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	175%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ^{(1) (2)}	80%		100%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		175%
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%		150%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		
Pharmacie	65% / 35% /15%		100%
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait		
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾	-	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ⁽¹⁾⁽²⁾	-	60€/jour	75€/jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique ⁽²⁾	-	40€/jour	40€/jour
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Sécurité	Confort
Optique	60%	<u>Adultes</u>	<u>Adultes</u>
Verres et montures remboursés par la sécurité sociale ⁽²⁾		100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs	100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs
		100 % + 200 € pour un équipement à Verres simples	100 % + 300 € pour un équipement à Verres simples
		<u>Enfants</u>	<u>Enfants</u>
		100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs	100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs
Lentilles remboursées par la S.S.		100 % + 160 € pour un équipement à Verres simples	100 % +250 € pour un équipement à Verres simples
Lentilles refusées par la S.S.	-	100% + 100 €	100% + 125 €
Soins et prothèses dentaires	70%		
- Soins dentaires		100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		350%	500%
- Implants ⁽⁴⁾		-	-
- Orthodontie	100%	200%	250%
Autres prothèses & divers	60%		
- Prothèses auditives		350%	500%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses			
- Acupuncture ⁽⁶⁾		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€
SERVICE PLUS	-	Compris	Compris
SANTÉ PLUS	-	En option	Compris

(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

(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

"Service Plus"		"Santé Plus"	
Assistance 24h / 24 en cas d'hospitalisation	Oui	Chambre particulière en secteur psychiatrique	53,36 €/jour
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	15,85 €	Prothèses auditives refusées par la sécurité sociale	381,12 € / an
Allocation obsèques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524 €	Prothèses capillaires et mammaires refusées par la sécurité sociale	266,79 € / an
Protection juridique et assurance vie quotidienne	Oui	Orthodontie adulte refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Prime événements familiaux: mariage / naissance	76,25 €	Orthodontie enfant refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Extension Tiers Payant accès aux œuvres mutualistes	Oui	Vaccin anti-grippe pour personnes de moins de 65 ans	100% Frais réels
		Vaccin non remboursable	
		Collants ou bas à varices	114,34 € / an
		Fécondation in vitro	571,68 € / an
		Cholestérol ADL	5,72 € / acte
		Pédicurie	114,34 € / an
		Platrix	57,17 € / an
		Chiropracteur	50% frais réels
		Densitométrie Osseuse	76,22 € / an

Régime de Frais Médicaux Collectifs - ETAM
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		01,03,07,15,21,26,38,42,53,58,63,69,71,73,74,89	
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	RS2	RS3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur conventionné : 180% Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ^{(1) (2)(6)(8)} (hospitalisation chirurgie et médicale)	80%	100% FR	100% FR
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%		180%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		
Pharmacie	65% / 35% / 15%		100%
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait		
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁰⁾⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾	-	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ - en Chirurgie ⁽¹⁰⁾ - en Médicale et psychiatrie	-	100% FR 70€/jour	100% FR 90€/jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 15 ans ⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾	-	0,6% PMSS / jour	0,6% PMSS / jour
Allocation maternité	-	cette prestation est prise en charge par la garantie "Forfait Naissance" du régime nationale de prévoyance des ETAM	
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	RS2	RS3
Optique			
- Pour l'adulte équipement (Monture+verres) - dont Monture - dont Verre	60%	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 400€ /personne 2% PMSS 85% FR	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 600€ /personne 4% PMSS 85% FR
- Pour l'enfant Monture Verres		2% PMSS par an et par bénéficiaire 85% FR	4% PMSS par an et par bénéficiaire 85% FR
Lentilles remboursées par la S.S.		70% FR	85% FR
Lentilles refusées par la S.S.	-	4% PMSS par an et par bénéficiaire	5% PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. ⁽¹¹⁾	-	14% PMSS par œil	14% PMSS par œil
Soins et prothèses dentaires			
- Soins dentaires	70%	100%	160%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		350%	400%
- Implants ⁽⁴⁾	-	300 €	400 €
- Orthodontie	100%	235%	400%
Autres prothèses & divers			
- Prothèses auditives	60%	250%	350%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100% (sauf prothèses capillaires et mammaires: 4% PMSS)	100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4% PMSS)
- Ostéopathie ⁽⁵⁾	-	2 séances x 35 €	3 séances x 40 €
- Cures thermales ⁽⁹⁾	65%	7% PMSS par an et par bénéficiaire	12% PMSS par an et par bénéficiaire

Modules additionnels facultatifs

Services d'assistance	Oui
-----------------------	-----

(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.

(4) Forfait par an et par bénéficiaire

(5) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

(6) A l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraites médicalisées et des hébergement complets (MAS, IME, IMM)

(7) A l'exclusion des prestations dites hôtelière (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...)

(8) A l'exclusion de l'hospitalisation en établissement non conventionnés

(9) Limité à une cure par an et par bénéficiaire

(10) Pour les ETAM en cas d'hospitalisation "Chirurgicale", cette garantie est prise en charge par la garantie "Chirurgie" du régime de base obligatoire de prévoyance.

(11) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus

Régime de Frais Médicaux Collectifs - ETAM
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		27,76		
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	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	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%	110%	130%	100% FR (8)
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	150%	150%
Transports	65%	110%	130%	
Soins externes	60 à 70%	100%	150%	
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		100%	100%
Pharmacie	65% / 35% / 15%			
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait			
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾⁽²⁾	-	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ^{(1) (11)}	-	20€ / jour	42€ / jour	100€ / jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	16€ / jour	24€ / jour	100% FR
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Optique				
Monture et / ou verres remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾⁽⁵⁾	60%	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)
Lentilles remboursées par la S.S.				
Lentilles refusées par la S.S.	-			
chirurgie de la vue ⁽⁴⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	-	-	-	350€ (Par oeil, par personne et par an)
Soins et prothèses dentaires				
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾		350%	450%	550%
- Implants ⁽⁴⁾	-	-	-	200€
- Orthodontie	100%	200%	300%	400%
Autres prothèses & divers				
- Prothèses auditives		100% + 150€	100% + 250€	100% + 400€
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100% (y compris prothèses capillaire et mammaires)	300% (Sauf prothèses capillaire & mammaires : - Prothèses capillaires : 100 % + 100€ - Prothèses mammaires : 100% + 50€)	400% (Sauf prothèses capillaire & mammaires : - Prothèses capillaires : 100 % + 300€ - Prothèses mammaires : 100% + 300€)
Vaccin non remboursé par la Sécurité sociale	-	15€ / vaccin	30€ / vaccin	50€ / vaccin
Ostéodensitométrie osseuse non prise ⁽³⁾ en charge par la Sécurité sociale	-	20€	40€	50€
Patch et substitut nicotinique remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale) ⁽³⁾	dans la limite de 50€ / an / bénéficiaire	20€	40€	50€
Cures thermales ⁽⁷⁾	65%	100%	100% + 150€	100% + 200€

Modules additionnels facultatifs

Services d'assistance	Oui
-----------------------	-----

(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) Forfait par an et par bénéficiaire

(5) Les forfaits monture et verres ne sont pas cumulables

(6) Limité à 3.000€ / an / bénéficiaire pour la part supérieure au remboursement de la Sécurité sociale

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

(8) Les dépassements d'honoraires sont limités à 5.000€ /an /bénéficiaire

(9) Pris en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

(10) Pour les ETAM et les Cadres, cette prestation est prise en charge par la garantie Chirurgie-Naissance du régime de prévoyance

(11) Limité à 90 jours par hospitalisation

Régime des Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification Globale famille

Options régionales

Régime Général

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Sécurité	1 242,00 €	1 096,50 €
Confort	1 429,20 €	1 261,76 €
RS2	925,20 €	816,81 €
RS3	1 328,40 €	1 172,77 €
Boissière 1	782,16 €	690,53 €
Boissière 2	1 220,52 €	1 077,53 €
Boissière 3	1 602,48 €	1 414,74 €

Modules additionnels

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Service + ^(a)	97,20 €	85,81 €
Santé + ^(a)	108,00 €	95,35 €
Option Assistance ⁽³⁾	10,80 €	9,53 €

(a) uniquement pour les départements 59 et 62

Régime Alsace-Moselle

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
RS2	396,00 €	349,61 €
RS3	727,20 €	642,01 €

Modules additionnels

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Option Assistance ⁽³⁾	10,80 €	9,53 €

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(3) 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 ETAM
Tarification Conjoint Distinct
(Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la Tranche A)
Gamme régionale

Régime Général

Cotisation Salarié + enfants		
Cotisation annuelle		
	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Boissière 1	3,00%	2,65%
Boissière 2	3,62%	3,20%
Boissière 3	4,67%	4,12%

Cotisation Salarié + enfants + conjoint		
Cotisation annuelle		
	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Boissière 1	4,80%	4,24%
Boissière 2	5,78%	5,10%
Boissière 3	7,46%	6,59%

Modules additionnels

	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Option Assistance	0,04%	0,04%

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Collectifs ETAM

Tarification Conjoint Distinct

Gamme régionale

Régime Général

Cotisation Salarié + enfants		
Cotisation annuelle		
	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
RS 2	651,80 €	575,44 €
RS 3	928,80 €	819,99 €

Cotisation Salarié + enfants		
Cotisation annuelle		
	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
RS 2	1 062,00 €	937,58 €
RS 3	1 270,80 €	1 121,92 €

Modules additionnels

	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Option Assistance	10,80 €	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Collectifs - ETAM

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2013

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

ANNEXE VI

GARANTIES, TARIFS ET COASSURANCE

DU RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX COLLÈGE CADRES

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013 Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

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

Options de la gamme Nationale

Soins - Hospitalisation	Part S.S.	S1	S2	S3	S3+	S4	S5	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%				150%				
Transports	65%				100%		100%	100%	100%
Soins externes	60 à 70%								
Radiologie, actes techniques médicaux	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
	15%								
Pharmacie	65% / 35%								
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 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	
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.	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique								
Verres et montures								
- Pour l'adulte								
- Forfait annuel de base : * Monture et / ou verres simples ⁽³⁾⁽⁴⁾ * Monture et / ou verres progressifs ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾	60%	100% 100% + 30€	100 % + 100€ 100 % + 150€	100 % + 150€ 100 % + 250€	100% + 150€ 100% + 250€	100% + 200€ 100% + 300€	100% + 250€ 100% + 350€	100% + 300€ 100% + 500€
- Bonus responsable intermédiaire ⁽⁴⁾		-	-	-	+ 50€	+ 125€	+ 150€	+ 250€
- Bonus responsable maximal ⁽⁴⁾		-	-	-	+ 100€	+ 250€	+ 300€	+ 500€
- Pour l'enfant Monture et / ou verres simples ⁽³⁾ Monture et / ou verres progressifs ⁽³⁾⁽⁵⁾		100% + 65€ 100% + 125€	100% + 65€ 100% + 125€	100% + 120€ 100% + 200€	100 % + 225 € 100 % + 350 €	100 % + 250 € 100 % + 550 €	100 % + 300 € 100 % + 650 €	100 % + 400 € 100 % + 700 €
Lentilles remboursées par la S.S.	60%	-	250%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
Lentilles refusées par la S.S. ⁽⁶⁾	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
Soins et prothèses dentaires								
- Soins dentaires ⁽¹⁰⁾	70%	100%	100%	100%	100%	100%	300%	300%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. ⁽¹⁰⁾	70%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	650%
- Implants ⁽⁷⁾	-	-	-	-	-	400 €	450 €	500 €
- Orthodontie ⁽¹⁰⁾	100%	175%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
Autres prothèses & divers								
- Prothèses auditives ⁽¹⁰⁾	60%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	750%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹⁰⁾								
- Osthéopathie ⁽⁸⁾	-	-	-	-	2 x 40€	3 x 40€	4 x 50€	4 x 60€
- Cures thermales ⁽⁹⁾	65%	100%	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 322,50 €	100% + 322,50 €	100% + 322,50 €

Module additionnel facultatif

Services d'assistance ⁽¹¹⁾	Oui
---------------------------------------	-----

(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) Les forfaits annuels de base et les bonus intermédiaires et maximaux sont octroyés suivant les modalités telles que définies dans l'article 12.2 du présent règlement

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

(6) Plafond par an et par bénéficiaire

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(8) S'entend par an et par adultes en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

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

(10) Le cumul des prestations est plafonné par an et par bénéficiaire suivant les modalités telles que définies dans l'article 12.3 du présent règlement.

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

Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres
Gamme nationale
Tarification Global Famille

Régime Général

Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013

	Bloc S
S1	597,60 €
S2	612,00 €
S3	658,80 €
S3+	770,40 €
S4	842,40 €
S5	1 008,00 €
S6	1 296,00 €

	Bloc P
P1	140,40 €
P2	230,40 €
P3	396,00 €
P3+	748,80 €
P4	1 054,80 €
P5	1 450,80 €
P6	2 214,00 €

	Px+1 Cible
	414,00 €
	781,20 €
	806,40 €
	1 101,60 €
	1 515,60 €
	2 314,80 €

	Px+2 Cible
	806,40 €
	1 134,00 €
	1 558,80 €
	2 379,60 €

	Px+3 Cible
	1 159,20 €
	1 594,80 €
	2 437,20 €

Tarif indicatif HT⁽²⁾ au 1er janvier 2013

	Bloc S
S1	527,59 €
S2	540,30 €
S3	581,62 €
S3+	680,14 €
S4	743,71 €
S5	889,91 €
S6	1 144,17 €

	Bloc P
P1	123,95 €
P2	203,41 €
P3	349,61 €
P3+	661,08 €
P4	931,23 €
P5	1 280,83 €
P6	1 954,62 €

	Px+1 Cible
	365,50 €
	689,68 €
	711,93 €
	1 001,15 €
	1 376,18 €
	2 100,82 €

	Px+2 Cible
	1 023,40 €
	1 407,96 €
	2 151,67 €

	Px+3 Cible

Régime Alsace-Moselle

Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013

	Bloc S
S1	226,80 €
S2	234,00 €
S3	255,60 €
S3+	342,00 €
S4	414,00 €
S5	504,00 €
S6	874,80 €

	Bloc P
P1	97,20 €
P2	187,20 €
P3	309,60 €
P3+	738,00 €
P4	1 054,80 €
P5	1 450,80 €
P6	2 214,00 €

	Px+1 Cible
	324,00 €
	774,00 €
	1 108,80 €
	1 522,80 €
	2 325,60 €

	Px+2 Cible
	788,40 €
	1 130,40 €
	1 551,60 €
	2 368,80 €

	Px+3 Cible
	1 137,60 €
	1 566,00 €
	2 390,40 €

Tarif indicatif HT⁽²⁾ au 1er janvier 2013

	Bloc S
S1	200,23 €
S2	206,59 €
S3	225,66 €
S3+	301,93 €
S4	365,50 €
S5	444,95 €
S6	772,31 €

	Bloc P
P1	85,81 €
P2	165,27 €
P3	273,33 €
P3+	651,54 €
P4	931,23 €
P5	1 280,83 €
P6	1 954,62 €

	Px+1 Cible
	286,04 €
	683,32 €
	978,90 €
	1 344,40 €
	2 053,15 €

	Px+2 Cible
	696,04 €
	997,97 €
	1 369,82 €
	2 091,29 €

	Px+3 Cible
	1 004,33 €
	1 382,54 €
	2 110,36 €

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels

	Option Assistance TTC ⁽¹⁾	Option Assistance HT ⁽²⁾
Régime Général	10,80 €	9,53 €
Régime Alsace-Moselle	10,80 €	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres
Gamme nationale - Régime Général
Tarification Conjoint Distinct

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013																																												
Cotisation Salarié +Enfants																																												
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>450,00 €</td></tr><tr><td>S2</td><td>460,80 €</td></tr><tr><td>S3</td><td>493,20 €</td></tr><tr><td>S3+</td><td>576,00 €</td></tr><tr><td>S4</td><td>633,60 €</td></tr><tr><td>S5</td><td>756,00 €</td></tr><tr><td>S6</td><td>964,80 €</td></tr></table>					Bloc S		S1	450,00 €	S2	460,80 €	S3	493,20 €	S3+	576,00 €	S4	633,60 €	S5	756,00 €	S6	964,80 €																								
Bloc S																																												
S1	450,00 €																																											
S2	460,80 €																																											
S3	493,20 €																																											
S3+	576,00 €																																											
S4	633,60 €																																											
S5	756,00 €																																											
S6	964,80 €																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>104,40 €</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>172,80 €</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>291,60 €</td><td>306,00 €</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>522,00 €</td><td>547,20 €</td><td>561,60 €</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>734,40 €</td><td>766,80 €</td><td>788,40 €</td><td>806,40 €</td></tr><tr><td>P5</td><td>1 072,80 €</td><td>1 119,60 €</td><td>1 152,00 €</td><td>1 180,80 €</td></tr><tr><td>P6</td><td>1 634,40 €</td><td>1 706,40 €</td><td>1 756,80 €</td><td>1 796,40 €</td></tr></table>					Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	104,40 €				P2	172,80 €				P3	291,60 €	306,00 €			P3+	522,00 €	547,20 €	561,60 €		P4	734,40 €	766,80 €	788,40 €	806,40 €	P5	1 072,80 €	1 119,60 €	1 152,00 €	1 180,80 €	P6	1 634,40 €	1 706,40 €	1 756,80 €	1 796,40 €
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	104,40 €																																											
P2	172,80 €																																											
P3	291,60 €	306,00 €																																										
P3+	522,00 €	547,20 €	561,60 €																																									
P4	734,40 €	766,80 €	788,40 €	806,40 €																																								
P5	1 072,80 €	1 119,60 €	1 152,00 €	1 180,80 €																																								
P6	1 634,40 €	1 706,40 €	1 756,80 €	1 796,40 €																																								

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint				
Bloc S				
S1	716,40 €			
S2	734,40 €			
S3	792,00 €			
S3+	925,20 €			
S4	1 011,60 €			
S5	1 209,60 €			
S6	1 555,20 €			
Bloc P				
P1	169,20 €			
P2	277,20 €			
P3	475,20 €	496,80 €		
P3+	900,00 €	939,60 €	968,40 €	
P4	1 267,20 €	1 324,80 €	1 360,80 €	1 393,20 €
P5	1 742,40 €	1 821,60 €	1 872,00 €	1 915,20 €
P6	2 656,80 €	2 775,60 €	2 854,80 €	2 923,20 €

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
		Bloc S		
S1		397,28 €		
S2		406,82 €		
S3		435,42 €		
S3+		508,52 €		
S4		559,37 €		
S5		667,43 €		
S6		851,77 €		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		92,17 €		
P2		152,56 €		
P3		257,44 €	270,15 €	
P3+		460,85 €	483,09 €	495,81 €
P4		648,36 €	676,97 €	696,04 €
P5		947,12 €	988,43 €	1 017,04 €
P6		1 442,92 €	1 506,49 €	1 550,98 €
				Px+3 Cible
				711,93 €
				1 042,46 €
				1 585,95 €

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint				
		Bloc S		
S1	632,47 €			
S2	648,36 €			
S3	699,21 €			
S3+	816,81 €			
S4	893,09 €			
S5	1 067,89 €			
S6	1 373,00 €			
		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	149,38 €			
P2	244,73 €			
P3	419,53 €	438,60 €		
P3+	794,56 €	829,52 €	854,95 €	
P4	1 118,74 €	1 169,59 €	1 201,38 €	1 229,98 €
P5	1 538,27 €	1 608,19 €	1 652,69 €	1 690,83 €
P6	2 345,55 €	2 450,43 €	2 520,35 €	2 580,74 €

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
	Régime Général
Option Assistance TTC ⁽¹⁾	10,80 €
Option Assistance HT ⁽²⁾	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 - le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
 - à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 - le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
 - à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres
Gamme nationale - Régime Alsace Moselle
Tarification Conjoint Distinct

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013					
Cotisation Salarié +Enfants					
		Bloc S			
S1		147,60 €			
S2		151,20 €			
S3		172,80 €			
S3+		223,20 €			
S4		284,40 €			
S5		342,00 €			
S6		655,20 €			
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1		72,00 €			
P2		126,00 €			
P3		208,80 €	219,60 €		
P3+		496,80 €	522,00 €	532,80 €	
P4		745,20 €	781,20 €	795,60 €	806,40 €
P5		1 087,20 €	1 141,20 €	1 162,80 €	1 173,60 €
P6		1 612,80 €	1 692,00 €	1 724,40 €	1 742,40 €

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013 Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																				
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>273,60 €</td></tr><tr><td>S2</td><td>280,80 €</td></tr><tr><td>S3</td><td>291,60 €</td></tr><tr><td>S3+</td><td>392,40 €</td></tr><tr><td>S4</td><td>496,80 €</td></tr><tr><td>S5</td><td>604,80 €</td></tr><tr><td>S6</td><td>1 051,20 €</td></tr></table>					Bloc S		S1	273,60 €	S2	280,80 €	S3	291,60 €	S3+	392,40 €	S4	496,80 €	S5	604,80 €	S6	1 051,20 €																
Bloc S																																				
S1	273,60 €																																			
S2	280,80 €																																			
S3	291,60 €																																			
S3+	392,40 €																																			
S4	496,80 €																																			
S5	604,80 €																																			
S6	1 051,20 €																																			
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>104,40 €</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>205,20 €</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>324,00 €</td><td>342,00 €</td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>792,00 €</td><td>831,60 €</td><td>846,00 €</td></tr><tr><td>P4</td><td>1 173,60 €</td><td>1 231,20 €</td><td>1 256,40 €</td></tr><tr><td>P5</td><td>1 663,20 €</td><td>1 746,00 €</td><td>1 778,40 €</td></tr><tr><td>P6</td><td>2 552,40 €</td><td>2 678,40 €</td><td>2 732,40 €</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	104,40 €			P2	205,20 €			P3	324,00 €	342,00 €		P3+	792,00 €	831,60 €	846,00 €	P4	1 173,60 €	1 231,20 €	1 256,40 €	P5	1 663,20 €	1 746,00 €	1 778,40 €	P6	2 552,40 €	2 678,40 €	2 732,40 €
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																	
P1	104,40 €																																			
P2	205,20 €																																			
P3	324,00 €	342,00 €																																		
P3+	792,00 €	831,60 €	846,00 €																																	
P4	1 173,60 €	1 231,20 €	1 256,40 €																																	
P5	1 663,20 €	1 746,00 €	1 778,40 €																																	
P6	2 552,40 €	2 678,40 €	2 732,40 €																																	

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
		Bloc S		
S1		130,31 €		
S2		133,49 €		
S3		152,56 €		
S3+		197,05 €		
S4		251,08 €		
S5		301,93 €		
S6		578,44 €		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		63,56 €		
P2		111,24 €		
P3		184,34 €	193,87 €	
P3+		438,60 €	460,85 €	470,38 €
P4		657,90 €	689,68 €	702,39 €
P5		959,83 €	1 007,50 €	1 026,57 €
P6		1 423,85 €	1 493,78 €	1 522,38 €
				Px+3 Cible
				711,93 €
				1 036,11 €
				1 538,27 €

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint				
Bloc S				
S1	241,55 €			
S2	247,90 €			
S3	257,44 €			
S3+	346,43 €			
S4	438,60 €			
S5	533,95 €			
S6	928,05 €			
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible
P1	92,17 €			
P2	181,16 €			
P3	286,04 €	301,93 €		
P3+	699,21 €	734,18 €	746,89 €	
P4	1 036,11 €	1 086,96 €	1 109,21 €	1 118,74 €
P5	1 468,35 €	1 541,45 €	1 570,05 €	1 585,95 €
P6	2 253,38 €	2 364,62 €	2 412,29 €	2 434,54 €

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
	Régime Alsace-Moselle
Option Assistance TTC ⁽¹⁾	10,80 €
Option Assistance HT ⁽²⁾	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 - le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
 - à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
 En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
 - le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
 - à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres
Gamme nationale - Régime Général
Tarification Conjoint Distinct
(Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la Tranche A)

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013																																											
Cotisation Salarié +Enfants																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>1,20%</td></tr><tr><td>S2</td><td>1,25%</td></tr><tr><td>S3</td><td>1,35%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>1,55%</td></tr><tr><td>S4</td><td>1,70%</td></tr><tr><td>S5</td><td>2,05%</td></tr><tr><td>S6</td><td>2,60%</td></tr></table>					Bloc S		S1	1,20%	S2	1,25%	S3	1,35%	S3+	1,55%	S4	1,70%	S5	2,05%	S6	2,60%																							
Bloc S																																											
S1	1,20%																																										
S2	1,25%																																										
S3	1,35%																																										
S3+	1,55%																																										
S4	1,70%																																										
S5	2,05%																																										
S6	2,60%																																										
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,30%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,45%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>0,80%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>1,40%</td><td>0,84%</td><td>1,51%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>1,95%</td><td>2,04%</td><td>2,10%</td><td>2,15%</td></tr><tr><td>P5</td><td>2,90%</td><td>3,03%</td><td>3,12%</td><td>3,19%</td></tr><tr><td>P6</td><td>4,40%</td><td>4,60%</td><td>4,73%</td><td>4,84%</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,30%				P2	0,45%				P3	0,80%				P3+	1,40%	0,84%	1,51%		P4	1,95%	2,04%	2,10%	2,15%	P5	2,90%	3,03%	3,12%	3,19%	P6	4,40%	4,60%	4,73%	4,84%
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	0,30%																																										
P2	0,45%																																										
P3	0,80%																																										
P3+	1,40%	0,84%	1,51%																																								
P4	1,95%	2,04%	2,10%	2,15%																																							
P5	2,90%	3,03%	3,12%	3,19%																																							
P6	4,40%	4,60%	4,73%	4,84%																																							

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint				
		Bloc S		
S1		1,95%		
S2		2,00%		
S3		2,15%		
S3+		2,50%		
S4		2,75%		
S5		3,30%		
S6		4,20%		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		0,50%		
P2		0,75%		
P3		1,30%	1,36%	
P3+		2,40%	2,51%	2,58%
P4		3,40%	3,55%	3,66%
P5		4,70%	4,91%	5,05%
P6		7,15%	7,47%	7,69%
				Px+3 Cible

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
		Bloc S		
S1		1,06%		
S2		1,10%		
S3		1,19%		
S3+		1,37%		
S4		1,50%		
S5		1,81%		
S6		2,30%		
		Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible
P1		0,26%		
P2		0,40%		
P3		0,71%	0,74%	
P3+		1,24%	1,29%	1,33%
P4		1,72%	1,80%	1,85%
P5		2,56%	2,68%	2,75%
P6		3,88%	4,06%	4,18%

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013																																				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																				
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>1,72%</td></tr><tr><td>S2</td><td>1,77%</td></tr><tr><td>S3</td><td>1,90%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>2,21%</td></tr><tr><td>S4</td><td>2,43%</td></tr><tr><td>S5</td><td>2,91%</td></tr><tr><td>S6</td><td>3,71%</td></tr></table>					Bloc S		S1	1,72%	S2	1,77%	S3	1,90%	S3+	2,21%	S4	2,43%	S5	2,91%	S6	3,71%																
Bloc S																																				
S1	1,72%																																			
S2	1,77%																																			
S3	1,90%																																			
S3+	2,21%																																			
S4	2,43%																																			
S5	2,91%																																			
S6	3,71%																																			
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,44%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,66%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>1,15%</td><td>1,20%</td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>2,12%</td><td>2,22%</td><td>2,28%</td></tr><tr><td>P4</td><td>3,00%</td><td>3,13%</td><td>3,23%</td></tr><tr><td>P5</td><td>4,15%</td><td>4,33%</td><td>4,46%</td></tr><tr><td>P6</td><td>6,31%</td><td>6,59%</td><td>6,79%</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,44%			P2	0,66%			P3	1,15%	1,20%		P3+	2,12%	2,22%	2,28%	P4	3,00%	3,13%	3,23%	P5	4,15%	4,33%	4,46%	P6	6,31%	6,59%	6,79%
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																	
P1	0,44%																																			
P2	0,66%																																			
P3	1,15%	1,20%																																		
P3+	2,12%	2,22%	2,28%																																	
P4	3,00%	3,13%	3,23%																																	
P5	4,15%	4,33%	4,46%																																	
P6	6,31%	6,59%	6,79%																																	

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
Régime Général	
Option Assistance TTC	0,03%
Option Assistance HT	0,03%

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime des Frais Médicaux Collectifs cadres
Gamme nationale - Régime Alsace Moselle
Tarifcation Conjoint Distinct
(Tarif en pourcentage de salaire plafonné à la Tranche A)

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013																																											
Cotisation Salarié +Enfants																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>0,37%</td></tr><tr><td>S2</td><td>0,40%</td></tr><tr><td>S3</td><td>0,45%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>0,60%</td></tr><tr><td>S4</td><td>0,75%</td></tr><tr><td>S5</td><td>0,90%</td></tr><tr><td>S6</td><td>1,75%</td></tr></table>					Bloc S		S1	0,37%	S2	0,40%	S3	0,45%	S3+	0,60%	S4	0,75%	S5	0,90%	S6	1,75%																							
Bloc S																																											
S1	0,37%																																										
S2	0,40%																																										
S3	0,45%																																										
S3+	0,60%																																										
S4	0,75%																																										
S5	0,90%																																										
S6	1,75%																																										
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,20%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,35%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>0,55%</td><td>0,58%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>1,35%</td><td>1,42%</td><td>1,44%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>2,00%</td><td>2,10%</td><td>2,14%</td><td>2,16%</td></tr><tr><td>P5</td><td>2,90%</td><td>3,05%</td><td>3,10%</td><td>3,13%</td></tr><tr><td>P6</td><td>4,35%</td><td>4,57%</td><td>4,65%</td><td>4,70%</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,20%				P2	0,35%				P3	0,55%	0,58%			P3+	1,35%	1,42%	1,44%		P4	2,00%	2,10%	2,14%	2,16%	P5	2,90%	3,05%	3,10%	3,13%	P6	4,35%	4,57%	4,65%	4,70%
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	0,20%																																										
P2	0,35%																																										
P3	0,55%	0,58%																																									
P3+	1,35%	1,42%	1,44%																																								
P4	2,00%	2,10%	2,14%	2,16%																																							
P5	2,90%	3,05%	3,10%	3,13%																																							
P6	4,35%	4,57%	4,65%	4,70%																																							

Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013																																				
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																				
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>0,72%</td></tr><tr><td>S2</td><td>0,75%</td></tr><tr><td>S3</td><td>0,80%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>1,05%</td></tr><tr><td>S4</td><td>1,35%</td></tr><tr><td>S5</td><td>1,65%</td></tr><tr><td>S6</td><td>2,90%</td></tr></table>					Bloc S		S1	0,72%	S2	0,75%	S3	0,80%	S3+	1,05%	S4	1,35%	S5	1,65%	S6	2,90%																
Bloc S																																				
S1	0,72%																																			
S2	0,75%																																			
S3	0,80%																																			
S3+	1,05%																																			
S4	1,35%																																			
S5	1,65%																																			
S6	2,90%																																			
<table><tr><th>Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,30%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,55%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>0,90%</td><td>0,95%</td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>2,20%</td><td>2,31%</td><td>2,35%</td></tr><tr><td>P4</td><td>3,25%</td><td>3,41%</td><td>3,48%</td></tr><tr><td>P5</td><td>4,45%</td><td>4,67%</td><td>4,76%</td></tr><tr><td>P6</td><td>6,85%</td><td>7,19%</td><td>7,33%</td></tr></table>					Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,30%			P2	0,55%			P3	0,90%	0,95%		P3+	2,20%	2,31%	2,35%	P4	3,25%	3,41%	3,48%	P5	4,45%	4,67%	4,76%	P6	6,85%	7,19%	7,33%
Bloc P	Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																	
P1	0,30%																																			
P2	0,55%																																			
P3	0,90%	0,95%																																		
P3+	2,20%	2,31%	2,35%																																	
P4	3,25%	3,41%	3,48%																																	
P5	4,45%	4,67%	4,76%																																	
P6	6,85%	7,19%	7,33%																																	

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013				
Cotisation Salarié +Enfants				
</				

Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013																																												
Cotisation Salarié + Enfants + Conjoint																																												
<table><tr><th colspan="2">Bloc S</th></tr><tr><td>S1</td><td>0,64%</td></tr><tr><td>S2</td><td>0,66%</td></tr><tr><td>S3</td><td>0,71%</td></tr><tr><td>S3+</td><td>0,93%</td></tr><tr><td>S4</td><td>1,19%</td></tr><tr><td>S5</td><td>1,46%</td></tr><tr><td>S6</td><td>2,56%</td></tr></table>					Bloc S		S1	0,64%	S2	0,66%	S3	0,71%	S3+	0,93%	S4	1,19%	S5	1,46%	S6	2,56%																								
Bloc S																																												
S1	0,64%																																											
S2	0,66%																																											
S3	0,71%																																											
S3+	0,93%																																											
S4	1,19%																																											
S5	1,46%																																											
S6	2,56%																																											
<table><tr><th colspan="2">Bloc P</th><th>Px+1 Cible</th><th>Px+2 Cible</th><th>Px+3 Cible</th></tr><tr><td>P1</td><td>0,26%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td>0,49%</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td>0,79%</td><td>0,84%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3+</td><td>1,94%</td><td>2,04%</td><td>2,07%</td><td></td></tr><tr><td>P4</td><td>2,87%</td><td>3,01%</td><td>3,07%</td><td>3,10%</td></tr><tr><td>P5</td><td>3,93%</td><td>4,12%</td><td>4,20%</td><td>4,25%</td></tr><tr><td>P6</td><td>6,05%</td><td>6,35%</td><td>6,47%</td><td>6,53%</td></tr></table>					Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible	P1	0,26%				P2	0,49%				P3	0,79%	0,84%			P3+	1,94%	2,04%	2,07%		P4	2,87%	3,01%	3,07%	3,10%	P5	3,93%	4,12%	4,20%	4,25%	P6	6,05%	6,35%	6,47%	6,53%
Bloc P		Px+1 Cible	Px+2 Cible	Px+3 Cible																																								
P1	0,26%																																											
P2	0,49%																																											
P3	0,79%	0,84%																																										
P3+	1,94%	2,04%	2,07%																																									
P4	2,87%	3,01%	3,07%	3,10%																																								
P5	3,93%	4,12%	4,20%	4,25%																																								
P6	6,05%	6,35%	6,47%	6,53%																																								

S = Soins et Hospitalisation

P = Complément Dentaire et Optique

Modules additionnels	
	Régime Alsace-Moselle
Option Assistance TTC	0,03%
Option Assistance HT	0,03%

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].
En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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	
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Sécurité	Confort
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	100%	175%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ^{(1) (2)}	80%		100%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		175%
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%		150%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		
Pharmacie	65% / 35% / 15%		100%
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait		
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾	-	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ⁽¹⁾⁽²⁾	-	60€/jour	75€/jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique ⁽²⁾	-	40€/jour	40€/jour
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Sécurité	Confort
Optique		Adultes	Adultes
Verres et montures remboursés par la sécurité sociale ⁽²⁾	60%	100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs	100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs
		100 % + 200 € pour un équipement à Verres simples	100 % + 300 € pour un équipement à Verres simples
		Enfants	Enfants
		100 % + 240 € pour un équipement à Verres progressifs	100 % + 350 € pour un équipement à Verres progressifs
		100 % + 160 € pour un équipement à Verres simples	100 % + 250 € pour un équipement à Verres simples
Lentilles remboursées par la S.S.		100% + 100 €	100% + 125 €
Lentilles refusées par la S.S.	-	100 €	125 €
Soins et prothèses dentaires			
- Soins dentaires	70%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		350%	500%
- Implants ⁽⁴⁾	-	-	-
- Orthodontie	100%	200%	250%
Autres prothèses & divers			
- Prothèses auditives	60%	350%	500%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses			
- 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€
SERVICE PLUS	-	Compris	Compris
SANTÉ 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

(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			
"Service Plus"		"Santé Plus"	
Assistance 24h / 24 en cas d'hospitalisation	Oui	Chambre particulière en secteur psychiatrique	53,36 €/jour
Allocation hospitalière du 3ème au 90ème jour	15,85 €	Prothèses auditives refusées par la sécurité sociale	381,12 € / an
Allocation obsèques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524 €	Prothèses capillaires et mammaires refusées par la sécurité sociale	266,79 € / an
Protection juridique et assurance vie quotidienne	Oui	Orthodontie adulte refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Prime évènements familiaux: mariage / naissance	76,25 €	Orthodontie enfant refusée par la Sécurité Sociale	76,25 € / an
Extension Tiers Payant accès aux œuvres mutualistes	Oui	Vaccin anti-grippe pour personnes de moins de 65 ans	100% Frais réels
		Vaccin non remboursable	
		Collants ou bas à varices	114,34 € / an
		Fécondation in vitro	571,68 € / an
		Cholestérol ADL	5,72 € / acte
		Pédicurie	114,34 € / an
		Platrix	57,17 € / an
		Chiropracteur	50% frais réels
		Densitométrie Osseuse	76,22 € / an

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		01,03,07,15,21,26,38,42,53,58,63,69,71,73,74,89	
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	RS2	RS3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur conventionné : 180% Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾ (hospitalisation chirurgie et médicale)	80%	100% FR	100% FR
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%		180%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		100%
Pharmacie	65% / 35% / 15%		100%
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait		
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾	-	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ - en Chirurgie ⁽¹⁰⁾ - en Médecine et psychiatrie	-	100% FR 70€/jour	100% FR 90€/jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 15 ans ⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾	-	0,6% PMSS / jour	0,6% PMSS / jour
Allocation maternité	-	cette prestation est prise en charge par la garantie "Forfait Naissance" du régime de prévoyance des Cadres	
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	RS2	RS3
Optique			
- Pour l'adulte	60%	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 400€ /personne 2% PMSS 85% FR	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 600€ /personne 4% PMSS 85% FR
équipement (Monture+verres) - dont Monture - dont Verre			
- Pour l'enfant		2% PMSS par an et par bénéficiaire 85% FR	4% PMSS par an et par bénéficiaire 85% FR
Monture Verres			
Lentilles remboursées par la S.S.	-	70% FR	85% FR
Lentilles refusées par la S.S.	-	4% PMSS par an et par bénéficiaire	5% PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. ⁽¹¹⁾	-	14% PMSS par œil	14% PMSS par œil
Soins et prothèses dentaires			
- Soins dentaires	70%	100%	160%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		350%	400%
- Implants ⁽⁴⁾	-	300 €	400 €
- Orthodontie	100%	235%	400%
Autres prothèses & divers			
- Prothèses auditives	60%	250%	350%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4% PMSS)	100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4% PMSS)
- Ostéopathie ⁽⁵⁾	-	2 séances x 35 €	3 séances x 40 €
- Cures thermales ⁽⁹⁾	65%	7% PMSS par an et par bénéficiaire	12% PMSS par an et par bénéficiaire

Modules additionnels facultatifs

Services d'assistance	Oui
-----------------------	-----

(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.

(4) Forfait par an et par bénéficiaire

(5) s'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

(6) A l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraites médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME, IMM)

(7) A l'exclusion des prestations dites hôtelière (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...)

(8) A l'exclusion de l'hospitalisation en établissement non conventionnés

(9) limité à une cure par an et par bénéficiaire

(10) Pour les Cadres en cas d'hospitalisation "chirurgicale", cette garantie doit être prise en charge 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.

(11) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		27,76		
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	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	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%	110%	130%	100% FR (8)
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	150%	150%
Transports	65%	110%	130%	
Soins externes	60 à 70%	100%	150%	
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		100%	100%
Pharmacie	65% / 35% / 15%			
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait			
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ^{(1) (2)}	-	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ^{(1) (11)}	-	20€ / jour	42€ / jour	100€ / jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	16€ / jour	24€ / jour	100% FR
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Optique				
Monture et / ou verres remboursés par la Sécurité sociale ^{(3) (5)}	60%	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)
Lentilles remboursées par la S.S.				
Lentilles refusées par la S.S.	-			
chirurgie de la vue ^{(4) (9) (10)}	-	-	-	350€ (Par œil, par personne et par an)
Soins et prothèses dentaires				
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾		350%	450%	550%
- Implants ⁽⁴⁾		-	-	200€
- Orthodontie	100%	200%	300%	400%
Autres prothèses & divers				
- Prothèses auditives	60%	100% + 150€	100% + 250€	100% + 400€
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100% (y compris prothèses capillaire et mammaires)	300% (Sauf prothèses capillaire & mammaires : - Prothèses capillaires : 100 % + 100€ - Prothèses mammaires : 100% + 50€)	400% (Sauf prothèses capillaire & mammaires : - Prothèses capillaires : 100 % + 300€ - Prothèses mammaires : 100% + 300€)
Vaccin non remboursé par la Sécurité sociale	-	15€ / vaccin	30€ / vaccin	50€ / vaccin
Ostéodensitométrie osseuse non prise ⁽³⁾ en charge par la Sécurité sociale	-	20€	40€	50€
Patch et substitut nicotinique remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale) ⁽⁵⁾	dans la limite de 50€ / an / bénéficiaire	20€	40€	50€
Cures thermales ⁽⁷⁾	65%	100%	100% + 150€	100% + 200€

Modules additionnels facultatifs

Services d'assistance	Oui
-----------------------	-----

(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) Forfait par an et par bénéficiaire

(5) Les forfaits monture et verres ne sont pas cumulables

(6) Limité à 3.000€ / an / bénéficiaire pour la part supérieure au remboursement de la Sécurité sociale

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

(8) Les dépassements d'honoraires sont limités à 5.000€ / an / bénéficiaire

(9) Pris en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

(10) Pour les ETAM et les Cadres, cette prestation est prise en charge par la garantie Chirurgie-Naissance du régime de prévoyance

(11) Limité à 90 jours par hospitalisation

Régime des Frais Médicaux Collectifs Cadres

Tarification Globale famille

Options régionales

Régime Général

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Sécurité	1 620,00 €	1 430,21 €
Confort	1 872,00 €	1 652,69 €
RS2	1 058,40 €	934,40 €
RS3	1 504,80 €	1 328,51 €
Boissière 1	1 020,84 €	901,24 €
Boissière 2	1 411,44 €	1 246,08 €
Boissière 3	1 905,72 €	1 682,46 €

Modules additionnels

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Service + ^(a)	108,00 €	95,35 €
Santé + ^(a)	104,40 €	92,17 €
Option Assistance ⁽³⁾	10,80 €	9,53 €

(a) uniquement pour les départements 59 et 62

Régime Alsace-Moselle

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
RS2	464,40 €	409,99 €
RS3	846,00 €	746,89 €

Modules additionnels

	Tarif indicatif TTC ⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Option Assistance ⁽³⁾	10,80 €	9,53 €

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(3) 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 Tarification Conjoint Distinct Gamme régionale

Régime Général

Cotisation Salarié + enfants		
Cotisation annuelle		
	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
RS 2	676,80 €	597,51 €
RS 3	975,60 €	861,30 €

Cotisation Salarié + enfants		
Cotisation annuelle		
	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
RS 2	1 123,20 €	991,61 €
RS 3	1 605,60 €	1 417,50 €

Modules additionnels

	Tarif indicatif TTC⁽¹⁾ au 1er janvier 2013	Tarif indicatif HT ⁽²⁾ au 1er janvier 2013
Option Assistance	10,80 €	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Collectifs - Cadres

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2013

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

ANNEXE VII

GARANTIES ET TARIFS DU RÈGLEMENT DU RÉGIME DE LA GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL ET DE L'OPTION CHARGES SUR ARRÊTS DE TRAVAIL DE LONGUE DURÉE

Régimes de Mensualisation				
Tableau des GARANTIES au 1er janvier 2013				
(Options couvrant tout ou partie des obligations de l'employeur en cas d'arrêt de travail)				
Toutes les prestations s'entendent y compris celles versées par la Sécurité Sociale	Couverture partielle des obligations conventionnelles		Couverture des obligations conventionnelles	
	Option 1	Option 3	Option 2	Option 5
Cause de l'arrêt de travail	Ouvrier		Ouvrier	
	Etam	Etam	Etam	Etam
	Cadre	Cadre	Cadre	Cadre
MALADIE	15 jours	3 jours	3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1)	0 jour
	100 % SB (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)	100 % SB (du 4e jour au 90e jour d'arrêt)	100 % SB (jusqu'au 48e jour d'arrêt) (2) 75% SB (du 49e au 90e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)
ACCIDENT DU TRAVAIL ou MALADIE PROFESSIONNELLE	15 jours	3 jours	0 jour	0 jour
	100 % SB (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)	100 % SB (du 4e jour au 90e jour d'arrêt)	Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1 ^{er} au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt) Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)
ACCIDENT DE TRAJET	15 jours	3 jours	3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1)	0 jour
	100 % SB (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)	100 % SB (du 4e jour au 90e jour d'arrêt)	100 % SB (du 1er au 90e jour d'arrêt) (2)	100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)
MATERNITE	15 jours	3 jours	0 jour	0 jour
	100 % SB (du 16e au 112e jour d'arrêt)	100 % SB (du 4e au 112e jour d'arrêt)	100% SB (du 1er au 112e jour d'arrêt)	100% SB (du 1er au 112e jour d'arrêt)

(1) Pour les Travaux Publics: application de 3 jours de carence si moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, sinon pas de carence.

(2) L'indemnisation débute au 1er jour qui suit le délai de carence applicable à l'ouvrier

SB : Salaire de base

Régime de Mensualisation - Ouvriers	
Tableau des GARANTIES au 1er janvier 2013	
(Garanties au-delà des obligations de l'employeur en cas d'arrêt de travail)	

Toutes les prestations s'entendent y compris celles versées par la Sécurité Sociale	Couverture au-delà des obligations conventionnelles			
	Option 3	Option 4	Option 5	
Cause de l'arrêt de travail	Ouvrier	Ouvrier	Ouvrier	
MALADIE	3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1) 100% SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)	0 jour 100 % SB (du 1er au 45e jour d'arrêt) 75% SB (du 46e au 90e jour d'arrêt)	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	
	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	0 jour Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1er au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt) Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1er au 90e jour d'arrêt)	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	
ACCIDENT DU TRAVAIL ou MALADIE PROFESSIONNELLE	Arrêt ≤ 30 jours : 3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1) Arrêt > 30 jours : 0 jours 100% SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)	0 jour 100 % SB (du 1er au 45e jour d'arrêt) 75% SB (du 46e au 90e jour d'arrêt)	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	
	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	0 jour Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1er au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt) Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1er au 90e jour d'arrêt)	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	
ACCIDENT DE TRAJET	Arrêt ≤ 30 jours : 3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1) Arrêt > 30 jours : 0 jours 100% SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)	0 jour 100 % SB (du 1er au 45e jour d'arrêt) 75% SB (du 46e au 90e jour d'arrêt)	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	
	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	0 jour Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1er au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt) Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1er au 90e jour d'arrêt)	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	
MATERNITE	Arrêt ≤ 30 jours : 3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1) Arrêt > 30 jours : 0 jours 100% SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)	0 jour 100 % SB (du 1er au 45e jour d'arrêt) 75% SB (du 46e au 90e jour d'arrêt)	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	
	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	0 jour Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1er au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt) Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1er au 90e jour d'arrêt)	0 jour 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	

(1) Pour les Travaux Publics: application de 3 jours de carence si moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, sinon pas de carence.

(2) L'indemnisation débute au 1er jour qui suit le délai de carence applicable à l'ouvrier

SB : Salaire de base

* Les taux des garanties allant au-delà du conventionnel sont exprimés en taux additionnel, en complément du taux du niveau conventionnel. Les règles sociales s'appliquant à ce supplément de cotisation sont différentes de celles s'appliquant à la part conventionnelle.

Niveau de couverture à la Garantie Indemnités Journalières	Taux de la Garantie
Couverture conventionnelle (RNPO)	0,25%
Couverture conventionnelle (RNPO) + Couverture additionnelle	0,35%

Régime de Mensualisation - Collège ETAM
ANNEXES TARIFAIRES au 1er janvier 2013
Gamme

1 - Entreprises relevant du mode "direct" :

(cf. article 3 dans l'Annexe III de l'Accord collectif national du 13 décembre 1990)

En % de l'assiette des cotisations ARRCO	Option 1	Option 3	Option 5 Obligations conventionnelles
- Taux de Cotisation	0,75 %	1,27 %	1,60 %

2. Entreprises relevant du mode "déclaratif" :

Les taux de cotisation sont déterminés par les services gestionnaires de l'institution en divisant par 1,14 les taux figurant ci-dessus pour la garantie et pour l'option correspondantes.

Régime de Mensualisation - Collège CADRES
ANNEXES TARIFAIRES au 1er janvier 2013
Gamme

1. Entreprises relevant du "mode direct" :

(cf. article 4 du règlement des Régimes de prévoyance collectifs des Cadres)

En % de l'assiette de cotisation Arrco (TA, TB)	Option 1	Option 3	Option 5
Obligations conventionnelles			
- Taux de Cotisation	0,75 %	1,27 %	1,60 %

2. Entreprises relevant du mode "déclaratif" :

Les taux de cotisation sont déterminés par les services gestionnaires de l'institution en divisant par 1,14 les taux figurant ci-dessus pour la garantie et pour l'option correspondantes.

ANNEXE VIII

GARANTIES, TARIFS ET COASSURANCE

DU RÈGLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS ACTIFS

Le pilotage tarifaire des frais médicaux individuels actifs et retraités, suite à la mise en place de la semi modularité, est élaboré en deux temps :

1. En calculant une pondération entre le bloc Soins et le bloc Prothèses au sein de chaque « menu », c'est-à-dire de chaque option $S_x P_x$.

2. En définissant un coefficient de « majoration » ; cette majoration est appliquée pour chaque option du bloc Prothèses lorsque l'adhésion est de type $S_x P_x + 1$.

Les tarifs résultants figurent dans l'annexe tarifaire ci-après sous l'intitulé « Bloc prothèses niveau $x + 1$ majoré ».

Le pilotage du « tarif du conjoint » est élaboré en appliquant un coefficient couple au « tarif adhérent » suivant le découpage suivant :

(En pourcentage.)

	FUA - FUR	
	Niveaux I à III 2013	Niveaux III à VI 2013
Enfant de moins de 20 ans	190	190
De 21 ans à 50 ans	190	190
De 51 ans à 55 ans	185	185
56 ans	183	183
57 ans	181	182
58 ans	179	181
59 ans	177	181
A partir de 60 ans	175	180

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

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

Options de la Gamme nationale									
Soins - Hospitalisation		Part S.S.	S1	S2	S3	S3+	S4	S5	S6
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)		70%	100%	100%	100%	175%	300%	300%	400%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires		80%							
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers		60%				150%		300%	
Transports		65%					150%		
Soins externes		60 à 70%				100%	100%	100%	
Radiologie, actes techniques médicaux		70%							
Pharmacie		75%							
Actes médicaux supérieurs à 120 €		65% / 35%	100%						
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾		100 % - 1 forfait	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (2)		-	-	-	20,00 € / jour	45,00 € / jour	60,00 € / jour	75,00 € / 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.	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique									
Verres et montures									
- Pour l'adulte									
- Forfait annuel de base :			100%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€	100% + 300€
• Monture et / ou verres simples (3)(4)			100% + 30€	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100% + 250€	100% + 300€	100% + 350€	100% + 500€
• Monture et / ou verres progressifs (3)(4)(5)		60%	-	-	-	+ 50€	+ 125€	+ 150€	+ 250€
- Bonus responsable intermédiaire (4)			-	-	-	+ 100€	+ 250€	+ 300€	+ 500€
- Bonus responsable maximal (4)			-	-	-				
- Pour l'enfant									
Monture et / ou verres simples (3)			100% + 65€	100% + 65€	100% + 120€	100 % + 225 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €
Monture et / ou verres progressifs (3)(5)			100% + 125€	100% + 125€	100% + 200€	100 % + 350 €	100 % + 550 €	100 % + 650 €	100 % + 700 €
Lentilles remboursées par la S.S.		60%	200%	250%	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €
Lentilles refusées par la S.S. (6)		-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
Soins et prothèses dentaires									
- Soins dentaires (10)		70%	100%	100%	100%	100%	100%	300%	300%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. (10)		70%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	650%
- Implants (7)		-	-	-	-	-	400 €	450 €	500 €
- Orthodontie (10)		100%	175%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
Autres prothèses & divers									
- Prothèses auditives (9)		60%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	750%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses (10)			100%	250%					
- Ostéopathie (8)		-	-	-	-	-	-	-	-
- Cures thermales (8)		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) Les forfaits annuels de base et les bonus intermédiaires et maximaux sont octroyés suivant les modalités telles que définies

définies dans l'article 12.2 du présent règlement

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

(6) Forfait annuel maximal

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

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

séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

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

(10) Le cumul des prestations est plafonné par an et par bénéficiaire

suivant les modalités telles que définies dans l'article 12.3 du présent règlement.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
Gamme nationale

Les options de la Gamme Nationale de Frais Médicaux Individuels sont nécessairement composés d'un niveau de couverture de chacun des deux modules "Soins" et "Prothèses".
 Pour chaque niveau "S_x" du module "Soins", il est possible de souscrire un niveau "P_{x-1}", "P_x" ou "P_{x+1}" du module "Prothèses". Certaines combinaisons sont identifiées par des noms qui définissent les options souscrites par les adhérents. Il s'agit des combinaisons suivantes :

Bloc Soins	Bloc Prothèse	option
S2	P1	Base
S2	P2	Bien-être
S3	P3	Quiétude
S3+	P3+	Vitalité
S4	P4	Privilège
S5	P5	Expert
S6	P6	Excellence

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel Capital Décès ⁽¹⁰⁾	1 500,00 €
---	------------

"BTP Santé Plus"	Base	Niveau 1 (9)	Niveau 2 (9)
Services d'assistance ⁽¹⁾	Oui	Oui	Oui
Améliorations de prises en charge			
- Complément sur dépassements d'honoraires hospitaliers ^{(2) (3) (4)}	-	500 €	1 500 €
- Complément sur chambre particulière en cas d'hospitalisation ^{(3) (11)}	-	25 €	30 €
- Complément au plafond optique annuel par bénéficiaire ^{(3) (5)}	-	-	30 €
Prestations supplémentaires			
- Allocation obsèques ⁽⁶⁾	-	-	1 500 €
- Lit accompagnant pour hospitalisation d'un adhérent > 70 ans ⁽⁷⁾	-	20 €	20 €
- Allocation maternité ⁽⁸⁾	-	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)			

(1) Par exception, module directement intégré dans les combinaisons S5/P6 et S6/P6 (Excellence)

(2) En cas d'hospitalisation chirurgicale exclusivement

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

(4) Par hospitalisation

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

(6) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans au moment du décès

(7) Dans la limite de 7 jours par hospitalisation

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

(9) N'est plus commercialisé à partir du 01/01/2013

(10) Versé en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint en 2013 sans limite d'âge

(11) Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation

Zonage géographique

A	3, 12, 15, 18, 20, 22, 23, 28, 29, 35, 36, 37, 41, 43, 44, 45 46 48 49 50 53 56 58 61 63 71 72 73 85
D	1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 38, 39, 40, 42, 47, 51, 52, 55, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 84, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97
F	2, 30, 31, 34, 54, 57, 59, 62, 80, 83, 88, 6 & 13 niveau 1 et 2
G	6 & 13 niveau 3 à 6
Régime Alsace-Moselle (R. ALM)	57, 67, 68,

	Bloc Soins					
	Niveau 1					
	Régime Général					R. ALM
	A	D	F	G		
[moins : 25]	15,75 €	16,25 €	17,00 €	17,00 €		5,50 €
26	18,25 €	19,00 €	20,00 €	20,00 €		6,00 €
27	18,50 €	19,50 €	20,50 €	20,50 €		6,25 €
28	19,00 €	20,25 €	21,50 €	21,50 €		6,25 €
29	19,00 €	20,50 €	22,00 €	22,00 €		6,50 €
30	19,50 €	21,25 €	23,00 €	23,00 €		6,50 €
31	18,75 €	20,25 €	22,00 €	22,00 €		6,00 €
32	19,25 €	21,00 €	22,50 €	22,50 €		6,00 €
33 - 35	19,50 €	21,25 €	22,75 €	22,75 €		6,25 €
36	21,25 €	23,00 €	24,75 €	24,75 €		7,25 €
37 - 40	21,75 €	23,25 €	25,25 €	25,25 €		7,50 €
41 - 45	23,75 €	26,00 €	28,00 €	28,00 €		8,00 €
46 - 50	26,75 €	29,25 €	31,25 €	31,25 €		9,00 €
51 - 55	29,25 €	31,50 €	34,00 €	34,00 €		10,00 €
56	32,50 €	35,25 €	38,00 €	38,00 €		10,50 €
57	32,75 €	35,75 €	38,50 €	38,50 €		10,75 €
58	33,50 €	36,50 €	39,25 €	39,25 €		11,00 €
59	34,50 €	37,25 €	40,25 €	40,25 €		11,00 €
60	35,75 €	38,25 €	41,00 €	41,00 €		11,50 €
61	40,00 €	42,50 €	45,00 €	45,00 €		13,25 €
62	41,25 €	43,50 €	45,75 €	45,75 €		13,50 €
63	43,00 €	45,00 €	46,50 €	46,50 €		13,75 €
64	44,75 €	46,00 €	47,50 €	47,50 €		14,25 €
65	46,50 €	47,50 €	48,50 €	48,50 €		14,75 €
66	48,25 €	48,75 €	49,25 €	49,25 €		15,25 €
[67 : plus]	50,25 €	50,25 €	50,25 €	50,25 €		15,50 €
Adhésion entre 68 & 70 ans	55,28 €	55,28 €	55,28 €	55,28 €		17,05 €
Adhésion entre 71 & 75 ans	60,30 €	60,30 €	60,30 €	60,30 €		18,60 €

Bloc Prothèses						
Niveau 1						
Régime Général				R. ALM		
A	D	F	G			
1,99 €	2,25 €	2,26 €	2,26 €	1,75 €		
3,33 €	3,50 €	3,42 €	3,42 €	2,75 €		
3,33 €	3,50 €	3,68 €	3,68 €	2,75 €		
3,53 €	3,75 €	3,97 €	3,97 €	3,00 €		
3,75 €	4,00 €	4,25 €	4,25 €	3,00 €		
3,92 €	4,25 €	4,58 €	4,58 €	3,25 €		
5,59 €	6,25 €	6,66 €	6,66 €	4,00 €		
6,01 €	6,50 €	6,99 €	6,99 €	4,50 €		
6,22 €	6,75 €	7,28 €	7,28 €	4,50 €		
7,23 €	7,75 €	8,52 €	8,52 €	4,50 €		
7,19 €	8,00 €	8,56 €	8,56 €	4,75 €		
7,70 €	8,25 €	9,05 €	9,05 €	5,25 €		
8,38 €	9,00 €	9,87 €	9,87 €	5,75 €		
10,48 €	11,50 €	12,52 €	12,52 €	6,25 €		
9,74 €	10,50 €	11,51 €	11,51 €	7,50 €		
10,16 €	11,00 €	11,84 €	11,84 €	7,75 €		
10,54 €	11,50 €	12,46 €	12,46 €	8,00 €		
10,92 €	12,00 €	13,08 €	13,08 €	8,25 €		
10,86 €	11,75 €	12,64 €	12,64 €	8,25 €		
8,07 €	8,50 €	9,18 €	9,18 €	7,00 €		
8,53 €	9,00 €	9,48 €	9,48 €	7,25 €		
8,76 €	9,00 €	9,49 €	9,49 €	7,50 €		
9,03 €	9,25 €	9,48 €	9,48 €	7,50 €		
9,07 €	9,25 €	9,43 €	9,43 €	7,50 €		
9,40 €	9,50 €	9,61 €	9,61 €	7,50 €		
9,50 €	9,50 €	9,50 €	9,50 €	7,50 €		
10,45 €	10,45 €	10,45 €	10,45 €	8,25 €		
11,40 €	11,40 €	11,40 €	11,40 €	9,00 €		

Bloc Prothèses						
Niveau 2						
Régime Général						
A	D	F	G			
6,79 €	7,25 €	7,46 €	7,46 €	7,46 €		5,75 €
8,13 €	8,50 €	8,62 €	8,62 €	8,62 €		6,25 €
8,08 €	8,50 €	8,93 €	8,93 €	8,93 €		6,25 €
8,23 €	8,75 €	9,27 €	9,27 €	9,27 €		6,50 €
8,40 €	9,00 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €		6,50 €
8,52 €	9,25 €	9,98 €	9,98 €	9,98 €		6,75 €
10,19 €	11,25 €	12,06 €	12,06 €	12,06 €		7,50 €
10,61 €	11,50 €	12,39 €	12,39 €	12,39 €		7,75 €
11,83 €	11,75 €	12,68 €	12,68 €	12,68 €		7,75 €
11,83 €	12,75 €	13,92 €	13,92 €	13,92 €		9,00 €
11,79 €	13,00 €	13,96 €	13,96 €	13,96 €		9,25 €
13,22 €	14,25 €	15,53 €	15,53 €	15,53 €		10,25 €
14,82 €	16,00 €	17,43 €	17,43 €	17,43 €		11,25 €
16,00 €	17,50 €	19,00 €	19,00 €	19,00 €		12,25 €
18,02 €	19,50 €	21,23 €	21,23 €	21,23 €		13,50 €
18,44 €	20,00 €	21,56 €	21,56 €	21,56 €		13,75 €
18,82 €	20,50 €	22,18 €	22,18 €	22,18 €		14,00 €
19,20 €	21,00 €	22,80 €	22,80 €	22,80 €		14,25 €
20,16 €	21,75 €	23,34 €	23,34 €	23,34 €		14,75 €
17,94 €	19,00 €	20,31 €	20,31 €	20,31 €		14,00 €
18,50 €	19,50 €	20,50 €	20,50 €	20,50 €		14,25 €
19,32 €	20,00 €	20,93 €	20,93 €	20,93 €		14,50 €
20,18 €	20,75 €	21,32 €	21,32 €	21,32 €		15,00 €
20,83 €	21,25 €	21,67 €	21,67 €	21,67 €		15,50 €
21,77 €	22,00 €	22,23 €	22,23 €	22,23 €		16,00 €
22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €		16,50 €
24,75 €	24,75 €	24,75 €	24,75 €	24,75 €		18,15 €
27,00 €	27,00 €	27,00 €	27,00 €	27,00 €		19,80 €

Bloc Soins									
Niveau 2									
	Régime Général					R. ALM			
	A	D	F	G					
[moins : 25]	16,25 €	16,75 €	17,50 €	17,50 €		5,75 €			
26	18,75 €	19,50 €	20,50 €	20,50 €		6,25 €			
27	19,00 €	20,00 €	21,00 €	21,00 €		6,50 €			
28	19,50 €	20,75 €	22,00 €	22,00 €		6,50 €			
29	19,50 €	21,00 €	22,50 €	22,50 €		6,75 €			
30	20,00 €	21,75 €	23,50 €	23,50 €		6,75 €			
31	19,25 €	20,75 €	22,50 €	22,50 €		6,25 €			
32	19,75 €	21,50 €	23,25 €	23,25 €		6,25 €			
33 - 35	20,00 €	21,75 €	23,50 €	23,50 €		6,50 €			
36	21,75 €	23,75 €	25,50 €	25,50 €		7,50 €			
37 - 40	22,25 €	24,00 €	26,00 €	26,00 €		7,75 €			
41 - 45	24,50 €	26,75 €	28,75 €	28,75 €		8,25 €			
46 - 50	27,50 €	30,00 €	32,25 €	32,25 €		9,25 €			
51 - 55	30,00 €	32,50 €	35,00 €	35,00 €		10,25 €			
56	33,50 €	36,50 €	39,25 €	39,25 €		11,00 €			
57	34,00 €	37,00 €	40,00 €	40,00 €		11,25 €			
58	35,00 €	38,00 €	41,00 €	41,00 €		11,50 €			
59	36,00 €	39,00 €	42,00 €	42,00 €		11,75 €			
60	37,50 €	40,25 €	43,00 €	43,00 €		12,25 €			
61	41,75 €	44,50 €	47,00 €	47,00 €		14,00 €			
62	43,25 €	45,50 €	47,75 €	47,75 €		14,25 €			
63	45,00 €	47,00 €	48,75 €	48,75 €		14,50 €			
64	46,75 €	48,25 €	49,75 €	49,75 €		15,00 €			
65	48,75 €	49,75 €	50,75 €	50,75 €		15,50 €			
66	50,50 €	51,00 €	51,50 €	51,50 €		16,00 €			
[67 : plus]	52,50 €	52,50 €	52,50 €	52,50 €		16,50 €			
Adhésion entre 68 & 70 ans	57,75 €	57,75 €	57,75 €	57,75 €		18,15 €			
Adhésion entre 71 & 75 ans	63,00 €	63,00 €	63,00 €	63,00 €		19,80 €			

Bloc Prothèses									
Niveau 2									
	Régime Général					R. ALM			
	A	D	F	G					
	6,79 €	7,25 €	7,46 €	7,46 €		5,75 €			
	8,13 €	8,50 €	8,62 €	8,62 €		6,25 €			
	8,08 €	8,50 €	8,93 €	8,93 €		6,25 €			
	8,23 €	8,75 €	9,27 €	9,27 €		6,50 €			
	8,40 €	9,00 €	9,60 €	9,60 €		6,50 €			
	8,52 €	9,25 €	9,98 €	9,98 €		6,75 €			
	10,19 €	11,25 €	12,06 €	12,06 €		7,50 €			
	10,61 €	11,50 €	12,39 €	12,39 €		7,75 €			
	10,82 €	11,75 €	12,68 €	12,68 €		7,75 €			
	11,83 €	12,75 €	13,92 €	13,92 €		9,00 €			
	11,79 €	13,00 €	13,96 €	13,96 €		9,25 €			
	13,22 €	14,25 €	15,53 €	15,53 €		10,25 €			
	14,82 €	16,00 €	17,43 €	17,43 €		11,25 €			
	16,00 €	17,50 €	19,00 €	19,00 €		12,25 €			
	18,02 €	19,50 €	21,23 €	21,23 €		13,50 €			
	18,44 €	20,00 €	21,56 €	21,56 €		13,75 €			
	18,82 €	20,50 €	22,18 €	22,18 €		14,00 €			
	19,20 €	21,00 €	22,80 €	22,80 €		14,25 €			
	20,16 €	21,75 €	23,34 €	23,34 €		14,75 €			
	17,94 €	19,00 €	20,31 €	20,31 €		14,00 €			
	18,50 €	19,50 €	20,50 €	20,50 €		14,25 €			
	19,32 €	20,00 €	20,93 €	20,93 €		14,50 €			
	20,18 €	20,75 €	21,32 €	21,32 €		15,00 €			
	20,83 €	21,25 €	21,67 €	21,67 €		15,50 €			
	21,77 €	22,00 €	22,23 €	22,23 €		16,00 €			
	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €		16,50 €			
	24,75 €	24,75 €	24,75 €	24,75 €		18,15 €			
	27,00 €	27,00 €	27,00 €	27,00 €		19,80 €			

Bloc Prothèses									
Niveau 3 "majoré"									
	Régime Général					R. ALM			
	A	D	F	G					
	10,25 €	10,75 €	11,25 €	11,75 €		9,00 €			
	12,25 €	12,50 €	13,00 €	13,75 €		10,25 €			
	12,25 €	13,00 €	13,75 €	14,25 €		10,50 €			
	12,75 €	13,50 €	14,25 €	14,75 €		10,75 €			
	12,75 €	13,75 €	14,50 €	15,50 €		11,00 €			
	13,00 €	14,25 €	15,00 €	16,25 €		11,50 €			
	15,25 €	16,50 €	17,75 €	19,25 €		13,25 €			
	15,50 €	17,00 €	18,25 €	19,75 €		13,75 €			
	15,75 €	17,25 €	18,75 €	20,00 €		14,00 €			
	17,25 €	19,00 €	20,50 €	22,00 €		15,50 €			
	19,25 €	21,00 €	22,75 €	24,25 €		17,50 €			
	21,50 €	23,50 €	25,25 €	27,25 €		19,00 €			
	23,75 €	25,75 €	27,75 €	30,00 €		20,75 €			
	26,00 €	28,25 €	30,50 €	32,75 €		22,00 €			
	26,75 €	28,75 €	31,25 €	33,25 €		22,50 €			
	27,00 €	29,25 €	32,00 €	33,50 €		22,75 €			
	27,75 €	30,25 €	32,50 €	33,75 €		23,00 €			
	28,50 €	30,75 €	33,00 €	33,75 €		23,25 €			
	26,75 €	27,75 €	29,50 €	30,25 €		21,75 €			
	26,75 €	28,25 €	29,75 €	30,50 €		22,00 €			
	27,50 €	28,75 €	30,00 €	30,75 €		22,50 €			
	28,50 €	29,50 €	30,25 €	30,75 €		23,00 €			
	29,75 €	30,50 €	30,75 €	31,25 €		23,50 €			
	30,75 €	31,00 €	31,25 €	31,50 €		24,00 €			
	32,00 €	32,00 €	32,00 €	32,00 €		24,50 €			
	35,20 €	35,20 €	35,20 €	35,20 €		26,95 €			
	38,40 €	38,40 €	38,40 €	38,40 €		29,40 €			

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013
Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾
Gamme Nationale

Bloc Soins									
Niveau 3									
	Régime Général						R. ALM		
	A	D	F	G					
[moins : 25]	18,75 €	19,50 €	20,25 €	21,00 €	8,75 €				
26	21,75 €	22,75 €	23,75 €	24,50 €	10,00 €				
27	22,25 €	23,50 €	24,50 €	25,75 €	10,25 €				
28	22,50 €	24,00 €	25,50 €	27,00 €	10,50 €				
29	23,00 €	24,75 €	26,50 €	28,25 €	11,00 €				
30	23,25 €	25,25 €	27,50 €	29,50 €	11,25 €				
31	22,00 €	24,00 €	26,00 €	27,75 €	10,50 €				
32	22,75 €	24,50 €	26,50 €	28,50 €	10,75 €				
33 - 35	23,25 €	25,25 €	27,25 €	29,25 €	11,00 €				
36	24,75 €	27,00 €	29,25 €	31,25 €	12,25 €				
37 - 40	25,50 €	27,50 €	29,75 €	33,00 €	12,50 €				
41 - 45	28,25 €	30,50 €	33,00 €	35,50 €	14,00 €				
46 - 50	31,50 €	34,25 €	37,00 €	39,75 €	15,50 €				
51 - 55	35,00 €	38,00 €	41,00 €	44,00 €	16,75 €				
56	38,25 €	41,50 €	45,00 €	48,25 €	17,75 €				
57	39,00 €	42,50 €	45,75 €	48,75 €	17,75 €				
58	40,00 €	43,50 €	46,75 €	49,25 €	18,00 €				
59	40,75 €	44,25 €	47,75 €	49,50 €	18,25 €				
60	42,00 €	45,25 €	48,25 €	50,00 €	18,50 €				
61	47,00 €	50,00 €	53,00 €	54,50 €	21,00 €				
62	48,50 €	51,00 €	53,50 €	54,75 €	21,25 €				
63	50,00 €	52,00 €	54,00 €	55,00 €	21,75 €				
64	51,75 €	53,25 €	55,00 €	55,75 €	22,25 €				
65	53,50 €	54,50 €	55,75 €	56,25 €	22,75 €				
66	55,25 €	56,00 €	56,75 €	56,75 €	23,25 €				
[67 : plus]	57,50 €	57,50 €	57,50 €	57,50 €	23,75 €				
Adhésion entre 68 & 70 ans	63,25 €	63,25 €	63,25 €	63,25 €	26,13 €				
Adhésion entre 71 & 75 ans	69,00 €	69,00 €	69,00 €	69,00 €	28,50 €				

Bloc Prothèses									
Niveau 3									
	Régime Général						R. ALM		
	A	D	F	G					
	10,05 €	10,50 €	10,95 €	11,40 €	8,75 €				
	11,85 €	12,25 €	12,65 €	13,30 €	10,00 €				
	11,95 €	12,50 €	13,30 €	13,85 €	10,25 €				
	12,28 €	13,00 €	13,72 €	14,44 €	10,50 €				
	12,34 €	13,25 €	14,16 €	15,07 €	10,75 €				
	12,63 €	13,75 €	14,62 €	15,74 €	11,25 €				
	14,80 €	16,00 €	17,20 €	18,65 €	12,75 €				
	14,97 €	16,50 €	17,78 €	19,08 €	13,25 €				
	15,39 €	16,75 €	18,11 €	19,47 €	13,50 €				
	16,65 €	18,00 €	19,35 €	20,95 €	14,75 €				
	16,82 €	18,50 €	19,93 €	21,36 €	15,00 €				
	18,67 €	20,50 €	22,08 €	23,66 €	17,00 €				
	20,94 €	22,75 €	24,56 €	26,37 €	18,50 €				
	22,96 €	25,00 €	27,04 €	29,08 €	20,25 €				
	25,23 €	27,50 €	29,52 €	31,79 €	21,25 €				
	26,24 €	28,50 €	30,39 €	32,32 €	21,75 €				
	26,87 €	29,25 €	31,63 €	32,82 €	22,25 €				
	27,75 €	29,75 €	32,00 €	32,87 €	22,50 €				
	25,38 €	27,00 €	28,62 €	29,43 €	21,00 €				
	26,80 €	28,00 €	29,20 €	29,84 €	21,25 €				
	27,79 €	28,75 €	29,46 €	29,94 €	21,75 €				
	28,82 €	29,50 €	29,93 €	30,27 €	22,25 €				
	29,89 €	30,00 €	30,36 €	30,54 €	23,25 €				
	31,00 €	31,00 €	31,00 €	31,00 €	23,75 €				
	34,10 €	34,10 €	34,10 €	34,10 €	26,13 €				
	37,20 €	37,20 €	37,20 €	37,20 €	28,50 €				

Bloc Prothèses									
Niveau 3+ "majoré"									
	Régime Général						R. ALM		
	A	D	F	G					
	21,00 €	22,00 €	22,50 €	24,50 €	18,00 €				
	25,00 €	26,00 €	27,00 €	29,00 €	21,75 €				
	25,25 €	26,50 €	28,00 €	31,00 €	22,25 €				
	25,75 €	27,25 €	29,00 €	32,50 €	22,75 €				
	26,00 €	28,00 €	30,00 €	34,25 €	23,25 €				
	26,50 €	28,75 €	31,00 €	35,75 €	23,75 €				
	28,75 €	31,50 €	33,75 €	39,25 €	25,50 €				
	29,50 €	32,25 €	34,75 €	40,50 €	26,00 €				
	30,75 €	33,25 €	36,00 €	41,50 €	26,50 €				
	33,75 €	36,50 €	39,75 €	45,75 €	29,00 €				
	34,50 €	37,50 €	40,50 €	47,00 €	30,25 €				
	38,25 €	41,50 €	44,75 €	52,00 €	33,75 €				
	41,75 €	45,50 €	49,00 €	57,00 €	36,75 €				
	44,75 €	48,50 €	52,25 €	60,50 €	38,25 €				
	46,25 €	50,50 €	54,25 €	62,50 €	40,00 €				
	47,00 €	51,25 €	55,25 €	62,75 €	40,25 €				
	47,75 €	51,75 €	56,00 €	63,25 €	40,75 €				
	48,25 €	52,50 €	56,75 €	63,00 €	41,50 €				
	49,50 €	53,25 €	57,00 €	63,25 €	41,75 €				
	48,25 €	51,50 €	54,50 €	60,00 €	40,25 €				
	49,75 €	52,25 €	55,00 €	60,75 €	40,75 €				
	51,25 €	53,25 €	55,50 €	60,75 €	41,50 €				
	52,50 €	54,25 €	56,00 €	61,00 €	42,00 €				
	54,00 €	55,00 €	56,25 €	61,00 €	42,50 €				
	55,50 €	56,00 €	56,25 €	61,25 €	43,00 €				
	56,75 €	56,75 €	56,75 €	61,00 €	43,50 €				
	62,43 €	62,43 €	62,43 €	67,10 €	47,85 €				
	68,10 €	68,10 €	68,10 €	73,20 €	52,20 €				

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
 ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013
 Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾
 Gamme Nationale

Bloc Soins						
Niveau 3+						
Régime Général						
A	D	F	G	R. ALM		
[moins : 26]	24,75 €	27,00 €	29,00 €	14,50 €		
26	29,50 €	30,75 €	34,75 €	17,00 €		
27	30,00 €	31,75 €	36,50 €	17,50 €		
28	30,50 €	32,50 €	38,50 €	18,00 €		
29	31,00 €	33,25 €	40,50 €	18,50 €		
30	31,25 €	34,00 €	42,75 €	19,00 €		
31	31,00 €	33,50 €	42,00 €	18,25 €		
32	32,00 €	34,75 €	43,25 €	18,75 €		
33 - 35	32,75 €	35,75 €	44,75 €	19,25 €		
36	36,25 €	39,50 €	49,25 €	20,75 €		
37 - 40	37,25 €	40,50 €	50,50 €	21,75 €		
41 - 45	41,00 €	44,75 €	55,75 €	24,25 €		
46 - 50	45,00 €	48,75 €	61,00 €	26,25 €		
51 - 55	47,75 €	52,00 €	65,00 €	27,75 €		
56	49,75 €	54,00 €	67,00 €	28,75 €		
57	50,50 €	54,75 €	67,50 €	29,00 €		
58	51,25 €	55,75 €	67,50 €	29,00 €		
59	52,00 €	56,50 €	67,75 €	29,75 €		
60	53,25 €	57,25 €	67,75 €	30,00 €		
61	57,50 €	61,00 €	71,50 €	32,00 €		
62	59,00 €	62,25 €	71,75 €	32,50 €		
63	60,75 €	63,25 €	72,00 €	32,75 €		
64	62,50 €	64,25 €	72,50 €	33,25 €		
65	64,25 €	65,50 €	72,75 €	33,75 €		
66	65,50 €	66,25 €	72,50 €	34,25 €		
[67 : plus]	67,00 €	67,00 €	72,50 €	34,75 €		
Adhésion entre 68 & 70 ans	73,70 €	73,70 €	79,75 €	38,23 €		
Adhésion entre 71 & 75 ans	80,40 €	80,40 €	87,00 €	41,70 €		

Bloc Prothèses						
Niveau 3+						
Régime Général						
A	D	F	G	R. ALM		
20,37 €	21,25 €	21,88 €	23,88 €	17,50 €		
24,26 €	25,25 €	26,24 €	28,25 €	21,00 €		
24,63 €	25,75 €	27,13 €	29,98 €	21,50 €		
24,96 €	26,50 €	28,04 €	31,56 €	22,00 €		
25,27 €	27,25 €	29,24 €	33,23 €	22,50 €		
25,79 €	28,00 €	30,21 €	34,75 €	23,00 €		
27,88 €	30,50 €	32,87 €	38,00 €	24,75 €		
28,72 €	31,25 €	33,78 €	39,25 €	25,25 €		
29,81 €	32,25 €	34,94 €	40,25 €	25,75 €		
32,75 €	35,50 €	38,50 €	44,50 €	28,25 €		
33,59 €	36,50 €	39,41 €	45,75 €	29,25 €		
37,20 €	40,25 €	43,55 €	50,50 €	32,75 €		
40,56 €	44,25 €	47,69 €	55,25 €	35,75 €		
43,33 €	47,00 €	50,67 €	58,75 €	37,25 €		
45,01 €	49,00 €	52,74 €	60,72 €	38,75 €		
45,64 €	49,75 €	53,61 €	61,03 €	39,00 €		
46,27 €	50,25 €	54,48 €	61,29 €	39,50 €		
46,90 €	51,00 €	55,10 €	61,25 €	40,25 €		
48,12 €	51,75 €	55,38 €	61,41 €	40,50 €		
46,84 €	50,00 €	52,91 €	58,37 €	39,00 €		
48,35 €	50,75 €	53,40 €	58,77 €	39,50 €		
49,65 €	51,75 €	53,85 €	59,10 €	40,25 €		
50,99 €	52,75 €	54,26 €	59,13 €	40,75 €		
52,37 €	53,50 €	54,63 €	59,34 €	41,25 €		
53,80 €	54,25 €	54,71 €	59,45 €	41,75 €		
55,00 €	55,00 €	55,00 €	59,26 €	42,25 €		
60,50 €	60,50 €	60,50 €	65,19 €	46,48 €		
66,00 €	66,00 €	66,00 €	71,11 €	50,70 €		

Bloc Prothèses						
Niveau 4 "majoré"						
Régime Général						
A	D	F	G	R. ALM		
27,50 €	28,75 €	30,00 €	32,50 €	23,25 €		
32,50 €	34,00 €	35,50 €	38,00 €	27,50 €		
33,75 €	35,50 €	37,25 €	41,00 €	28,25 €		
35,00 €	37,00 €	39,25 €	44,00 €	29,00 €		
35,75 €	38,75 €	41,25 €	47,00 €	30,25 €		
36,75 €	40,25 €	43,50 €	50,25 €	31,00 €		
40,25 €	43,75 €	47,25 €	54,75 €	33,25 €		
41,25 €	44,75 €	48,50 €	56,25 €	34,00 €		
42,00 €	45,50 €	49,50 €	57,00 €	34,75 €		
46,25 €	50,25 €	54,25 €	62,75 €	39,50 €		
47,75 €	52,00 €	56,00 €	65,00 €	40,75 €		
51,75 €	56,25 €	60,75 €	70,25 €	45,00 €		
56,00 €	61,00 €	66,00 €	76,50 €	49,25 €		
60,00 €	65,50 €	70,75 €	82,00 €	53,75 €		
62,00 €	67,50 €	72,75 €	83,75 €	57,00 €		
63,25 €	68,75 €	74,00 €	84,50 €	57,50 €		
64,25 €	69,75 €	75,25 €	84,75 €	58,00 €		
65,25 €	70,75 €	76,50 €	85,00 €	58,75 €		
67,00 €	71,75 €	77,00 €	85,25 €	59,25 €		
65,25 €	69,50 €	73,75 €	81,25 €	57,25 €		
67,00 €	70,50 €	74,00 €	81,50 €	57,75 €		
68,75 €	71,50 €	74,50 €	81,50 €	58,75 €		
70,25 €	72,50 €	75,00 €	81,75 €	59,50 €		
72,25 €	73,75 €	75,00 €	81,75 €	60,25 €		
74,25 €	75,00 €	75,00 €	82,00 €	61,25 €		
76,25 €	76,25 €	76,25 €	82,25 €	62,25 €		
83,88 €	83,88 €	83,88 €	90,48 €	68,48 €		
91,50 €	91,50 €	91,50 €	98,70 €	74,70 €		

Bloc Soins											
Niveau 4											
	Régime Général					R. ALM	Régime Général				
	A	D	F	G			A	D	F	G	
[moins : 25]	27,00 €	28,00 €	29,00 €	31,50 €		18,50 €	26,76 €	28,00 €	29,24 €	31,50 €	22,50 €
26	31,75 €	33,00 €	34,25 €	37,25 €		21,75 €	31,61 €	33,00 €	34,39 €	37,00 €	26,75 €
27	32,75 €	34,50 €	36,25 €	40,00 €		22,50 €	32,80 €	34,50 €	36,20 €	39,78 €	27,50 €
28	33,75 €	36,00 €	38,25 €	42,75 €		23,25 €	33,93 €	36,00 €	38,07 €	42,75 €	28,25 €
29	35,00 €	37,50 €	40,25 €	45,75 €		23,75 €	34,75 €	37,50 €	40,00 €	45,66 €	29,25 €
30	36,00 €	39,00 €	42,00 €	48,75 €		24,50 €	35,76 €	39,00 €	42,24 €	48,75 €	30,00 €
31	35,50 €	38,50 €	41,50 €	48,00 €		23,75 €	39,02 €	42,50 €	45,98 €	53,25 €	32,25 €
32	36,25 €	39,50 €	42,50 €	49,25 €		24,50 €	40,11 €	43,50 €	47,14 €	54,50 €	33,00 €
33 - 35	37,00 €	40,25 €	43,25 €	50,25 €		24,75 €	40,74 €	44,25 €	48,01 €	55,38 €	33,75 €
36	40,75 €	44,25 €	47,75 €	55,25 €		28,25 €	44,81 €	48,75 €	52,69 €	61,00 €	38,25 €
37 - 40	42,00 €	45,50 €	49,25 €	57,00 €		29,00 €	46,32 €	50,50 €	54,43 €	63,00 €	39,50 €
41 - 45	45,50 €	49,50 €	53,25 €	61,75 €		32,25 €	50,18 €	54,50 €	59,07 €	68,25 €	43,75 €
46 - 50	49,50 €	53,75 €	58,00 €	67,00 €		35,25 €	54,46 €	59,25 €	64,04 €	74,25 €	47,75 €
51 - 55	53,00 €	57,50 €	62,00 €	71,75 €		40,75 €	58,32 €	63,50 €	68,68 €	79,50 €	52,25 €
56	54,75 €	59,50 €	64,25 €	73,75 €		41,75 €	60,25 €	65,50 €	70,75 €	81,25 €	55,25 €
57	55,50 €	60,25 €	65,25 €	74,25 €		41,25 €	61,34 €	66,75 €	71,91 €	81,96 €	55,75 €
58	56,25 €	61,25 €	66,25 €	74,50 €		41,75 €	62,43 €	67,75 €	73,07 €	82,23 €	56,25 €
59	57,25 €	62,25 €	67,25 €	74,75 €		42,00 €	63,27 €	68,75 €	74,23 €	82,45 €	57,00 €
60	58,75 €	63,25 €	67,50 €	74,75 €		42,50 €	64,94 €	69,75 €	74,81 €	82,85 €	57,50 €
61	63,50 €	67,50 €	71,50 €	79,00 €		45,50 €	63,40 €	67,50 €	71,60 €	78,95 €	55,50 €
62	65,00 €	68,50 €	72,00 €	79,00 €		46,00 €	65,15 €	68,50 €	71,85 €	79,24 €	56,00 €
63	66,75 €	69,50 €	72,25 €	79,25 €		46,50 €	66,69 €	69,50 €	72,31 €	79,21 €	57,00 €
64	68,50 €	70,50 €	72,50 €	79,25 €		47,25 €	68,27 €	70,50 €	72,73 €	79,38 €	57,75 €
65	70,00 €	71,50 €	73,00 €	79,25 €		48,00 €	70,14 €	71,50 €	72,88 €	79,48 €	58,50 €
66	72,00 €	72,75 €	73,50 €	79,75 €		48,50 €	72,05 €	72,75 €	73,46 €	79,57 €	59,50 €
[67 : plus]	74,00 €	74,00 €	74,00 €	80,00 €		49,50 €	74,00 €	74,00 €	74,00 €	79,84 €	60,50 €
Adhésion entre 68 & 70 ans	81,40 €	81,40 €	81,40 €	88,00 €		54,45 €	81,40 €	81,40 €	81,40 €	87,82 €	66,55 €
Adhésion entre 71 & 75 ans	88,80 €	88,80 €	88,80 €	96,00 €		59,40 €	88,80 €	88,80 €	88,80 €	95,81 €	72,60 €

Bloc Prothèses											
Niveau 5 "majoré"											
	Régime Général					R. ALM	Régime Général				
	A	D	F	G			A	D	F	G	
	49,75 €	52,00 €	54,00 €	58,50 €		38,25 €	49,75 €	52,00 €	54,00 €	58,50 €	38,25 €
	57,00 €	59,25 €	61,75 €	66,75 €		43,25 €	57,00 €	59,25 €	61,75 €	66,75 €	43,25 €
	58,25 €	61,25 €	64,25 €	70,75 €		44,50 €	58,25 €	61,25 €	64,25 €	70,75 €	44,50 €
	59,25 €	63,00 €	66,75 €	74,75 €		45,75 €	59,25 €	63,00 €	66,75 €	74,75 €	45,75 €
	60,50 €	65,00 €	69,25 €	79,00 €		46,75 €	60,50 €	65,00 €	69,25 €	79,00 €	46,75 €
	61,50 €	66,75 €	72,00 €	83,50 €		48,25 €	61,50 €	66,75 €	72,00 €	83,50 €	48,25 €
	63,25 €	68,50 €	74,00 €	85,75 €		49,50 €	63,25 €	68,50 €	74,00 €	85,75 €	49,50 €
	64,75 €	70,50 €	76,00 €	88,00 €		50,75 €	64,75 €	70,50 €	76,00 €	88,00 €	50,75 €
	66,50 €	72,25 €	78,25 €	90,50 €		52,00 €	66,50 €	72,25 €	78,25 €	90,50 €	52,00 €
	74,00 €	80,25 €	86,75 €	100,50 €		59,25 €	74,00 €	80,25 €	86,75 €	100,50 €	59,25 €
	75,50 €	82,25 €	88,75 €	102,75 €		60,50 €	75,50 €	82,25 €	88,75 €	102,75 €	60,50 €
	83,75 €	91,00 €	98,00 €	113,50 €		66,25 €	83,75 €	91,00 €	98,00 €	113,50 €	66,25 €
	87,25 €	94,75 €	102,25 €	118,50 €		71,00 €	87,25 €	94,75 €	102,25 €	118,50 €	71,00 €
	95,25 €	103,50 €	112,00 €	129,50 €		79,25 €	95,25 €	103,50 €	112,00 €	129,50 €	79,25 €
	97,50 €	106,00 €	114,50 €	131,50 €		82,50 €	97,50 €	106,00 €	114,50 €	131,50 €	82,50 €
	98,75 €	107,00 €	115,75 €	132,00 €		83,50 €	98,75 €	107,00 €	115,75 €	132,00 €	83,50 €
	99,75 €	108,50 €	117,00 €	131,75 €		84,75 €	99,75 €	108,50 €	117,00 €	131,75 €	84,75 €
	101,00 €	109,50 €	118,25 €	131,50 €		85,75 €	101,00 €	109,50 €	118,25 €	131,50 €	85,75 €
	103,00 €	110,75 €	118,50 €	131,25 €		87,00 €	103,00 €	110,75 €	118,50 €	131,25 €	87,00 €
	101,25 €	107,75 €	114,00 €	126,00 €		84,50 €	101,25 €	107,75 €	114,00 €	126,00 €	84,50 €
	105,50 €	110,00 €	114,25 €	125,75 €		85,50 €	105,50 €	110,00 €	114,25 €	125,75 €	85,50 €
	107,75 €	111,00 €	114,50 €	125,00 €		87,75 €	107,75 €	111,00 €	114,50 €	125,00 €	87,75 €
	110,50 €	112,75 €	115,00 €	125,00 €		88,75 €	110,50 €	112,75 €	115,00 €	125,00 €	88,75 €
	113,25 €	114,25 €	115,75 €	125,25 €		90,75 €	113,25 €	114,25 €	115,75 €	125,25 €	90,75 €
	116,25 €	116,25 €	116,25 €	125,25 €		92,50 €	116,25 €	116,25 €	116,25 €	125,25 €	92,50 €
	127,88 €	127,88 €	127,88 €	137,78 €		101,75 €	127,88 €	127,88 €	127,88 €	137,78 €	101,75 €
	139,50 €	139,50 €	139,50 €	150,30 €		111,00 €	139,50 €	139,50 €	139,50 €	150,30 €	111,00 €

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
 ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013
 Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾
 Gamme Nationale

Bloc Soins											
Niveau 5											
Régime Général											
A	D	F	G	R. ALM							
[moins : 25]	32,25 €	33,50 €	35,00 €	37,75 €	24,75 €	37,75 €	35,00 €	37,75 €	24,75 €	37,75 €	35,00 €
26	36,75 €	38,50 €	40,00 €	43,25 €	28,00 €	43,25 €	40,00 €	43,25 €	28,00 €	43,25 €	40,00 €
27	37,50 €	39,50 €	41,50 €	45,75 €	28,75 €	45,75 €	41,50 €	45,75 €	28,75 €	45,75 €	41,50 €
28	38,25 €	40,75 €	43,25 €	48,50 €	29,50 €	48,50 €	43,25 €	48,50 €	29,50 €	48,50 €	43,25 €
29	39,00 €	42,00 €	45,00 €	51,25 €	30,50 €	51,25 €	45,00 €	51,25 €	30,50 €	51,25 €	45,00 €
30	39,75 €	43,25 €	46,75 €	54,00 €	31,25 €	54,00 €	46,75 €	54,00 €	31,25 €	54,00 €	46,75 €
31	40,75 €	44,50 €	48,00 €	55,50 €	32,00 €	55,50 €	48,00 €	55,50 €	32,00 €	55,50 €	48,00 €
32	42,00 €	45,50 €	49,25 €	57,00 €	32,75 €	57,00 €	49,25 €	57,00 €	32,75 €	57,00 €	49,25 €
33 - 35	43,00 €	46,75 €	50,50 €	58,50 €	33,50 €	58,50 €	50,50 €	58,50 €	33,50 €	58,50 €	50,50 €
36	47,75 €	52,00 €	56,25 €	65,00 €	38,50 €	65,00 €	56,25 €	65,00 €	38,50 €	65,00 €	56,25 €
37 - 40	49,00 €	53,25 €	57,50 €	66,50 €	39,25 €	66,50 €	57,50 €	66,50 €	39,25 €	66,50 €	57,50 €
41 - 45	54,00 €	58,75 €	63,50 €	73,50 €	42,75 €	73,50 €	63,50 €	73,50 €	42,75 €	73,50 €	63,50 €
46 - 50	62,50 €	68,00 €	73,50 €	85,00 €	51,00 €	85,00 €	73,50 €	85,00 €	51,00 €	85,00 €	73,50 €
51 - 55	68,50 €	74,50 €	80,25 €	93,00 €	57,00 €	93,00 €	80,25 €	93,00 €	57,00 €	93,00 €	80,25 €
56	70,00 €	76,00 €	82,25 €	94,25 €	59,00 €	94,25 €	82,25 €	94,25 €	59,00 €	94,25 €	82,25 €
57	70,75 €	77,00 €	83,00 €	94,50 €	60,00 €	94,50 €	83,00 €	94,50 €	60,00 €	94,50 €	83,00 €
58	71,50 €	77,75 €	84,00 €	94,50 €	60,75 €	94,50 €	84,00 €	94,50 €	60,75 €	94,50 €	84,00 €
59	72,25 €	78,75 €	85,00 €	94,25 €	61,75 €	94,25 €	85,00 €	94,25 €	61,75 €	94,25 €	85,00 €
60	74,00 €	79,50 €	85,00 €	94,25 €	62,50 €	94,25 €	85,00 €	94,25 €	62,50 €	94,25 €	85,00 €
61	80,25 €	85,50 €	90,75 €	100,00 €	67,00 €	100,00 €	90,75 €	100,00 €	67,00 €	100,00 €	90,75 €
62	82,00 €	86,50 €	90,75 €	99,75 €	68,00 €	99,75 €	90,75 €	99,75 €	68,00 €	99,75 €	90,75 €
63	83,75 €	87,25 €	90,75 €	99,50 €	68,75 €	99,50 €	90,75 €	99,50 €	68,75 €	99,50 €	90,75 €
64	85,50 €	88,25 €	90,75 €	99,25 €	69,75 €	99,25 €	90,75 €	99,25 €	69,75 €	99,25 €	90,75 €
65	87,75 €	89,50 €	91,25 €	99,50 €	70,75 €	99,50 €	91,25 €	99,50 €	70,75 €	99,50 €	91,25 €
66	90,00 €	91,00 €	91,75 €	99,50 €	72,00 €	99,50 €	91,75 €	99,50 €	72,00 €	99,50 €	91,75 €
[67 : plus]	92,25 €	92,25 €	92,25 €	99,75 €	73,25 €	99,75 €	92,25 €	99,75 €	73,25 €	99,75 €	92,25 €
Adhésion entre 68 & 70 ans	101,48 €	101,48 €	101,48 €	109,73 €	80,58 €	109,73 €	101,48 €	109,73 €	80,58 €	109,73 €	101,48 €
Adhésion entre 71 & 75 ans	110,70 €	110,70 €	110,70 €	119,70 €	87,90 €	119,70 €	110,70 €	119,70 €	87,90 €	119,70 €	110,70 €

Bloc Prothèses											
Niveau 5											
Régime Général											
A	D	F	G	R. ALM							
48,39 €	50,50 €	52,36 €	56,75 €	37,25 €	56,75 €	52,36 €	50,50 €	56,75 €	37,25 €	56,75 €	52,36 €
55,41 €	57,50 €	59,84 €	64,75 €	42,00 €	64,75 €	59,84 €	57,50 €	64,75 €	42,00 €	64,75 €	59,84 €
56,55 €	59,50 €	62,45 €	68,72 €	43,25 €	68,72 €	62,45 €	59,50 €	68,72 €	43,25 €	68,72 €	62,45 €
57,63 €	61,25 €	64,87 €	72,63 €	44,50 €	72,63 €	64,87 €	61,25 €	72,63 €	44,50 €	72,63 €	64,87 €
58,65 €	63,00 €	67,35 €	76,72 €	45,50 €	76,72 €	67,35 €	63,00 €	76,72 €	45,50 €	76,72 €	67,35 €
59,61 €	64,75 €	69,89 €	81,00 €	46,75 €	81,00 €	69,89 €	64,75 €	81,00 €	46,75 €	81,00 €	69,89 €
61,37 €	66,50 €	71,88 €	83,25 €	48,00 €	83,25 €	71,88 €	66,50 €	83,25 €	48,00 €	83,25 €	71,88 €
62,88 €	68,50 €	73,87 €	85,50 €	49,25 €	85,50 €	73,87 €	68,50 €	85,50 €	49,25 €	85,50 €	73,87 €
64,64 €	70,25 €	75,86 €	87,75 €	50,50 €	87,75 €	75,86 €	70,25 €	87,75 €	50,50 €	87,75 €	75,86 €
71,85 €	78,00 €	84,15 €	97,50 €	57,50 €	97,50 €	84,15 €	78,00 €	97,50 €	57,50 €	97,50 €	84,15 €
73,38 €	79,75 €	86,14 €	99,75 €	58,75 €	99,75 €	86,14 €	79,75 €	99,75 €	58,75 €	99,75 €	86,14 €
81,24 €	88,25 €	95,26 €	110,25 €	64,25 €	110,25 €	95,26 €	88,25 €	110,25 €	64,25 €	110,25 €	95,26 €
84,70 €	92,00 €	99,30 €	115,00 €	69,00 €	115,00 €	99,30 €	92,00 €	115,00 €	69,00 €	115,00 €	99,30 €
92,50 €	100,50 €	108,75 €	125,75 €	77,00 €	125,75 €	108,75 €	100,50 €	125,75 €	77,00 €	125,75 €	108,75 €
94,68 €	103,00 €	111,07 €	127,71 €	80,00 €	127,71 €	111,07 €	103,00 €	127,71 €	80,00 €	127,71 €	111,07 €
95,77 €	104,00 €	112,48 €	128,13 €	81,00 €	128,13 €	112,48 €	104,00 €	128,13 €	81,00 €	128,13 €	112,48 €
96,86 €	105,25 €	113,64 €	127,85 €	82,25 €	127,85 €	113,64 €	105,25 €	127,85 €	82,25 €	127,85 €	113,64 €
97,95 €	106,25 €	114,80 €	127,75 €	83,25 €	127,75 €	114,80 €	106,25 €	127,75 €	83,25 €	127,75 €	114,80 €
99,91 €	107,50 €	115,09 €	127,35 €	84,50 €	127,35 €	115,09 €	107,50 €	127,35 €	84,50 €	127,35 €	115,09 €
98,35 €	104,50 €	110,65 €	122,30 €	82,00 €	122,30 €	110,65 €	104,50 €	122,30 €	82,00 €	122,30 €	110,65 €
100,40 €	105,50 €	110,85 €	122,01 €	83,00 €	122,01 €	110,85 €	105,50 €	122,01 €	83,00 €	122,01 €	110,85 €
102,49 €	106,75 €	111,01 €	121,66 €	84,25 €	121,66 €	111,01 €	106,75 €	121,66 €	84,25 €	121,66 €	111,01 €
104,62 €	107,75 €	111,13 €	121,25 €	85,25 €	121,25 €	111,13 €	107,75 €	121,25 €	85,25 €	121,25 €	111,13 €
107,27 €	109,50 €	111,73 €	121,39 €	86,25 €	121,39 €	111,73 €	109,50 €	121,39 €	86,25 €	121,39 €	111,73 €
109,98 €	111,00 €	112,27 €	121,69 €	88,00 €	121,69 €	112,27 €	111,00 €	121,69 €	88,00 €	121,69 €	112,27 €
112,75 €	112,75 €	112,75 €	121,65 €	89,75 €	121,65 €	112,75 €	112,75 €	121,65 €	89,75 €	121,65 €	112,75 €
124,03 €	124,03 €	124,03 €	133,82 €	98,73 €	133,82 €	124,03 €	124,03 €	133,82 €	98,73 €	133,82 €	124,03 €
135,30 €	135,30 €	135,30 €	145,98 €	107,70 €	145,98 €	135,30 €	135,30 €	145,98 €	107,70 €	145,98 €	135,30 €

Bloc Prothèses											
Niveau 6 "majoré"											
Régime Général											
A	D	F	G	R. ALM							
79,25 €	82,75 €	86,00 €	93,00 €	57,25 €	93,00 €	86,00 €	82,75 €	93,00 €	57,25 €	93,00 €	86,00 €
89,00 €	92,75 €	96,50 €	104,25 €	62,50 €	104,25 €	96,50 €	92,75 €	104,25 €	62,50 €	104,25 €	96,50 €
91,25 €	96,00 €	101,00 €	111,25 €	64,00 €	111,25 €	101,00 €	96,00 €	111,25 €	64,00 €	111,25 €	101,00 €
93,50 €	99,50 €	105,25 €	118,25 €	65,25 €	118,25 €	105,25 €	99,50 €	118,25 €	65,25 €	118,25 €	105,25 €
95,50 €	102,75 €	110,00 €	125,50 €	66,75 €	125,50 €	110,00 €	102,75 €	125,50 €	66,75 €	125,50 €	110,00 €
97,50 €	106,00 €	114,75 €	133,00 €	68,00 €	133,00 €	114,75 €	106,00 €	133,00 €	68,00 €	133,00 €	114,75 €
100,50 €	109,50 €	118,50 €	137,00 €	69,25 €	137,00 €	118,50 €	109,50 €	137,00 €	69,25 €	137,00 €	118,50 €
103,75 €	112,75 €	122,00 €	141,25 €	71,25 €	141,25 €	122,00 €	112,75 €	141,25 €	71,25 €	141,25 €	122,00 €
105,50 €	115,00 €	124,00 €	143,75 €	73,50 €	143,75 €	124,00 €	115,00 €	143,75 €	73,50 €	143,75 €	124,00 €
113,00 €	122,75 €	132,75 €	153,75 €	81,50 €	153,75 €	132,75 €	122,75 €	153,75 €	81,50 €	153,75 €	132,75 €
116,00 €	126,25 €	136,50 €	158,00 €	84,75 €	158,00 €	136,50 €	126,25 €	158,00 €	84,75 €	158,00 €	136,50 €
128,50 €	139,50 €	150,75 €	174,50 €	98,25 €	174,50 €	150,75 €	139,50 €	174,50 €	98,25 €	174,50 €	150,75 €
132,25 €	143,75 €	155,25 €	180,00 €	103,75 €	180,00 €	155,25 €	143,75 €	180,00 €	103,75 €	180,00 €	155,25 €
141,25 €	153,50 €	165,75 €	192,25 €	113,50 €	192,25 €	165,75 €	153,50 €	192,25 €	113,50 €	192,25 €	165,75 €
144,25 €	156,50 €	169,25 €	194,50 €	116,75 €	194,50 €	169,25 €	156,50 €	194,50 €	116,75 €	194,50 €	169,25 €
145,25 €	158,00 €	170,75 €	194,50 €	118,00 €	194,50 €	170,75 €	158,00 €	194,50 €	118,00 €	194,50 €	170,75 €
146,25 €	159,25 €	172,25 €	193,75 €	119,25 €	193,75 €	172,25 €	159,25 €	193,75 €	119,25 €	193,75 €	172,25 €
147,75 €	160,50 €	173,50 €	192,75 €	120,50 €	192,75 €	173,50 €	160,50 €	192,75 €	120,50 €	192,75 €	173,50 €
150,50 €	161,75 €	173,25 €	192,00 €	121,75 €	192,00 €	173,25 €	161,75 €	192,00 €	121,75 €	192,00 €	173,25 €
147,00 €	156,50 €	166,25 €	183,50 €	118,25 €	183,50 €	166,25 €	156,50 €	183,50 €	118,25 €	183,50 €	166,25 €

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs

ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013

Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾

Gamme Nationale

		Bloc Soins							Bloc Prothèses						
		Niveau 6							Niveau 6						
		Régime Général							Régime Général						
		A	D	F	G	R. ALM			A	D	F	G	R. ALM		
[moins : 25]		42,00 €	43,75 €	45,50 €	49,25 €	30,50 €			77,00 €	80,25 €	83,50 €	90,38 €	55,50 €		
26		47,00 €	49,00 €	51,00 €	55,25 €	33,25 €			86,40 €	90,00 €	93,60 €	101,25 €	60,75 €		
27		48,25 €	50,75 €	53,25 €	58,75 €	34,00 €			88,50 €	93,25 €	98,00 €	107,91 €	62,00 €		
28		49,25 €	52,50 €	55,75 €	62,25 €	34,75 €			90,75 €	96,50 €	102,25 €	114,88 €	63,25 €		
29		50,50 €	54,25 €	58,00 €	66,00 €	35,25 €			92,65 €	99,75 €	106,85 €	121,91 €	64,75 €		
30		51,50 €	56,00 €	60,50 €	70,00 €	36,00 €			94,70 €	103,00 €	111,30 €	129,00 €	66,00 €		
31		53,25 €	57,75 €	62,25 €	72,25 €	36,75 €			97,55 €	106,25 €	114,95 €	133,00 €	67,25 €		
32		54,75 €	59,50 €	64,25 €	74,50 €	37,75 €			100,65 €	109,50 €	118,35 €	137,00 €	69,25 €		
33 - 35		55,75 €	60,50 €	65,50 €	75,75 €	38,75 €			102,41 €	111,50 €	120,34 €	139,50 €	71,25 €		
36		59,50 €	64,75 €	70,00 €	81,00 €	43,00 €			109,70 €	119,25 €	128,80 €	149,25 €	79,00 €		
37 - 40		61,25 €	66,50 €	71,75 €	83,25 €	44,75 €			112,55 €	122,50 €	132,45 €	153,25 €	82,25 €		
41 - 45		67,50 €	73,50 €	79,50 €	92,00 €	51,75 €			124,70 €	135,50 €	146,30 €	169,50 €	95,25 €		
46 - 50		77,75 €	84,50 €	91,25 €	105,50 €	61,25 €			128,25 €	139,50 €	150,75 €	174,75 €	100,75 €		
51 - 55		82,75 €	90,00 €	97,25 €	112,50 €	66,75 €			137,05 €	149,00 €	160,95 €	186,50 €	110,25 €		
56		84,50 €	92,00 €	99,25 €	114,00 €	68,75 €			139,90 €	152,00 €	164,35 €	188,80 €	113,25 €		
57		85,25 €	92,75 €	100,00 €	114,00 €	69,50 €			140,99 €	153,25 €	165,76 €	188,81 €	114,50 €		
58		86,00 €	93,50 €	100,75 €	113,50 €	70,25 €			142,08 €	154,50 €	167,17 €	188,04 €	115,75 €		
59		86,50 €	94,25 €	101,75 €	113,00 €	71,00 €			143,42 €	155,75 €	168,33 €	187,20 €	117,00 €		
60		88,25 €	95,00 €	101,50 €	112,50 €	71,75 €			146,04 €	157,00 €	168,21 €	186,31 €	118,25 €		
61		96,00 €	102,00 €	108,00 €	119,25 €	77,25 €			142,70 €	152,00 €	161,30 €	178,10 €	114,75 €		
62		97,75 €	102,75 €	108,00 €	118,75 €	78,00 €			145,40 €	153,25 €	160,85 €	177,09 €	116,00 €		
63		99,50 €	103,50 €	107,75 €	118,00 €	79,25 €			148,14 €	154,50 €	160,61 €	176,26 €	117,75 €		
64		101,25 €	104,50 €	107,50 €	117,50 €	80,50 €			150,92 €	155,50 €	160,33 €	175,13 €	119,50 €		
65		103,50 €	105,50 €	107,75 €	117,25 €	81,50 €			154,22 €	157,50 €	160,53 €	174,79 €	121,50 €		
66		105,75 €	106,75 €	107,75 €	117,00 €	82,75 €			157,58 €	159,25 €	160,92 €	174,37 €	123,25 €		
[67 : plus]		108,00 €	108,00 €	108,00 €	116,75 €	84,00 €			161,00 €	161,00 €	161,00 €	173,85 €	125,00 €		
Adhésion entre 68 & 70 ans		118,80 €	118,80 €	118,80 €	128,43 €	92,40 €			177,10 €	177,10 €	177,10 €	191,24 €	137,50 €		
Adhésion entre 71 & 75 ans		129,60 €	129,60 €	129,60 €	140,10 €	100,80 €			193,20 €	193,20 €	193,20 €	208,62 €	150,00 €		

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013
Cotisation mensuelle HT ⁽¹⁾
Gamme Nationale

Bloc Soins									
Niveau 2									
	Régime Général					R. ALM			
	A	D	F	G					
[moins : 25]	14,35 €	14,79 €	15,45 €	15,45 €		5,08 €			
26	16,55 €	17,22 €	18,10 €	18,10 €		5,52 €			
27	16,77 €	17,66 €	18,54 €	18,54 €		5,74 €			
28	17,22 €	18,32 €	19,42 €	19,42 €		5,74 €			
29	17,22 €	18,54 €	19,86 €	19,86 €		5,96 €			
30	17,66 €	19,20 €	20,75 €	20,75 €		5,96 €			
31	16,99 €	18,32 €	19,86 €	19,86 €		5,52 €			
32	17,44 €	18,98 €	20,53 €	20,53 €		5,52 €			
33 - 35	17,66 €	19,20 €	20,75 €	20,75 €		5,74 €			
36	19,20 €	20,97 €	22,51 €	22,51 €		6,62 €			
37 - 40	19,84 €	21,19 €	22,95 €	22,95 €		6,84 €			
41 - 45	21,63 €	23,62 €	25,38 €	25,38 €		7,28 €			
46 - 50	24,28 €	26,49 €	28,47 €	28,47 €		8,17 €			
51 - 55	26,49 €	28,69 €	30,90 €	30,90 €		9,05 €			
56	29,58 €	32,22 €	34,65 €	34,65 €		9,71 €			
57	30,02 €	32,67 €	35,31 €	35,31 €		9,93 €			
58	30,90 €	33,55 €	36,20 €	36,20 €		10,15 €			
59	31,78 €	34,43 €	37,08 €	37,08 €		10,37 €			
60	33,11 €	35,53 €	37,96 €	37,96 €		10,81 €			
61	36,86 €	39,29 €	41,49 €	41,49 €		12,36 €			
62	38,18 €	40,17 €	42,16 €	42,16 €		12,58 €			
63	39,73 €	41,49 €	43,04 €	43,04 €		12,80 €			
64	41,27 €	42,60 €	43,92 €	43,92 €		13,24 €			
65	43,04 €	43,92 €	44,80 €	44,80 €		13,68 €			
66	44,58 €	45,03 €	45,47 €	45,47 €		14,13 €			
[67 : plus]	46,35 €	46,35 €	46,35 €	46,35 €		14,57 €			
Adhésion entre 68 & 70 ans	50,98 €	50,98 €	50,98 €	50,98 €		16,02 €			
Adhésion entre 71 & 75 ans	55,62 €	55,62 €	55,62 €	55,62 €		17,48 €			

Bloc Prothèses									
Niveau 2									
	Régime Général					R. ALM			
	A	D	F	G					
	5,99 €	6,40 €	6,59 €	6,59 €		5,08 €			
	7,18 €	7,50 €	7,61 €	7,61 €		5,52 €			
	7,13 €	7,50 €	7,88 €	7,88 €		5,52 €			
	7,27 €	7,72 €	8,18 €	8,18 €		5,74 €			
	7,42 €	7,95 €	8,48 €	8,48 €		5,74 €			
	7,52 €	8,17 €	8,81 €	8,81 €		5,96 €			
	9,00 €	9,93 €	10,65 €	10,65 €		6,62 €			
	9,37 €	10,15 €	10,94 €	10,94 €		6,84 €			
	9,55 €	10,37 €	11,19 €	11,19 €		6,84 €			
	10,44 €	11,26 €	12,29 €	12,29 €		7,95 €			
	10,41 €	11,48 €	12,32 €	12,32 €		8,17 €			
	11,67 €	12,58 €	13,71 €	13,71 €		9,05 €			
	13,08 €	14,13 €	15,39 €	15,39 €		9,93 €			
	14,13 €	15,45 €	16,77 €	16,77 €		10,81 €			
	15,91 €	17,22 €	18,74 €	18,74 €		11,92 €			
	16,28 €	17,66 €	19,03 €	19,03 €		12,14 €			
	16,62 €	18,10 €	19,58 €	19,58 €		12,36 €			
	16,95 €	18,54 €	20,13 €	20,13 €		12,58 €			
	17,80 €	19,20 €	20,61 €	20,61 €		13,02 €			
	15,84 €	16,77 €	17,93 €	17,93 €		12,36 €			
	16,33 €	17,22 €	18,10 €	18,10 €		12,58 €			
	17,06 €	17,66 €	18,48 €	18,48 €		12,80 €			
	17,82 €	18,32 €	18,82 €	18,82 €		13,24 €			
	18,39 €	18,76 €	19,13 €	19,13 €		13,68 €			
	19,22 €	19,42 €	19,63 €	19,63 €		14,13 €			
	19,86 €	19,86 €	19,86 €	19,86 €		14,57 €			
	- €	- €	- €	- €		- €			
	21,85 €	21,85 €	21,85 €	21,85 €		16,02 €			
	23,84 €	23,84 €	23,84 €	23,84 €		17,48 €			

Bloc Prothèses									
Niveau 3 "majoré"									
	Régime Général					R. ALM			
	A	D	F	G					
	9,05 €	9,49 €	9,93 €	10,37 €		7,95 €			
	10,81 €	11,04 €	12,14 €	12,14 €		9,05 €			
	10,81 €	11,48 €	12,14 €	12,58 €		9,27 €			
	11,26 €	11,92 €	12,58 €	13,02 €		9,49 €			
	11,26 €	12,14 €	12,80 €	13,68 €		9,71 €			
	11,48 €	12,58 €	13,24 €	14,35 €		10,15 €			
	13,46 €	14,57 €	15,67 €	16,99 €		11,70 €			
	13,68 €	15,01 €	16,11 €	17,44 €		12,14 €			
	13,90 €	15,23 €	16,55 €	17,66 €		12,36 €			
	15,23 €	16,33 €	17,66 €	18,98 €		13,46 €			
	15,23 €	16,77 €	18,10 €	19,42 €		13,68 €			
	16,99 €	18,54 €	20,08 €	21,41 €		15,45 €			
	18,98 €	20,75 €	22,29 €	24,06 €		16,77 €			
	20,97 €	22,73 €	24,50 €	26,49 €		18,32 €			
	22,95 €	24,94 €	26,93 €	28,91 €		19,42 €			
	23,62 €	25,38 €	27,59 €	29,35 €		19,86 €			
	23,84 €	25,82 €	28,25 €	29,59 €		20,08 €			
	24,50 €	26,71 €	28,69 €	29,80 €		20,31 €			
	25,16 €	27,15 €	29,13 €	29,80 €		20,53 €			
	23,17 €	24,50 €	26,04 €	26,71 €		19,20 €			
	23,62 €	24,94 €	26,26 €	26,93 €		19,42 €			
	24,28 €	25,38 €	26,49 €	27,15 €		19,86 €			
	25,16 €	26,04 €	26,71 €	27,15 €		20,31 €			
	26,26 €	26,93 €	27,15 €	27,59 €		20,75 €			
	27,15 €	27,37 €	27,59 €	27,81 €		21,19 €			
	28,25 €	28,25 €	28,25 €	28,25 €		21,63 €			
	- €	- €	- €	- €		- €			
	31,08 €	31,08 €	31,08 €	31,08 €		23,79 €			
	33,90 €	33,90 €	33,90 €	33,90 €		25,96 €			

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013
Cotisation mensuelle HT ⁽¹⁾
Gamme Nationale

Bloc Soins						
Niveau 3						
	Régime Général					R. ALM
	A	D	F	G		
[moins : 25]	16,55 €	17,22 €	17,88 €	18,54 €	7,72 €	
26	19,20 €	20,08 €	20,97 €	21,63 €	8,83 €	
27	19,64 €	20,75 €	21,63 €	22,73 €	9,05 €	
28	19,86 €	21,19 €	22,51 €	23,84 €	9,27 €	
29	20,31 €	21,85 €	23,40 €	24,94 €	9,71 €	
30	20,53 €	22,29 €	24,28 €	26,04 €	9,93 €	
31	19,42 €	21,19 €	22,95 €	24,50 €	9,27 €	
32	20,08 €	21,63 €	23,40 €	25,16 €	9,49 €	
33 - 35	20,53 €	22,29 €	24,06 €	25,82 €	9,71 €	
36	21,85 €	23,84 €	25,82 €	27,59 €	10,81 €	
37 - 40	22,51 €	24,28 €	26,26 €	28,25 €	11,04 €	
41 - 45	24,94 €	26,93 €	29,13 €	31,34 €	12,36 €	
46 - 50	27,81 €	30,24 €	32,67 €	35,09 €	13,68 €	
51 - 55	30,90 €	33,55 €	36,20 €	38,85 €	14,79 €	
56	33,77 €	36,64 €	39,73 €	42,60 €	15,67 €	
57	34,43 €	37,52 €	40,39 €	43,04 €	15,67 €	
58	35,31 €	38,40 €	41,27 €	43,48 €	15,89 €	
59	35,98 €	39,07 €	42,16 €	43,70 €	16,11 €	
60	37,08 €	39,95 €	42,60 €	44,14 €	16,33 €	
61	41,49 €	44,14 €	46,79 €	48,12 €	18,54 €	
62	42,82 €	45,03 €	47,23 €	48,34 €	18,76 €	
63	44,14 €	45,91 €	47,67 €	48,56 €	19,20 €	
64	45,69 €	47,01 €	48,56 €	49,22 €	19,64 €	
65	47,23 €	48,12 €	49,22 €	49,66 €	20,08 €	
66	48,78 €	49,44 €	49,88 €	50,10 €	20,53 €	
[67 : plus]	50,76 €	50,76 €	50,76 €	50,76 €	20,97 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans	55,84 €	55,84 €	55,84 €	55,84 €	23,06 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans	60,92 €	60,92 €	60,92 €	60,92 €	25,16 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 3						
Régime Général						
A	D	F	G	R. ALM		
8,87 €	9,27 €	9,67 €	10,06 €	7,72 €		
10,46 €	10,81 €	11,17 €	11,74 €	8,83 €		
10,55 €	11,04 €	11,74 €	12,23 €	9,05 €		
10,84 €	11,48 €	12,11 €	12,75 €	9,27 €		
10,89 €	11,70 €	12,50 €	13,30 €	9,49 €		
11,15 €	12,14 €	12,91 €	13,90 €	9,93 €		
13,07 €	14,13 €	15,18 €	16,47 €	11,26 €		
13,22 €	14,57 €	15,70 €	16,83 €	11,70 €		
13,59 €	14,79 €	15,99 €	17,19 €	11,92 €		
14,70 €	15,89 €	17,08 €	18,50 €	13,02 €		
14,85 €	16,33 €	17,60 €	18,86 €	13,24 €		
16,48 €	18,10 €	19,49 €	20,89 €	15,01 €		
18,49 €	20,08 €	21,68 €	23,28 €	16,33 €		
20,27 €	22,07 €	23,87 €	25,67 €	17,88 €		
22,27 €	24,28 €	26,06 €	28,07 €	18,76 €		
22,83 €	24,72 €	26,83 €	28,54 €	19,20 €		
23,17 €	25,16 €	27,38 €	28,67 €	19,42 €		
23,72 €	25,82 €	27,92 €	28,98 €	19,64 €		
24,50 €	26,26 €	28,25 €	29,02 €	19,86 €		
22,41 €	23,84 €	25,27 €	25,98 €	18,54 €		
23,02 €	24,28 €	25,54 €	26,17 €	18,76 €		
23,66 €	24,72 €	25,78 €	26,31 €	19,20 €		
24,53 €	25,38 €	26,01 €	26,43 €	19,64 €		
25,44 €	26,04 €	26,42 €	26,72 €	20,08 €		
26,39 €	26,49 €	26,80 €	26,96 €	20,53 €		
27,37 €	27,37 €	27,37 €	27,37 €	20,97 €		
-	-	-	-	-		
30,11 €	30,11 €	30,11 €	30,11 €	23,06 €		
32,84 €	32,84 €	32,84 €	32,84 €	25,16 €		

Bloc Prothèses						
Niveau 3+ "majoré"						
Régime Général						
A	D	F	G	R. ALM		
18,54 €	19,42 €	19,86 €	21,63 €	15,89 €		
22,07 €	22,95 €	23,84 €	25,60 €	19,20 €		
22,29 €	23,40 €	24,72 €	27,37 €	19,64 €		
22,73 €	24,06 €	25,60 €	28,69 €	20,08 €		
22,95 €	24,72 €	26,49 €	30,24 €	20,53 €		
23,40 €	25,38 €	27,37 €	31,56 €	20,97 €		
25,38 €	27,81 €	29,80 €	34,65 €	22,51 €		
26,04 €	28,47 €	30,68 €	35,76 €	22,95 €		
27,15 €	29,35 €	31,78 €	36,64 €	23,40 €		
29,80 €	32,22 €	35,09 €	40,39 €	25,60 €		
30,46 €	33,11 €	35,76 €	41,49 €	26,71 €		
33,77 €	36,64 €	39,51 €	45,91 €	29,80 €		
36,86 €	40,17 €	43,26 €	50,32 €	32,44 €		
39,51 €	42,82 €	46,13 €	53,41 €	33,77 €		
40,83 €	44,58 €	47,89 €	55,18 €	35,31 €		
41,49 €	45,25 €	48,78 €	55,40 €	35,53 €		
42,16 €	45,69 €	49,44 €	55,84 €	35,98 €		
42,60 €	46,35 €	50,10 €	55,82 €	36,64 €		
43,70 €	47,01 €	50,32 €	55,84 €	36,86 €		
42,60 €	45,47 €	48,12 €	52,97 €	35,53 €		
43,92 €	46,13 €	48,56 €	53,41 €	35,98 €		
45,25 €	47,01 €	49,00 €	53,63 €	36,64 €		
46,35 €	47,89 €	49,44 €	53,85 €	37,08 €		
47,67 €	48,56 €	49,66 €	53,85 €	37,52 €		
49,00 €	49,44 €	49,66 €	54,07 €	37,96 €		
50,10 €	50,10 €	50,10 €	53,85 €	38,40 €		
	- €	- €	- €	- €		
55,11 €	55,11 €	55,11 €	59,24 €	42,24 €		
60,12 €	60,12 €	60,12 €	64,62 €	46,08 €		

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013
Cotisation mensuelle HT ⁽¹⁾
Gamme Nationale

Bloc Soins						
Niveau 3+						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
[moins : 25]	21,85 €	22,73 €	23,84 €	25,60 €	12,80 €	
26	26,04 €	27,15 €	28,25 €	30,68 €	15,01 €	
27	26,49 €	28,03 €	29,35 €	32,22 €	15,45 €	
28	26,93 €	28,69 €	30,46 €	33,99 €	15,89 €	
29	27,37 €	29,35 €	31,34 €	35,76 €	16,33 €	
30	27,59 €	30,02 €	32,44 €	37,74 €	16,77 €	
31	27,37 €	29,58 €	32,00 €	37,08 €	16,11 €	
32	28,25 €	30,68 €	33,11 €	38,18 €	16,55 €	
33 - 35	28,91 €	31,56 €	33,99 €	39,51 €	16,99 €	
36	32,00 €	34,87 €	37,52 €	43,48 €	18,32 €	
37 - 40	32,89 €	35,76 €	38,62 €	44,58 €	19,20 €	
41 - 45	36,20 €	39,51 €	42,60 €	49,22 €	21,41 €	
46 - 50	39,73 €	43,04 €	46,57 €	53,85 €	23,17 €	
51 - 55	42,16 €	45,91 €	49,66 €	57,39 €	24,50 €	
56	43,92 €	47,67 €	51,65 €	59,15 €	25,38 €	
57	44,58 €	48,34 €	52,31 €	59,59 €	25,60 €	
58	45,25 €	49,22 €	52,97 €	59,59 €	25,60 €	
59	45,91 €	49,88 €	53,85 €	59,81 €	26,26 €	
60	47,01 €	50,54 €	54,07 €	59,81 €	26,49 €	
61	50,76 €	53,85 €	57,16 €	63,12 €	28,25 €	
62	52,09 €	54,96 €	57,61 €	63,34 €	28,69 €	
63	53,63 €	55,84 €	58,05 €	63,56 €	28,91 €	
64	55,18 €	56,72 €	58,49 €	64,01 €	29,35 €	
65	56,72 €	57,83 €	58,93 €	64,23 €	29,80 €	
66	57,83 €	58,49 €	59,15 €	64,01 €	30,24 €	
[67 : plus]	59,15 €	59,15 €	59,15 €	64,01 €	30,68 €	
	- €	- €	- €	- €	- €	
Adhésion entre 68 & 70 ans	65,07 €	65,07 €	65,07 €	70,41 €	33,75 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans	70,98 €	70,98 €	70,98 €	76,81 €	36,81 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 3+						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
	17,98 €	18,76 €	19,32 €	21,08 €	15,45 €	
	21,42 €	22,29 €	23,17 €	24,94 €	18,54 €	
	21,74 €	22,73 €	23,95 €	26,47 €	18,98 €	
	22,04 €	23,40 €	24,76 €	27,86 €	19,42 €	
	22,31 €	24,06 €	25,81 €	29,34 €	19,86 €	
	22,77 €	24,72 €	26,67 €	30,68 €	20,31 €	
	24,61 €	26,93 €	29,02 €	33,55 €	21,85 €	
	25,36 €	27,59 €	29,82 €	34,65 €	22,29 €	
	26,32 €	28,47 €	30,85 €	35,53 €	22,73 €	
	28,91 €	31,34 €	33,99 €	39,29 €	24,94 €	
	29,65 €	32,22 €	34,79 €	40,39 €	25,82 €	
	32,84 €	35,53 €	38,45 €	44,58 €	28,91 €	
	35,81 €	39,07 €	42,10 €	48,78 €	31,56 €	
	38,25 €	41,49 €	44,73 €	51,87 €	32,89 €	
	39,74 €	43,26 €	46,56 €	53,61 €	34,21 €	
	40,85 €	43,92 €	47,33 €	53,88 €	34,43 €	
	41,41 €	45,03 €	48,10 €	54,11 €	34,87 €	
	42,48 €	45,69 €	48,89 €	54,22 €	35,53 €	
	41,35 €	44,14 €	46,71 €	51,53 €	34,43 €	
	42,69 €	44,80 €	47,14 €	51,88 €	34,87 €	
	43,83 €	45,69 €	47,54 €	52,18 €	35,53 €	
	45,02 €	46,57 €	47,90 €	52,20 €	35,98 €	
	46,23 €	47,23 €	48,23 €	52,39 €	36,42 €	
	47,49 €	47,89 €	48,30 €	52,48 €	36,86 €	
	48,56 €	48,56 €	48,56 €	52,32 €	37,30 €	
	- €	- €	- €	- €	- €	
	53,41 €	53,41 €	53,41 €	57,55 €	41,03 €	
	58,27 €	58,27 €	58,27 €	62,78 €	44,76 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 4 "majoré"						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
	24,28 €	25,38 €	26,49 €	28,69 €	20,53 €	
	28,69 €	30,02 €	31,34 €	33,55 €	24,28 €	
	29,80 €	31,34 €	32,89 €	36,20 €	24,94 €	
	30,90 €	32,67 €	34,65 €	38,85 €	25,60 €	
	31,56 €	34,21 €	36,42 €	41,49 €	26,71 €	
	32,44 €	35,53 €	38,40 €	44,36 €	27,37 €	
	35,53 €	38,62 €	41,71 €	48,34 €	29,35 €	
	36,42 €	39,51 €	42,82 €	49,66 €	30,02 €	
	37,08 €	40,17 €	43,70 €	50,32 €	30,68 €	
	40,83 €	44,36 €	47,89 €	55,40 €	34,87 €	
	42,16 €	45,91 €	49,44 €	57,39 €	35,98 €	
	45,69 €	49,66 €	53,63 €	62,02 €	39,73 €	
	49,44 €	53,85 €	58,27 €	67,54 €	43,48 €	
	52,97 €	57,83 €	62,46 €	72,39 €	47,45 €	
	54,74 €	59,59 €	64,23 €	73,94 €	50,32 €	
	55,84 €	60,70 €	65,33 €	74,60 €	50,76 €	
	56,72 €	61,58 €	66,43 €	74,82 €	51,21 €	
	57,61 €	62,46 €	67,54 €	75,04 €	51,87 €	
	59,15 €	63,34 €	67,98 €	75,26 €	52,31 €	
	57,61 €	61,36 €	65,11 €	71,73 €	50,54 €	
	59,15 €	62,24 €	65,33 €	71,95 €	50,98 €	
	60,70 €	63,12 €	65,77 €	71,95 €	51,87 €	
	62,02 €	64,01 €	66,21 €	72,17 €	52,53 €	
	63,79 €	65,11 €	66,21 €	72,17 €	53,19 €	
	65,55 €	66,21 €	66,88 €	72,39 €	54,07 €	
	67,32 €	67,32 €	67,32 €	72,61 €	54,96 €	
	- €	- €	- €	- €	- €	
	74,05 €	74,05 €	74,05 €	79,88 €	60,45 €	
	80,78 €	80,78 €	80,78 €	87,14 €	65,95 €	

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
 ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013
 Cotisation mensuelle HT ⁽¹⁾
 Gamme Nationale

Bloc Soins						
Niveau 4						
	Régime Général					R. ALM
	A	D	F	G		
[moins : 25]	23,84 €	24,72 €	25,60 €	27,81 €	16,33 €	
26	28,03 €	29,13 €	30,24 €	32,89 €	19,20 €	
27	28,91 €	30,46 €	32,00 €	35,31 €	19,86 €	
28	29,80 €	31,78 €	33,77 €	37,74 €	20,53 €	
29	30,90 €	33,11 €	35,53 €	40,39 €	20,97 €	
30	31,78 €	34,43 €	37,08 €	43,04 €	21,63 €	
31	31,34 €	33,99 €	36,64 €	42,38 €	20,97 €	
32	32,00 €	34,87 €	37,52 €	43,48 €	21,63 €	
33 - 35	32,67 €	35,53 €	38,18 €	44,36 €	21,85 €	
36	35,98 €	39,07 €	42,16 €	48,78 €	24,94 €	
37 - 40	37,08 €	40,17 €	43,48 €	50,32 €	25,60 €	
41 - 45	40,17 €	43,70 €	47,01 €	54,52 €	28,47 €	
46 - 50	43,70 €	47,45 €	51,21 €	59,15 €	31,12 €	
51 - 55	46,79 €	50,76 €	54,74 €	63,34 €	34,21 €	
56	48,34 €	52,53 €	56,72 €	65,11 €	35,98 €	
57	49,00 €	53,19 €	57,61 €	65,55 €	36,42 €	
58	49,66 €	54,07 €	58,49 €	65,77 €	36,86 €	
59	50,54 €	54,96 €	59,37 €	65,99 €	37,08 €	
60	51,87 €	55,84 €	59,59 €	65,99 €	37,52 €	
61	56,06 €	59,59 €	63,12 €	69,74 €	40,17 €	
62	57,39 €	60,47 €	63,56 €	69,74 €	40,61 €	
63	58,93 €	61,36 €	63,79 €	69,97 €	41,05 €	
64	60,47 €	62,24 €	64,01 €	69,97 €	41,71 €	
65	61,80 €	63,12 €	64,45 €	69,97 €	42,38 €	
66	63,56 €	64,23 €	64,89 €	70,41 €	42,82 €	
[67 : plus]	65,33 €	65,33 €	65,33 €	70,63 €	43,70 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans	71,86 €	71,86 €	71,86 €	77,69 €	48,07 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans	78,40 €	78,40 €	78,40 €	84,75 €	52,44 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 4						
	Régime Général					R. ALM
	A	D	F	G		
	23,62 €	24,72 €	25,81 €	27,81 €	19,86 €	
	27,91 €	29,13 €	30,36 €	32,67 €	23,62 €	
	28,96 €	30,46 €	31,96 €	35,12 €	24,28 €	
	29,95 €	31,78 €	33,61 €	37,74 €	24,94 €	
	30,68 €	33,11 €	35,31 €	40,31 €	25,82 €	
	31,57 €	34,43 €	37,29 €	43,04 €	26,49 €	
	34,45 €	37,52 €	40,59 €	47,01 €	28,47 €	
	35,41 €	38,40 €	41,62 €	48,12 €	29,13 €	
	35,97 €	39,07 €	42,39 €	48,89 €	29,80 €	
	39,56 €	43,04 €	46,52 €	53,85 €	33,77 €	
	40,89 €	44,58 €	48,05 €	55,62 €	34,87 €	
	44,30 €	48,12 €	52,15 €	60,25 €	38,62 €	
	48,08 €	52,31 €	56,54 €	65,55 €	42,16 €	
	51,49 €	56,06 €	60,63 €	70,19 €	46,13 €	
	53,19 €	57,83 €	62,46 €	71,73 €	48,78 €	
	54,15 €	58,93 €	63,49 €	72,36 €	49,22 €	
	55,12 €	59,81 €	64,51 €	72,60 €	49,66 €	
	55,86 €	60,70 €	65,53 €	72,79 €	50,32 €	
	57,33 €	61,58 €	66,05 €	73,15 €	50,76 €	
	55,97 €	59,59 €	63,21 €	69,70 €	49,00 €	
	57,52 €	60,47 €	63,43 €	69,95 €	49,44 €	
	58,88 €	61,36 €	63,84 €	69,93 €	50,32 €	
	60,27 €	62,24 €	64,21 €	70,08 €	50,98 €	
	61,92 €	63,12 €	64,32 €	70,17 €	51,65 €	
	63,60 €	64,23 €	64,85 €	70,25 €	52,53 €	
	65,33 €	65,33 €	65,33 €	70,49 €	53,41 €	
	71,86 €	71,86 €	71,86 €	77,54 €	58,75 €	
	78,40 €	78,40 €	78,40 €	84,58 €	64,09 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 5 "majoré"						
	Régime Général					R. ALM
	A	D	F	G		
	43,92 €	45,91 €	47,67 €	51,65 €	33,77 €	
	50,32 €	52,31 €	54,52 €	58,93 €	38,18 €	
	51,43 €	54,07 €	56,72 €	62,46 €	39,29 €	
	52,31 €	55,62 €	58,93 €	65,99 €	40,39 €	
	53,41 €	57,39 €	61,14 €	69,74 €	41,27 €	
	58,93 €	63,56 €	73,72 €	82,60 €	42,60 €	
	55,84 €	60,47 €	65,33 €	75,70 €	43,70 €	
	57,16 €	62,24 €	67,10 €	77,69 €	44,80 €	
	58,71 €	63,79 €	69,08 €	79,90 €	45,91 €	
	65,33 €	70,85 €	76,59 €	88,73 €	52,31 €	
	66,65 €	72,61 €	78,35 €	90,71 €	53,41 €	
	73,94 €	80,34 €	86,52 €	100,20 €	58,49 €	
	77,03 €	83,65 €	90,27 €	104,62 €	62,68 €	
	84,09 €	91,37 €	98,88 €	114,33 €	69,97 €	
	86,08 €	93,58 €	101,09 €	116,09 €	72,83 €	
	87,18 €	94,46 €	102,19 €	116,54 €	73,72 €	
	88,06 €	95,79 €	103,29 €	116,31 €	74,82 €	
	89,17 €	96,67 €	104,40 €	116,09 €	75,70 €	
	90,93 €	97,78 €	104,62 €	115,87 €	76,81 €	
	89,39 €	95,13 €	100,64 €	111,24 €	74,60 €	
	91,37 €	96,01 €	100,87 €	111,02 €	75,48 €	
	93,14 €	97,11 €	100,87 €	110,58 €	76,59 €	
	95,13 €	98,00 €	101,09 €	110,36 €	77,47 €	
	97,55 €	99,54 €	101,53 €	110,36 €	78,35 €	
	99,98 €	100,87 €	102,19 €	110,58 €	80,12 €	
	102,63 €	102,63 €	102,63 €	110,58 €	81,66 €	
	112,89 €	112,89 €	112,89 €	121,63 €	89,83 €	
	123,16 €	123,16 €	123,16 €	132,69 €	98,00 €	

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
 ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013
 Cotisation mensuelle HT ⁽¹⁾
 Gamme Nationale

Bloc Soins						
Niveau 5						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
[moins : 25]	28,47 €	29,58 €	30,90 €	33,33 €	21,85 €	
26	32,44 €	33,99 €	35,31 €	38,18 €	24,72 €	
27	33,11 €	34,87 €	36,64 €	40,39 €	25,38 €	
28	33,77 €	35,98 €	38,18 €	42,82 €	26,04 €	
29	34,43 €	37,08 €	39,73 €	45,25 €	26,93 €	
30	35,09 €	38,18 €	41,27 €	47,67 €	27,59 €	
31	35,98 €	39,29 €	42,38 €	49,00 €	28,25 €	
32	37,08 €	40,17 €	43,48 €	50,32 €	28,91 €	
33 - 35	37,96 €	41,27 €	44,58 €	51,65 €	29,58 €	
36	42,16 €	45,91 €	49,66 €	57,39 €	33,99 €	
37 - 40	43,26 €	47,01 €	50,76 €	58,71 €	34,65 €	
41 - 45	47,67 €	51,87 €	56,06 €	64,89 €	37,74 €	
46 - 50	55,18 €	60,03 €	64,89 €	75,04 €	45,03 €	
51 - 55	60,47 €	65,77 €	70,85 €	82,10 €	50,32 €	
56	61,80 €	67,10 €	72,61 €	83,21 €	52,09 €	
57	62,46 €	67,98 €	73,28 €	83,43 €	52,97 €	
58	63,12 €	68,64 €	74,16 €	83,43 €	53,63 €	
59	63,79 €	69,52 €	75,04 €	83,21 €	54,52 €	
60	65,33 €	70,19 €	75,04 €	83,21 €	55,18 €	
61	70,85 €	75,48 €	80,12 €	88,06 €	59,15 €	
62	72,39 €	76,37 €	80,12 €	88,06 €	60,03 €	
63	73,94 €	77,03 €	80,12 €	87,84 €	60,70 €	
64	75,48 €	77,91 €	80,12 €	87,62 €	61,58 €	
65	77,47 €	79,01 €	80,56 €	87,84 €	62,46 €	
66	79,46 €	80,34 €	81,00 €	87,84 €	63,56 €	
[67 : plus]	81,44 €	81,44 €	81,44 €	88,06 €	64,67 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans	89,59 €	89,59 €	89,59 €	96,87 €	71,14 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans	97,73 €	97,73 €	97,73 €	105,68 €	77,60 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 5						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
	42,72 €	44,58 €	46,23 €	50,10 €	32,89 €	
	48,92 €	50,76 €	52,83 €	57,16 €	37,08 €	
	49,92 €	52,53 €	55,13 €	60,67 €	38,18 €	
	50,88 €	54,07 €	57,27 €	64,12 €	39,29 €	
	51,78 €	55,62 €	59,46 €	67,73 €	40,17 €	
	52,63 €	57,16 €	61,70 €	71,51 €	41,27 €	
	54,18 €	58,71 €	63,46 €	73,50 €	42,38 €	
	55,51 €	60,47 €	65,22 €	75,48 €	43,48 €	
	57,07 €	62,02 €	66,97 €	77,47 €	44,58 €	
	63,43 €	68,86 €	74,29 €	86,08 €	50,76 €	
	64,77 €	70,41 €	76,05 €	88,06 €	51,87 €	
	71,72 €	77,91 €	84,10 €	97,33 €	56,72 €	
	74,78 €	81,22 €	87,67 €	101,53 €	60,92 €	
	81,66 €	88,73 €	96,01 €	111,02 €	67,98 €	
	83,59 €	90,93 €	98,06 €	112,75 €	70,63 €	
	84,55 €	91,82 €	99,30 €	113,12 €	71,51 €	
	85,51 €	92,92 €	100,33 €	112,87 €	72,61 €	
	86,47 €	93,80 €	101,35 €	112,78 €	73,50 €	
	88,21 €	94,91 €	101,61 €	112,43 €	74,60 €	
	86,83 €	92,26 €	97,69 €	107,97 €	72,39 €	
	88,64 €	93,14 €	97,86 €	107,72 €	73,28 €	
	90,48 €	94,24 €	98,00 €	107,41 €	74,38 €	
	92,36 €	95,13 €	98,11 €	107,05 €	75,26 €	
	94,70 €	96,67 €	98,64 €	107,17 €	76,15 €	
	97,10 €	98,00 €	99,12 €	107,43 €	77,69 €	
	99,54 €	99,54 €	99,54 €	107,40 €	79,24 €	
	109,50 €	109,50 €	109,50 €	118,14 €	87,16 €	
	119,45 €	119,45 €	119,45 €	128,88 €	95,08 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 6 "majoré"						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
	69,97 €	73,06 €	75,92 €	82,10 €	50,54 €	
	78,57 €	81,88 €	85,19 €	92,04 €	55,18 €	
	80,56 €	84,75 €	89,17 €	98,22 €	56,50 €	
	82,55 €	87,84 €	92,92 €	104,40 €	57,61 €	
	84,31 €	90,71 €	97,11 €	110,80 €	58,93 €	
	86,08 €	93,58 €	101,31 €	117,42 €	60,03 €	
	88,73 €	96,67 €	104,62 €	120,95 €	61,14 €	
	91,60 €	99,54 €	107,71 €	124,70 €	62,90 €	
	93,14 €	101,53 €	109,47 €	126,91 €	64,89 €	
	99,76 €	108,37 €	117,20 €	135,74 €	71,95 €	
	102,41 €	111,46 €	120,51 €	139,49 €	74,82 €	
	113,45 €	123,16 €	133,09 €	154,06 €	86,74 €	
	116,76 €	126,91 €	137,06 €	158,91 €	91,60 €	
	124,70 €	135,52 €	146,33 €	169,73 €	100,20 €	
	127,35 €	138,17 €	149,42 €	171,71 €	103,07 €	
	128,23 €	139,49 €	150,75 €	171,71 €	104,18 €	
	129,12 €	140,59 €	152,07 €	171,05 €	105,28 €	
	130,44 €	141,70 €	153,17 €	170,17 €	106,38 €	
	132,87 €	142,80 €	152,95 €	169,51 €	107,49 €	
	129,78 €	138,17 €	146,77 €	162,00 €	104,40 €	
	132,21 €	139,49 €	146,33 €	161,12 €	105,50 €	
	134,63 €	140,59 €	146,11 €	160,24 €	107,05 €	
	137,28 €	141,48 €	145,89 €	159,35 €	108,59 €	
	140,37 €	143,24 €	146,11 €	158,91 €	110,58 €	
	143,24 €	144,79 €	146,33 €	158,69 €	112,12 €	
	146,33 €	146,33 €	146,33 €	158,03 €	113,67 €	
	160,96 €	160,96 €	160,96 €	173,83 €	125,03 €	
	175,60 €	175,60 €	175,60 €	189,64 €	136,40 €	

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2013
Cotisation mensuelle HT ⁽¹⁾
Gamme Nationale

Bloc Soins									
Niveau 6									
Régime Général									
A	D	F	G	R. ALM					
[moins : 25]	37,08 €	38,62 €	40,17 €	43,48 €	26,93 €				
26	41,49 €	43,26 €	45,03 €	48,78 €	29,35 €				
27	42,60 €	44,80 €	47,01 €	51,87 €	30,02 €				
28	43,48 €	46,35 €	49,22 €	54,96 €	30,88 €				
29	44,58 €	47,89 €	51,21 €	58,27 €	31,12 €				
30	45,47 €	49,44 €	53,41 €	61,80 €	31,78 €				
31	47,01 €	50,98 €	54,96 €	63,79 €	32,44 €				
32	48,34 €	52,53 €	56,72 €	66,77 €	33,33 €				
33 - 35	49,22 €	53,41 €	57,83 €	68,88 €	34,21 €				
36	52,53 €	57,16 €	61,80 €	71,51 €	37,96 €				
37 - 40	54,07 €	58,71 €	63,34 €	73,50 €	39,51 €				
41 - 45	59,59 €	64,89 €	70,19 €	81,22 €	45,69 €				
46 - 50	68,64 €	74,60 €	80,56 €	93,14 €	54,07 €				
51 - 55	73,06 €	79,46 €	85,86 €	99,32 €	58,93 €				
56	74,60 €	81,22 €	87,62 €	100,64 €	60,70 €				
57	75,26 €	81,88 €	88,28 €	100,64 €	61,36 €				
58	75,92 €	82,55 €	88,95 €	100,20 €	62,02 €				
59	76,37 €	83,21 €	89,83 €	99,76 €	62,68 €				
60	77,91 €	83,87 €	89,61 €	99,32 €	63,34 €				
61	84,75 €	90,05 €	95,35 €	105,28 €	68,20 €				
62	86,30 €	90,71 €	95,35 €	104,84 €	68,86 €				
63	87,84 €	91,37 €	95,13 €	104,18 €	69,97 €				
64	89,39 €	92,26 €	94,91 €	103,73 €	71,07 €				
65	91,37 €	93,14 €	95,13 €	103,51 €	71,95 €				
66	93,36 €	94,24 €	95,13 €	103,29 €	73,06 €				
[67 : plus]	- €	- €	95,35 €	103,07 €	74,16 €				
Adhésion entre 68 & 70 ans	104,88 €	104,88 €	104,88 €	113,38 €	81,57 €				
Adhésion entre 71 & 75 ans	114,42 €	114,42 €	114,42 €	123,69 €	88,99 €				

Bloc Prothèses									
Niveau 6									
Régime Général									
A	D	F	G	R. ALM					
	67,98 €	70,85 €	73,72 €	79,79 €	49,00 €				
	76,28 €	79,46 €	82,63 €	89,39 €	53,63 €				
	78,13 €	82,33 €	86,52 €	95,26 €	54,74 €				
	80,12 €	85,19 €	90,27 €	101,42 €	55,84 €				
	81,80 €	88,06 €	94,33 €	107,62 €	57,16 €				
	83,61 €	90,93 €	98,26 €	113,89 €	58,27 €				
	86,12 €	93,80 €	101,48 €	117,42 €	59,37 €				
	88,86 €	96,67 €	104,48 €	120,95 €	61,14 €				
	90,41 €	98,44 €	106,24 €	123,16 €	62,90 €				
	96,85 €	105,28 €	113,71 €	131,76 €	69,74 €				
	99,36 €	108,15 €	116,93 €	135,30 €	72,61 €				
	110,09 €	119,63 €	129,16 €	149,64 €	84,09 €				
	113,23 €	123,16 €	133,09 €	154,28 €	88,95 €				
	120,99 €	131,54 €	142,09 €	164,65 €	97,33 €				
	123,51 €	134,19 €	145,10 €	166,68 €	99,98 €				
	124,47 €	135,30 €	146,34 €	166,69 €	101,09 €				
	125,43 €	136,40 €	147,59 €	166,01 €	102,19 €				
	126,62 €	137,50 €	148,61 €	165,27 €	103,29 €				
	128,93 €	138,61 €	148,50 €	164,48 €	104,40 €				
	125,98 €	134,19 €	142,40 €	157,23 €	101,31 €				
	128,37 €	135,30 €	142,01 €	156,34 €	102,41 €				
	130,78 €	136,40 €	141,79 €	155,61 €	103,96 €				
	133,24 €	137,28 €	141,55 €	154,61 €	105,50 €				
	136,15 €	139,05 €	141,72 €	154,31 €	107,27 €				
	139,12 €	140,59 €	142,07 €	153,94 €	108,81 €				
	142,14 €	142,14 €	142,14 €	153,48 €	110,36 €				
	156,35 €	156,35 €	156,35 €	168,83 €	121,39 €				
	170,57 €	170,57 €	170,57 €	184,18 €	132,43 €				

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1^{er} janvier 2013 (TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Module supplémentaire tarif 2013

Pour tous colléges Actifs

		jusqu'à 50 ans	de 51 à 55 ans	56 ans	57 ans	58 ans	59 ans	de 60 à 65 ans	66 ans et plus	si 1 ou plusieurs enfants à charge (uniquement pour les Actifs)
Module Assistance	Tarif adhérent TTC ⁽¹⁾	1,00 €								
	Tarif adhérent HT ⁽²⁾	0,88 €								0 €

Module additionnel de capital décès	Tarif /mois /adulte ⁽³⁾	7,50 €
--	------------------------------------	--------

Chapeau BTP Santé Plus (fermé à la vente à compter du 1 ^{er} janvier 2013)					
		Tarif 2013 TTC(1)		Tarif 2013 HT(2)	
	coefficient couple	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 1	Niveau 2
jusqu'à 50 ans	190%	8,00 €	15,00 €	7,06 €	13,24 €
de 51 à 55 ans	185%				
56 ans	183%				
58 ans	179%	10,00 €	19,00 €	8,83 €	16,77 €
59 ans	177%				
de 60 à 65 ans	175%	12,00 €	23,00 €	10,59 €	20,31 €
66 ans et plus	175%	14,00 €	25,00 €	12,36 €	22,07 €
si 1 ou plusieurs enfants à charge (uniquement pour les Actifs)		3,00 €	3,00 €	2,65 €	2,65 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(3) Tarif TCC et HT du fait que cette garantie est non soumise aux taxes TCA et CMU. Toutefois le conseil d'administration se réserve le droit de répercuter toutes taxes éventuelles applicables en cours d'exercices suite à des modifications législatives ou réglementaires conduisant à de nouvelles obligations pour l'Institution.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Tranquillité	Sécurité	Confort
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	Pour le secteur conventionné : 100 % ----- Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	100%	175%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%	100% FR		100%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%			
Transports	65%			175%
Soins externes	60 à 70%	100%	100%	
Radiologie, actes techniques médicaux	70%			150%
Pharmacie	65% / 35% / 15%			
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait			100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾	-	oui (1)(21)(23)	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (1) - en chirurgie - en maladie - en psychiatrie	-	100 % FR ⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾ 70€/jour ⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾	60€/jour ⁽²⁾ 40€ / jour ⁽²⁾	75€/jour ⁽²⁾ 40€ / jour ⁽²⁾
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	0,6% PMSS / jour (enfants de moins de 15 ans) ⁽⁵⁾	-	-
Prime de naissance	-	6% PMSS/enfant	-	-
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Tranquillité	Sécurité	Confort
Optique - Pour l'adulte équipement (Monture+verres) - dont Monture - dont Verre	60%	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 400€ /personne 2% PMSS 85% FR	équipement Verres simples : 100% + 200€ équipement Verres progressifs : 100% + 240€	équipement Verres simples : 100% + 300€ équipement Verres progressifs : 100% + 350€
- Pour l'enfant Monture Verres		2% PMSS par an et par bénéficiaire 85% FR	équipement Verres simples : 100% + 160€ équipement Verres progressifs : 100% + 240€	équipement Verres simples : 100% + 250€ équipement Verres progressifs : 100% + 350€
Lentilles remboursées par la S.S.		70% FR	100% + 100 €	100% + 125 €
Lentilles refusées par la S.S.	-	4% PMSS par an et par personne	100 €	125 €
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. ⁽²⁴⁾	-	14% PMSS par œil	-	-
Soins et prothèses dentaires - Soins dentaires - Prothèses dentaires remboursées par la S.S. - Implants ⁽⁷⁾ - Orthodontie	70% - 100%	100% 350% 300 € 235%	100% ⁽²⁹⁾ 350% ⁽²⁹⁾ - 200% ⁽²⁹⁾	100% ⁽²⁹⁾ 500% ⁽²⁹⁾ - 250% ⁽²⁹⁾
Autres prothèses & divers - Prothèses auditives - Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	250% 100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4 % PMSS)	350% ⁽²⁹⁾	500% ⁽²⁹⁾
- Acupuncture ⁽²⁷⁾	-	-	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €
- Ostéopathie ⁽⁸⁾	-	2 séances x 35 €	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €
- Cures thermales	65%	7% PMSS par an et par personne ⁽⁹⁾	100% + 187,50 €	100% + 322,50€
SECURITE PLUS	-		Compris	Compris
CONFORT PLUS	-			Compris

(1) Non limité en nombre

(2) Limité à 90 jours par hospitalisation

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(8) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

(9) Limité à une cure par an et par bénéficiaire

(21) A l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraites médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME, IMMI)

(22) A l'exclusion des prestations dites hôtelière (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...)

(23) à l'exclusion de l'hospitalisation en établissement non conventionnés

(24) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

(27) s'entend par an et par bénéficiaire en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

(29) Limité à 10 000€ par an et par bénéficiaire pour la part supérieure à la base de remboursement de la S.S.

Modules additionnels facultatifs

"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 €

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

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		01,03,07,15,21,26,38,42,53,58,63,69,71,73,74,89	
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Tranquillité	Sérénité
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur conventionné : 180% Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ⁽²¹⁾⁽²³⁾	80%	100% FR	100% FR
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%		
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		
Pharmacie	65% / 35% / 15%		
Actes médicaux supérieurs à 120 € ⁽¹⁾	100 % - 1 forfait		100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾⁽²¹⁾⁽²³⁾	-	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ⁽¹⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾	-	100 % FR	100 % FR
- en chirurgie		70€/jour	90€/jour
- en médicale et psychiatrie			
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 15 ans ⁽²³⁾	-	0,6% PMSS / jour	0,6% PMSS / jour
Prime de naissance	-	6% PMSS /enfant	15% PMSS de l'année précédente/enfant
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Tranquillité	Sérénité
Optique	60%		
- Pour l'adulte			
équipement (Monture+verres)		1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 400€ /personne	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 600€ /personne
- dont Monture		2% PMSS	4% PMSS
- dont Verre		85% FR	85% FR
- Pour l'enfant			
Monture		2% PMSS par an et par bénéficiaire	4% PMSS par an et par bénéficiaire
Verres		85% FR	85% FR
Lentilles remboursées par la S.S.		70% FR	85% FR
Lentilles refusées par la S.S.	-	4% PMSS par an et par personne	5% PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. ⁽²⁴⁾	-	14% PMSS par œil	14% PMSS par œil
Soins et prothèses dentaires			
- Soins dentaires	70%	100%	160%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		350%	400%
- Implants (7)	-	300 €	400 €
- Orthodontie	100%	235%	400%
Autres prothèses & divers			
- Prothèses auditives	60%	250%	350%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4 % PMSS)	100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4% PMSS)
- Ostéopathie ⁽⁸⁾	-	2 séances x 35 €	3 séances x 40 €
- Cures thermales ⁽⁹⁾	65%	7% PMSS par an et par personne	12% PMSS par an et par personne

Modules additionnels facultatifs

Services d'assistance	Oui
-----------------------	-----

(1) Non limité en nombre

(2) Limité à 90 jours par hospitalisation

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(8) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

(9) Limité à une cure par an et par bénéficiaire

(21) A l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraites médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME, IMM)

(22) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...)

(23) A l'exclusion de l'hospitalisation en établissements non conventionnés

(24) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		27,76		
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	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	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%	110%	130%	100% FR (25)
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	150%	150%
Transports	65%	110%	130%	150%
Soins externes	60 à 70%	100%	150%	150%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		100%	100%
Pharmacie	65% / 35% / 15%			
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % moins un forfait			
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (1) (2)	-	20€ / jour	42€ / jour	100€ / jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique (2)	-	-	-	-
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	16€ / jour	24€ / jour	100%FR
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Optique				
Verres et montures	60%	100% + 150€ par an et par bénéficiaire (26)	100% + 375€ par an et par bénéficiaire (26)	100% + 450€ par an et par bénéficiaire (550€ si lentilles ou verres progressifs)
Lentilles remboursées par la S.S.	-			
Lentilles refusées par la S.S.	-			
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. (24)	-	-	-	350€ (Par œil/ personne / an)
Soins et prothèses dentaires				
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	-	350%	450%	550% (28)
- Implants (7)	-	-	-	200 €
- Orthodontie	100%	200%	300%	400%
Autres prothèses & divers				
- Prothèses auditives	60%	100% + 150 €	100% + 250 €	100% + 400 €
		300%	400%	400%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		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€ / vaccin	30€ / vaccin	50€ / 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€
- Cures thermales	65%	100%	100%+ 150 €	100%+ 200 €
Modules additionnels facultatifs				
Services d'assistance	Oui			

(1) Non limité en nombre

(2) Limité à 90 jours par hospitalisation

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(26) Le cumul verres, monture, lentilles remboursées par la Sécurité sociale est plafonné par an et par personne à 150€ pour Boissière 1 et à 375€ pour Boissière 2

(28) Limité à 3 000€ par an et par bénéficiaire pour la part supérieure au remboursement de la Sécurité sociale.

(24) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

(25) Les dépassement d'honoraires sont limités à 5.000€ / an / bénéficiaire

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collègues - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*	
		Base nationale			
		Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾			
"Tranquillité" MBTP du Nord	enfant et <=25 ans	39,25 €	23,50 €	190%	
	26 ans	44,50 €	26,51 €		
	27 ans	45,25 €	27,25 €		
	28 ans	46,75 €	28,00 €		
	29 ans	48,00 €	28,50 €		
	30 ans	48,75 €	29,25 €		
	31 ans	53,25 €	32,00 €		
	32 ans	53,25 €	32,00 €		
	33 - 35 ans	53,25 €	32,00 €		
	36 ans	60,00 €	35,99 €		
	37 - 40 ans	60,00 €	35,99 €		
	41 - 45 ans	66,00 €	43,00 €		
	46 - 50 ans	73,25 €	44,25 €		
	51 - 55 ans	79,25 €	48,00 €	185%	
	56 ans	86,75 €	52,00 €	183%	
	57 ans	87,00 €	52,75 €	182%	
	58 ans	87,00 €	52,75 €	181%	
	59 ans	87,25 €	52,75 €		
	60 ans	95,25 €	57,00 €		180%
	61 ans	97,00 €	58,75 €		
62 ans	97,75 €	59,00 €			
63 ans	99,75 €	59,75 €			
64 ans	102,00 €	61,24 €			
65 ans	103,75 €	62,50 €			
66 ans	105,75 €	63,49 €			
67 ans et plus	105,75 €	63,49 €			
Adhésion entre 68 et 70 ans	116,33 €	69,84 €			
Adhésion entre 71 et 75 ans	126,90 €	76,19 €			
Sécurité	enfant et <=25 ans	43,75 €	31,25 €	190%	
	26 ans	49,25 €	35,50 €		
	27 ans	50,25 €	35,50 €		
	28 ans	52,00 €	35,50 €		
	29 ans	53,00 €	35,50 €		
	30 ans	54,00 €	35,50 €		
	31 ans	59,00 €	38,50 €		
	32 ans	59,00 €	38,50 €		
	33 - 35 ans	59,00 €	38,50 €		
	36 ans	65,00 €	42,50 €		
	37 - 40 ans	65,00 €	42,50 €		
	41 - 45 ans	71,25 €	46,50 €		
	46 - 50 ans	77,25 €	50,50 €		
	51 - 55 ans	84,75 €	54,75 €	185%	
	56 ans	91,75 €	59,50 €	183%	
	57 ans	93,25 €	60,25 €	182%	
	58 ans	94,50 €	61,25 €	181%	
	59 ans	96,00 €	62,00 €		
	60 ans	102,75 €	66,25 €		180%
	61 ans	104,75 €	67,50 €		
62 ans	107,75 €	69,75 €			
63 ans	110,00 €	71,00 €			
64 ans	112,00 €	72,75 €			
65 ans	114,50 €	73,50 €			
66 ans	116,50 €	76,00 €			
67 ans et plus	116,50 €	76,00 €			
Adhésion entre 68 et 70 ans	128,15 €	83,60 €			
Adhésion entre 71 et 75 ans	139,80 €	91,20 €			
Confort	enfant et <=25 ans	52,00 €	36,75 €	190%	
	26 ans	58,75 €	41,25 €		
	27 ans	60,25 €	42,50 €		
	28 ans	61,50 €	43,75 €		
	29 ans	63,25 €	44,75 €		
	30 ans	64,50 €	45,75 €		
	31 ans	73,75 €	51,50 €		
	32 ans	73,75 €	51,50 €		
	33 - 35 ans	73,75 €	51,50 €		
	36 ans	80,50 €	56,75 €		
	37 - 40 ans	80,50 €	56,75 €		
	41 - 45 ans	89,75 €	63,25 €		
	46 - 50 ans	101,50 €	71,75 €		
	51 - 55 ans	112,25 €	78,00 €	185%	
	56 ans	120,75 €	84,75 €	183%	
	57 ans	122,75 €	86,25 €	182%	
	58 ans	125,25 €	88,00 €	181%	
	59 ans	127,75 €	89,50 €		
	60 ans	129,75 €	91,25 €		180%
	61 ans	133,75 €	94,50 €		
62 ans	144,75 €	101,50 €			
63 ans	148,75 €	104,75 €			
64 ans	151,75 €	106,75 €			
65 ans	154,75 €	108,75 €			
66 ans	157,75 €	111,00 €			
67 ans et plus	157,75 €	111,00 €			
Adhésion entre 68 et 70 ans	173,53 €	122,10 €			
Adhésion entre 71 et 75 ans	189,30 €	133,20 €			

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collègues - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*	
		Base nationale			
		Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾			
"Tranquillité"	enfant et <=25 ans	36,25 €	21,75 €	190%	
	26 ans	40,50 €	24,50 €		
	27 ans	41,50 €	25,00 €		
	28 ans	42,75 €	25,75 €		
	29 ans	43,50 €	26,25 €		
	30 ans	44,25 €	26,75 €		
	31 ans	46,75 €	28,00 €		
	32 ans	47,75 €	28,75 €		
	33 - 35 ans	49,00 €	29,50 €		
	36 ans	53,25 €	32,25 €		
	37 - 40 ans	55,50 €	33,50 €		
	41 - 45 ans	61,25 €	37,00 €		
	46 - 50 ans	67,50 €	40,50 €		
	51 - 55 ans	73,00 €	44,00 €	185%	
	56 ans	80,50 €	48,50 €	183%	
	57 ans	82,00 €	49,50 €	182%	
	58 ans	84,25 €	50,75 €	181%	
	59 ans	86,25 €	52,00 €		
	60 ans	88,25 €	53,25 €	180%	
	61 ans	90,25 €	54,50 €		
	62 ans	91,75 €	55,25 €		
	63 ans	94,00 €	56,75 €		
	64 ans	95,75 €	57,75 €		
	65 ans	97,25 €	58,50 €		
	66 ans	99,50 €	60,00 €		
	67 ans et plus	101,50 €	61,25 €		
	Adhésion entre 68 et 70 ans	111,65 €	67,38 €		
	Adhésion entre 71 et 75 ans	121,80 €	73,50 €		
Sérénité	enfant et <=25 ans	50,50 €	32,50 €	190%	
	26 ans	57,75 €	37,25 €		
	27 ans	60,75 €	39,25 €		
	28 ans	62,50 €	40,25 €		
	29 ans	64,75 €	41,75 €		
	30 ans	67,50 €	43,50 €		
	31 ans	70,00 €	45,00 €		
	32 ans	72,00 €	46,50 €		
	33 - 35 ans	73,75 €	47,50 €		
	36 ans	80,75 €	52,00 €		
	37 - 40 ans	83,00 €	53,50 €		
	41 - 45 ans	92,25 €	59,50 €		
	46 - 50 ans	101,75 €	65,50 €		
	51 - 55 ans	110,00 €	71,00 €	185%	
	56 ans	113,25 €	73,00 €	183%	
	57 ans	115,50 €	74,50 €	182%	
	58 ans	118,00 €	76,00 €	181%	
	59 ans	120,25 €	77,50 €		
	60 ans	122,75 €	79,25 €	180%	
	61 ans	125,25 €	80,75 €		
	62 ans	127,75 €	82,25 €		
	63 ans	130,25 €	84,00 €		
	64 ans	132,75 €	85,75 €		
	65 ans	135,75 €	87,50 €		
	66 ans	138,25 €	89,00 €		
	67 ans et plus	141,00 €	91,00 €		
	Adhésion entre 68 et 70 ans	155,10 €	100,10 €		
	Adhésion entre 71 et 75 ans	169,20 €	109,20 €		

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

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾		
Boissière 1	enfant et <=25 ans	26,25 €	15,75 €	190%
	26 ans	29,25 €	17,50 €	
	27 ans	29,75 €	17,75 €	
	28 ans	30,25 €	18,00 €	
	29 ans	30,75 €	18,50 €	
	30 ans	31,25 €	18,75 €	
	31 ans	35,75 €	21,50 €	
	32 ans	35,75 €	21,50 €	
	33 - 35 ans	35,75 €	21,50 €	
	36 ans	40,00 €	24,00 €	
	37 - 40 ans	40,00 €	24,00 €	
	41 - 45 ans	44,00 €	26,50 €	
	46 - 50 ans	50,00 €	30,25 €	
	51 - 55 ans	56,75 €	34,50 €	185%
	56 ans	62,25 €	37,50 €	183%
	57 ans	62,25 €	37,50 €	182%
	58 ans	62,25 €	37,50 €	180%
	59 ans	62,25 €	37,50 €	
	60 ans	66,50 €	40,00 €	
	61 ans	67,75 €	40,75 €	
	62 ans	69,00 €	41,50 €	
	63 ans	70,50 €	42,25 €	
	64 ans	72,00 €	43,00 €	
	65 ans	73,50 €	44,00 €	
	66 ans	74,75 €	45,00 €	
	67 ans et plus	76,50 €	45,75 €	
	Adhésion entre 68 et 70 ans	84,15 €	50,33 €	
	Adhésion entre 71 et 75 ans	91,80 €	54,90 €	
Boissière 2	enfant et <=25 ans	40,25 €	26,50 €	190%
	26 ans	46,00 €	30,25 €	
	27 ans	47,25 €	31,00 €	
	28 ans	48,00 €	31,50 €	
	29 ans	48,75 €	32,00 €	
	30 ans	49,75 €	32,50 €	
	31 ans	54,75 €	35,75 €	
	32 ans	54,75 €	35,75 €	
	33 - 35 ans	54,75 €	35,75 €	
	36 ans	60,00 €	39,25 €	
	37 - 40 ans	60,00 €	39,25 €	
	41 - 45 ans	65,75 €	39,75 €	
	46 - 50 ans	72,25 €	43,50 €	
	51 - 55 ans	82,75 €	49,75 €	185%
	56 ans	88,25 €	52,75 €	183%
	57 ans	88,25 €	52,75 €	182%
	58 ans	88,25 €	52,75 €	180%
	59 ans	88,25 €	52,75 €	
	60 ans	91,50 €	55,00 €	
	61 ans	93,25 €	56,25 €	
	62 ans	95,25 €	57,00 €	
	63 ans	97,00 €	58,00 €	
	64 ans	99,25 €	59,50 €	
	65 ans	100,75 €	60,75 €	
	66 ans	103,00 €	61,75 €	
	67 ans et plus	105,00 €	63,25 €	
	Adhésion entre 68 et 70 ans	115,50 €	69,58 €	
	Adhésion entre 71 et 75 ans	126,00 €	75,90 €	
Boissière 3	enfant et <=25 ans	63,75 €	41,75 €	190%
	26 ans	73,25 €	48,00 €	
	27 ans	74,75 €	49,00 €	
	28 ans	76,25 €	50,00 €	
	29 ans	77,50 €	50,75 €	
	30 ans	79,00 €	51,75 €	
	31 ans	86,50 €	56,75 €	
	32 ans	86,50 €	56,75 €	
	33 - 35 ans	86,50 €	56,75 €	
	36 ans	95,25 €	62,25 €	
	37 - 40 ans	95,25 €	62,25 €	
	41 - 45 ans	104,25 €	68,25 €	
	46 - 50 ans	114,50 €	74,75 €	
	51 - 55 ans	131,25 €	85,75 €	185%
	56 ans	140,00 €	91,25 €	183%
	57 ans	140,00 €	91,25 €	182%
	58 ans	140,00 €	91,25 €	180%
	59 ans	140,00 €	91,25 €	
	60 ans	145,25 €	95,00 €	
	61 ans	148,00 €	97,00 €	
	62 ans	151,00 €	98,75 €	
	63 ans	153,50 €	100,50 €	
	64 ans	157,25 €	102,75 €	
	65 ans	160,00 €	104,75 €	
	66 ans	163,25 €	107,00 €	
	67 ans et plus	166,50 €	108,75 €	
	Adhésion entre 68 et 70 ans	183,15 €	119,63 €	
	Adhésion entre 71 et 75 ans	199,80 €	130,50 €	

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

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général		Régime de l'Est		Coefficient couple*
		Base nationale				
		Cotisation mensuelle HT ⁽¹⁾				
"Tranquillité" MBTP du Nord	enfant et <=25 ans	34,65 €		20,75 €		190%
	26 ans	39,29 €		23,40 €		
	27 ans	39,95 €		24,06 €		
	28 ans	41,27 €		24,72 €		
	29 ans	42,38 €		25,16 €		
	30 ans	43,04 €		25,82 €		
	31 ans	47,01 €		28,25 €		
	32 ans	47,01 €		28,25 €		
	33 - 35 ans	47,01 €		28,25 €		
	36 ans	52,97 €		31,77 €		
	37 - 40 ans	52,97 €		31,77 €		
	41 - 45 ans	58,27 €		37,96 €		
	46 - 50 ans	64,67 €		39,07 €		
	51 - 55 ans	69,97 €		42,38 €	185%	
	56 ans	76,59 €		45,91 €	183%	
	57 ans	76,81 €		46,57 €	182%	
	58 ans	76,81 €		46,57 €	181%	
	59 ans	77,03 €		46,57 €		
	60 ans	84,09 €		50,32 €		
	61 ans	85,64 €		51,87 €	180%	
	62 ans	86,30 €		52,09 €		
	63 ans	88,06 €		52,75 €		
	64 ans	90,05 €		54,07 €		
	65 ans	91,60 €		55,18 €		
	66 ans	93,36 €		56,05 €		
	67 ans et plus	93,36 €		56,05 €		
	Adhésion entre 68 et 70 ans	102,70 €		61,66 €		
	Adhésion entre 71 et 75 ans	112,03 €		67,26 €		
Sécurité	enfant et <=25 ans	38,62 €		27,59 €		
	26 ans	43,48 €		31,34 €		
	27 ans	44,36 €		31,34 €		
	28 ans	45,91 €		31,34 €		
	29 ans	46,79 €		31,34 €		
	30 ans	47,67 €		31,34 €		
	31 ans	52,09 €		33,99 €		
	32 ans	52,09 €		33,99 €		
	33 - 35 ans	52,09 €		33,99 €		
	36 ans	57,39 €		37,52 €		
	37 - 40 ans	57,39 €		37,52 €		
	41 - 45 ans	62,90 €		41,05 €		
	46 - 50 ans	68,20 €		44,58 €		
	51 - 55 ans	74,82 €		48,34 €	185%	
	56 ans	81,00 €		52,53 €	183%	
	57 ans	82,33 €		53,19 €	182%	
	58 ans	83,43 €		54,07 €	181%	
	59 ans	84,75 €		54,74 €		
	60 ans	90,71 €		58,49 €		
	61 ans	92,48 €		59,59 €	180%	
	62 ans	95,13 €		61,58 €		
	63 ans	97,11 €		62,68 €		
	64 ans	98,88 €		64,23 €		
	65 ans	101,09 €		64,89 €		
	66 ans	102,85 €		67,10 €		
	67 ans et plus	102,85 €		67,10 €		
	Adhésion entre 68 et 70 ans	113,14 €		73,81 €		
	Adhésion entre 71 et 75 ans	123,42 €		80,52 €		
Confort	enfant et <=25 ans	45,91 €		32,44 €		
	26 ans	51,87 €		36,42 €		
	27 ans	53,19 €		37,52 €		
	28 ans	54,30 €		38,62 €		
	29 ans	55,84 €		39,51 €		
	30 ans	56,94 €		40,39 €		
	31 ans	65,11 €		45,47 €		
	32 ans	65,11 €		45,47 €		
	33 - 35 ans	65,11 €		45,47 €		
	36 ans	71,07 €		50,10 €		
	37 - 40 ans	71,07 €		50,10 €		
	41 - 45 ans	79,24 €		55,84 €		
	46 - 50 ans	89,61 €		63,34 €		
	51 - 55 ans	99,10 €		68,86 €	185%	
	56 ans	106,60 €		74,82 €	183%	
	57 ans	108,37 €		76,15 €	182%	
	58 ans	110,58 €		77,69 €	181%	
	59 ans	112,78 €		79,01 €		
	60 ans	114,55 €		80,56 €		
	61 ans	118,08 €		83,43 €	180%	
	62 ans	127,79 €		89,61 €		
	63 ans	131,32 €		92,48 €		
	64 ans	133,97 €		94,24 €		
	65 ans	136,62 €		96,01 €		
	66 ans	139,27 €		98,00 €		
	67 ans et plus	139,27 €		98,00 €		
	Adhésion entre 68 et 70 ans	153,20 €		107,80 €		
	Adhésion entre 71 et 75 ans	167,12 €		117,60 €		

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

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation mensuelle HT ⁽¹⁾		
"Tranquillité"	enfant et <=25 ans	32,00 €	19,20 €	190%
	26 ans	35,76 €	21,63 €	
	27 ans	36,64 €	22,07 €	
	28 ans	37,74 €	22,73 €	
	29 ans	38,40 €	23,17 €	
	30 ans	39,07 €	23,62 €	
	31 ans	41,27 €	24,72 €	
	32 ans	42,16 €	25,38 €	
	33 - 35 ans	43,26 €	26,04 €	
	36 ans	47,01 €	28,47 €	
	37 - 40 ans	49,00 €	29,58 €	
	41 - 45 ans	54,07 €	32,67 €	
	46 - 50 ans	59,59 €	35,76 €	
	51 - 55 ans	64,45 €	38,85 €	185%
	56 ans	71,07 €	42,82 €	183%
	57 ans	72,39 €	43,70 €	182%
	58 ans	74,38 €	44,80 €	181%
	59 ans	76,15 €	45,91 €	
	60 ans	77,91 €	47,01 €	
	61 ans	79,68 €	48,12 €	
	62 ans	81,00 €	48,78 €	
	63 ans	82,99 €	50,10 €	
	64 ans	84,53 €	50,98 €	
	65 ans	85,86 €	51,65 €	
	66 ans	87,84 €	52,97 €	
	67 ans et plus	89,61 €	54,07 €	
	Adhésion entre 68 et 70 ans	98,57 €	59,48 €	
	Adhésion entre 71 et 75 ans	107,53 €	64,89 €	
Sérénité	enfant et <=25 ans	44,58 €	28,69 €	190%
	26 ans	50,98 €	32,89 €	
	27 ans	53,63 €	34,65 €	
	28 ans	55,18 €	35,53 €	
	29 ans	57,16 €	36,86 €	
	30 ans	59,59 €	38,40 €	
	31 ans	61,80 €	39,73 €	
	32 ans	63,56 €	41,05 €	
	33 - 35 ans	65,11 €	41,94 €	
	36 ans	71,29 €	45,91 €	
	37 - 40 ans	73,28 €	47,23 €	
	41 - 45 ans	81,44 €	52,53 €	
	46 - 50 ans	89,83 €	57,83 €	
	51 - 55 ans	97,11 €	62,68 €	185%
	56 ans	99,98 €	64,45 €	183%
	57 ans	101,97 €	65,77 €	182%
	58 ans	104,18 €	67,10 €	181%
	59 ans	106,16 €	68,42 €	
	60 ans	108,37 €	69,97 €	
	61 ans	110,58 €	71,29 €	
	62 ans	112,78 €	72,61 €	
	63 ans	114,99 €	74,16 €	
	64 ans	117,20 €	75,70 €	
	65 ans	119,85 €	77,25 €	
	66 ans	122,05 €	78,57 €	
	67 ans et plus	124,48 €	80,34 €	
	Adhésion entre 68 et 70 ans	136,93 €	88,37 €	
	Adhésion entre 71 et 75 ans	149,38 €	96,41 €	

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

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation mensuelle HT ⁽¹⁾		
Boissière 1	enfant et <=25 ans	23,17 €	13,90 €	190%
	26 ans	25,82 €	15,45 €	
	27 ans	26,26 €	15,67 €	
	28 ans	26,71 €	15,89 €	
	29 ans	27,15 €	16,33 €	
	30 ans	27,59 €	16,55 €	
	31 ans	31,56 €	18,98 €	
	32 ans	31,56 €	18,98 €	
	33 - 35 ans	31,56 €	18,98 €	
	36 ans	35,31 €	21,19 €	
	37 - 40 ans	35,31 €	21,19 €	
	41 - 45 ans	38,85 €	23,40 €	
	46 - 50 ans	44,14 €	26,71 €	
	51 - 55 ans	50,10 €	30,46 €	185%
	56 ans	54,96 €	33,11 €	183%
	57 ans	54,96 €	33,11 €	182%
	58 ans	54,96 €	33,11 €	181%
	59 ans	54,96 €	33,11 €	
	60 ans	58,71 €	35,31 €	
	61 ans	59,81 €	35,98 €	
	62 ans	60,92 €	36,64 €	
	63 ans	62,24 €	37,30 €	
	64 ans	63,56 €	37,96 €	
	65 ans	64,89 €	38,85 €	
	66 ans	65,99 €	39,73 €	
	67 ans et plus	67,54 €	40,39 €	
	Adhésion entre 68 et 70 ans	74,29 €	44,43 €	
	Adhésion entre 71 et 75 ans	81,05 €	48,47 €	
Boissière 2	enfant et <=25 ans	35,53 €	23,40 €	190%
	26 ans	40,61 €	26,71 €	
	27 ans	41,71 €	27,37 €	
	28 ans	42,38 €	27,81 €	
	29 ans	43,04 €	28,25 €	
	30 ans	43,92 €	28,69 €	
	31 ans	48,34 €	31,56 €	
	32 ans	48,34 €	31,56 €	
	33 - 35 ans	48,34 €	31,56 €	
	36 ans	52,97 €	34,65 €	
	37 - 40 ans	52,97 €	34,65 €	
	41 - 45 ans	58,05 €	35,09 €	
	46 - 50 ans	63,79 €	38,40 €	
	51 - 55 ans	73,06 €	43,92 €	185%
	56 ans	77,91 €	46,57 €	183%
	57 ans	77,91 €	46,57 €	182%
	58 ans	77,91 €	46,57 €	181%
	59 ans	77,91 €	46,57 €	
	60 ans	80,78 €	48,56 €	
	61 ans	82,33 €	49,66 €	
	62 ans	84,09 €	50,32 €	
	63 ans	85,64 €	51,21 €	
	64 ans	87,62 €	52,53 €	
	65 ans	88,95 €	53,63 €	
	66 ans	90,93 €	54,52 €	
	67 ans et plus	92,70 €	55,84 €	
	Adhésion entre 68 et 70 ans	101,97 €	61,42 €	
	Adhésion entre 71 et 75 ans	111,24 €	67,01 €	
Boissière 3	enfant et <=25 ans	56,28 €	36,86 €	190%
	26 ans	64,67 €	42,38 €	
	27 ans	65,99 €	43,26 €	
	28 ans	67,32 €	44,14 €	
	29 ans	68,42 €	44,80 €	
	30 ans	69,74 €	45,69 €	
	31 ans	76,37 €	50,10 €	
	32 ans	76,37 €	50,10 €	
	33 - 35 ans	76,37 €	50,10 €	
	36 ans	84,09 €	54,96 €	
	37 - 40 ans	84,09 €	54,96 €	
	41 - 45 ans	92,04 €	60,25 €	
	46 - 50 ans	101,09 €	65,99 €	
	51 - 55 ans	115,87 €	75,70 €	185%
	56 ans	123,60 €	80,56 €	183%
	57 ans	123,60 €	80,56 €	182%
	58 ans	123,60 €	80,56 €	181%
	59 ans	123,60 €	80,56 €	
	60 ans	128,23 €	83,87 €	
	61 ans	130,66 €	85,64 €	
	62 ans	133,31 €	87,18 €	
	63 ans	135,52 €	88,73 €	
	64 ans	138,83 €	90,71 €	
	65 ans	141,26 €	92,48 €	
	66 ans	144,12 €	94,46 €	
	67 ans et plus	146,99 €	96,01 €	
	Adhésion entre 68 et 70 ans	161,69 €	105,61 €	
	Adhésion entre 71 et 75 ans	176,39 €	115,21 €	

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

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collègues Actifs

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2013

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 individuels - Tous collèges - Actifs
ANNEXE SOCIALE au 1er janvier 2013
Cotisations Apprentis

Année Scolaire 2012 - 2013		
<i>Cotisation mensuelle TTC ^{(1) (2)}</i>		
	Ressortissant du Régime Général	Ressortissant du Régime de l'Est
Base	2,50 €	
Bien-Etre	5,00 €	
Quiétude	10,00 €	
Vitalité	25,00 €	
Privilège	40,00 €	35,00 €
Expert	65,00 €	55,00 €
Excellence	110,00 €	80,00 €
Tranquilité ^(a)	20,00 €	
Sérénité ^(a)	34,00 €	
Tranquilité ^(b)	23,00 €	
Sécurité ^(b)	27,00 €	
Confort ^(b)	35,00 €	
Boissière 1 ^(c)	11,00 €	
Boissière 2 ^(c)	24,00 €	
Boissière 3 ^(c)	38,00 €	

Année Scolaire 2013 - 2014	
Cotisation mensuelle TTC ^{(1) (2)}	
Ressortissant du Régime Général	Ressortissant du Régime de l'Est
2,50 €	
5,00 €	
10,00 €	
25,00 €	
40,00 €	
20,00 €	
35,00 €	
22,50 €	
27,50 €	
35,00 €	
10,00 €	
24,00 €	
47,50 €	

Année Scolaire 2012 - 2013		
<i>Cot. mensuelle <u>indicative</u> HT ^{(1) (3)}</i>		
	Ressortissant du Régime Général	Ressortissant du Régime de l'Est
Base	2,21 €	
Bien-Etre	4,41 €	
Quiétude	8,83 €	
Vitalité	22,07 €	
Privilège	35,31 €	30,90 €
Expert	57,39 €	48,56 €
Excellence	97,11 €	70,63 €
Tranquilité ^(a)	17,66 €	
Sérénité ^(a)	30,02 €	
Tranquilité ^(b)	20,31 €	
Sécurité ^(b)	23,84 €	
Confort ^(b)	30,90 €	
Boissière 1 ^(c)	9,71 €	
Boissière 2 ^(c)	21,19 €	
Boissière 3 ^(c)	33,55 €	

Année Scolaire 2013 - 2014	
Cot. mensuelle <u>indicative</u> HT ^{(1) (3)}	
	2,21 €
	4,41 €
	8,83 €
	22,07 €
	35,31 €
17,66 €	
30,90 €	
19,86 €	
24,28 €	
30,90 €	
8,83 €	
21,19 €	
41,94 €	

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

(2) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(3) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(a) Option réservée aux départements 01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 53, 58, 63, 69, 71, 73, 74 et 89

(b) Option réservée aux départements 59 et 62

(c) Option réservée aux départements 27 et 76

ANNEXE IX

GARANTIES, TARIFS ET COASSURANCE DU RÈGLEMENT DE FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS RETRAITÉS

(Voir tableaux pages suivantes.)

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

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

Options de la Gamme nationale											
Soins - Hospitalisation		Part S.S.	S1	S2	S3	S3+	S4	S5	S6		
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)		70%				175%				400%	
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires		80%									
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers		65%									
Transports		65%									
Soins externes		60 à 70%									
Radiologie, actes techniques médicaux		70%									
Pharmacie		15%									
		65% / 35%									
Actes médicaux supérieurs à 120 €		100%									
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾		-		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	oui	
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.	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6		
Optique Verres et montures	- Pour l'adulte - Forfait annuel de base : * Monture et / ou verres simples (3)(4) * Monture et / ou verres progressifs (3)(4)(5) - Bonus responsable intermédiaire (4) - Bonus responsable maximal (4)	60%		100 % + 100 € 100 % + 150 €	100 % + 150 € 100 % + 250 €	100% + 150€ 100% + 250€ + 50€ + 100€	100% + 200€ 100% + 300€ + 125€ + 250€	100% + 250€ 100% + 350€ + 150€ + 300€	100% + 300€ 100% + 500€ + 250€ + 500€		
- Pour l'enfant Monture et / ou verres simples (3) Monture et / ou verres progressifs (3)(5)		60%	100% + 65€ 100% + 125€	100% + 65€ 100% + 125€	100% + 120€ 100% + 200€	100 % + 225 € 100 % + 350 € 100 % + 150 €	100 % + 250 € 100 % + 550 € 100 % + 200 €	100 % + 300 € 100 % + 650 € 100 % + 200 €	100 % + 400 € 100 % + 700 € 100 % + 250 €		
Lentilles remboursées par la S.S.		60%	200%	250%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €		
Lentilles refusées par la S.S. (6)		-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €		
Soins et prothèses dentaires											
- Soins dentaires (10) - Prothèses dentaires remboursées par la S.S. (10) - Implants (7) - Orthodontie (10)		70%	100%	100%	100%	100%	100%	300%	300%		
		70%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	650%		
		-	175%	-	-	-	400 €	450 €	500 €		
Autres prothèses & divers		100%									
- Prothèses auditives (9) - Appareillages orthopédiques et autres prothèses (10) - Ostéopathie (8) - Cures thermales (9)		60%	175%	250%	350%	500%	550%	600%	750%		
			100%	250%							
		-	-	-	-	2 séances x 40€ 100%+ 187,50€	3 séances x 40€ 100%+ 322,50 €	4 séances x 50€ 100%+ 322,50 €	4 séances x 60€ 100%+ 322,50€		
- Cures thermales (8)		65%	100%	100%+ 187,50€	100%+ 187,50€	100%+ 187,50€	100%+ 187,50€	100%+ 187,50€	100%+ 322,50€		

(1) Non limitée 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) Les forfaits annuels de base et les bonus immédiats et maximaux sont octroyés suivant les modalités telles que définies dans l'article 12.2 du présent règlement.

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

(6) Forfait annuel maximal

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(8) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

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

(10) Le cumul des prestations est plafonné par an et par bénéficiaire suivant les modalités tel que définies dans l'article 12.3 du présent règlement.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
Gamme nationale

Les options de la Gamme Nationale de Frais Médicaux Individuels sont nécessairement composés d'un niveau de couverture de chacun des deux modules "Soins" et "Prothèses".

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

Bloc Soins	Bloc Prothèse	option
S2	P1	Base
S2	P2	Bien-être
S3	P3	Quiétude
S3+	P3+	Vitalité
S4	P4	Privilège
S5	P5	Expert
S6	P6	Excellence

Modules additionnels facultatifs

Module additionnel Capital Décès ⁽¹⁰⁾	1 500,00 €
---	------------

"BTP Santé Plus"	Base	Niveau 1 (9)	Niveau 2 (9)
Services d'assistance ⁽¹⁾	Oui	Oui	Oui
Améliorations de prises en charge			
- Complément sur dépassements d'honoraires hospitaliers ^{(2) (3) (4)}	-	500 €	1 500 €
- Complément sur chambre particulière en cas d'hospitalisation ^{(3) (11)}	-	25 €	30 €
- Complément au plafond optique annuel par bénéficiaire ^{(3) (5)}	-	-	30 €
Prestations supplémentaires			
- Allocation obsèques ⁽⁶⁾	-	-	1 500 €
- Lit accompagnant pour hospitalisation d'un adhérent > 70 ans ⁽⁷⁾	-	20 €	20 €
- Allocation maternité ⁽⁸⁾	-	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)			

⁽¹⁾ Par exception, module directement intégré dans les combinaisons S5/P6 et S6/P6 (Excellence)

⁽²⁾ En cas d'hospitalisation chirurgicale exclusivement

⁽³⁾ En complément des remboursements prévus dans le cadre de l'option souscrite, dans la limite des frais engagés.

⁽⁴⁾ Par hospitalisation

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

⁽⁶⁾ Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans au moment du décès

⁽⁷⁾ Dans la limite de 7 jours par hospitalisation

⁽⁸⁾ Pour chaque naissance, ou pour adoption d'un enfant de moins de 7 ans

⁽⁹⁾ N'est plus commercialisé à partir du 01/01/2013

⁽¹⁰⁾ Versé en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint en 2013 sans limite d'âge

⁽¹¹⁾ Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation

Zonage géographique

A	3, 12, 15, 18, 20, 22, 23, 28, 29, 35, 36, 37, 41, 43, 44, 45 46 48 49 50 53 56 58 61 63 71 72 73 85
D	1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 38, 39, 40, 42, 47, 51, 52, 55, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 84, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97
F	2, 30, 31, 34, 54, 57, 59, 62, 80, 83, 88, 6 & 13 niveau 1 et 2
G	6 & 13 niveau 3 à 6
Régime Alsace-Moselle (R. ALM)	57, 67, 68,

CC 2013/11

Bloc Soins						
Niveau 2						
Régime Général						
	A	D	F	G	R. ALM	
56	33,50 €	36,50 €	39,25 €	39,25 €	11,00 €	
57	34,00 €	37,00 €	40,00 €	40,00 €	11,25 €	
58	35,00 €	38,00 €	41,00 €	41,00 €	11,50 €	
59	36,00 €	39,00 €	42,00 €	42,00 €	11,75 €	
60	37,50 €	40,25 €	43,00 €	43,00 €	12,25 €	
61	41,75 €	44,50 €	47,00 €	47,00 €	14,00 €	
62	43,25 €	45,50 €	47,75 €	47,75 €	14,25 €	
63	45,00 €	47,00 €	48,75 €	48,75 €	14,50 €	
64	46,75 €	48,25 €	49,75 €	49,75 €	15,00 €	
65	48,75 €	49,75 €	50,75 €	50,75 €	15,50 €	
66	50,50 €	51,00 €	51,50 €	51,50 €	16,00 €	
	52,50 €	52,50 €	52,50 €	52,50 €	16,50 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans						
	57,75 €	57,75 €	57,75 €	57,75 €	18,15 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans						
	63,00 €	63,00 €	63,00 €	63,00 €	19,80 €	
	[67 : plus]					

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Cotisation mensuelle TTC (1)
Gamme Nationale

		Bloc Soins				
		Niveau 3				
		Régime Général				R. ALM
		A	D	F	G	
56		38,25 €	41,50 €	45,00 €	48,25 €	17,75 €
57		39,00 €	42,50 €	45,75 €	48,75 €	17,75 €
58		40,00 €	43,50 €	46,75 €	49,25 €	18,00 €
59		40,75 €	44,25 €	47,75 €	49,50 €	18,25 €
60		42,00 €	45,25 €	48,25 €	50,00 €	18,50 €
61		47,00 €	50,00 €	53,00 €	54,50 €	21,00 €
62		48,50 €	51,00 €	53,50 €	54,75 €	21,25 €
63		50,00 €	52,00 €	54,00 €	55,00 €	21,75 €
64		51,75 €	53,25 €	55,00 €	55,75 €	22,25 €
65		53,50 €	54,50 €	55,75 €	56,25 €	22,75 €
66		55,25 €	56,00 €	56,50 €	56,75 €	23,25 €
[67 : plus]		57,50 €	57,50 €	57,50 €	57,50 €	23,75 €
Adhésion entre 68 & 70 ans		63,25 €	63,25 €	63,25 €	63,25 €	26,13 €
Adhésion entre 71 & 75 ans		69,00 €	69,00 €	69,00 €	69,00 €	28,50 €

		Bloc Prothèses				
		Niveau 3				
		Régime Général				R. ALM
		A	D	F	G	
		25,23 €	27,50 €	29,52 €	31,79 €	21,25 €
		25,86 €	28,00 €	30,39 €	32,32 €	21,75 €
		26,24 €	28,50 €	31,01 €	32,47 €	22,00 €
		26,87 €	29,25 €	31,63 €	32,82 €	22,25 €
		27,75 €	29,75 €	32,00 €	32,87 €	22,50 €
		25,38 €	27,00 €	28,62 €	29,43 €	21,00 €
		26,08 €	27,50 €	28,93 €	29,64 €	21,25 €
		26,80 €	28,00 €	29,20 €	29,80 €	21,75 €
		27,79 €	28,75 €	29,46 €	29,94 €	22,25 €
		28,82 €	29,50 €	29,93 €	30,27 €	22,75 €
		29,89 €	30,00 €	30,36 €	30,54 €	23,25 €
		31,00 €	31,00 €	31,00 €	31,00 €	23,75 €
		34,10 €	34,10 €	34,10 €	34,10 €	26,13 €
		37,20 €	37,20 €	37,20 €	37,20 €	28,50 €

		Bloc Prothèses				
		Niveau 3+ "majoré"				
		Régime Général				R. ALM
		A	D	F	G	
		46,25 €	50,50 €	54,25 €	62,50 €	40,00 €
		47,00 €	51,25 €	55,25 €	62,75 €	40,25 €
		47,75 €	51,75 €	56,00 €	63,25 €	40,75 €
		48,25 €	52,50 €	56,75 €	63,00 €	41,50 €
		49,50 €	53,25 €	57,00 €	63,25 €	41,75 €
		48,25 €	51,50 €	54,50 €	60,00 €	40,25 €
		49,75 €	52,25 €	55,00 €	60,50 €	40,75 €
		51,25 €	53,25 €	55,50 €	60,75 €	41,50 €
		52,50 €	54,25 €	56,00 €	61,00 €	42,00 €
		54,00 €	55,00 €	56,25 €	61,00 €	42,50 €
		55,50 €	56,00 €	56,25 €	61,25 €	43,00 €
		56,75 €	56,75 €	56,75 €	61,00 €	43,50 €
		62,43 €	62,43 €	62,43 €	67,10 €	47,85 €
		68,10 €	68,10 €	68,10 €	73,20 €	52,20 €

		Bloc Soins				
		Niveau 3+				
		Régime Général				R. ALM
		A	D	F	G	
56		49,75 €	54,00 €	58,50 €	67,00 €	28,75 €
57		50,50 €	54,75 €	59,25 €	67,50 €	29,00 €
58		51,25 €	55,75 €	60,00 €	67,50 €	29,00 €
59		52,00 €	56,50 €	61,00 €	67,75 €	29,75 €
60		53,25 €	57,25 €	61,25 €	67,75 €	30,00 €
61		57,50 €	61,00 €	64,75 €	71,50 €	32,00 €
62		59,00 €	62,25 €	65,25 €	71,75 €	32,50 €
63		60,75 €	63,25 €	65,75 €	72,00 €	32,75 €
64		62,50 €	64,25 €	66,25 €	72,50 €	33,25 €
65		64,25 €	65,50 €	66,75 €	72,75 €	33,75 €
66		65,50 €	66,25 €	67,00 €	72,50 €	34,25 €
[67 : plus]		67,00 €	67,00 €	67,00 €	72,50 €	34,75 €
Adhésion entre 68 & 70 ans		73,70 €	73,70 €	73,70 €	79,75 €	38,23 €
Adhésion entre 71 & 75 ans		80,40 €	80,40 €	80,40 €	87,00 €	41,70 €

		Bloc Prothèses				
		Niveau 3+				
		Régime Général				R. ALM
		A	D	F	G	
		45,01 €	49,00 €	52,74 €	60,72 €	38,75 €
		45,64 €	49,75 €	53,61 €	61,03 €	39,00 €
		46,27 €	50,25 €	54,48 €	61,29 €	39,50 €
		46,90 €	51,00 €	55,10 €	61,25 €	40,25 €
		48,12 €	51,75 €	55,38 €	61,41 €	40,50 €
		46,84 €	50,00 €	52,91 €	58,37 €	39,00 €
		48,35 €	50,75 €	53,40 €	58,77 €	39,50 €
		49,65 €	51,75 €	53,85 €	59,10 €	40,25 €
		50,99 €	52,75 €	54,26 €	59,13 €	40,75 €
		52,37 €	53,50 €	54,63 €	59,34 €	41,25 €
		53,80 €	54,25 €	54,71 €	59,45 €	41,75 €
		55,00 €	55,00 €	55,00 €	59,26 €	42,25 €
		60,50 €	60,50 €	60,50 €	65,19 €	46,48 €
		66,00 €	66,00 €	66,00 €	71,11 €	50,70 €

		Bloc Prothèses				
		Niveau 4 "majoré"				
		Régime Général				R. ALM
		A	D	F	G	
		62,00 €	67,50 €	72,75 €	83,75 €	57,00 €
		63,25 €	68,75 €	74,00 €	84,50 €	57,50 €
		64,25 €	69,75 €	75,25 €	84,75 €	58,00 €
		65,25 €	70,75 €	76,50 €	85,00 €	58,75 €
		67,00 €	71,75 €	77,00 €	85,25 €	59,25 €
		65,25 €	69,50 €	73,75 €	81,25 €	57,25 €
		67,00 €	70,50 €	74,00 €	81,50 €	57,75 €
		68,75 €	71,50 €	74,50 €	81,50 €	58,75 €
		70,25 €	72,50 €	75,00 €	81,75 €	59,50 €
		72,25 €	73,75 €	75,00 €	81,75 €	60,25 €
		74,25 €	75,00 €	75,75 €	82,00 €	61,25 €
		76,25 €	76,25 €	76,25 €	82,25 €	62,25 €
		83,88 €	83,88 €	83,88 €	90,48 €	68,48 €
		91,50 €	91,50 €	91,50 €	98,70 €	74,70 €

		Bloc Soins					
		Niveau 4					
		Régime Général					
		A	D	F	G	R. ALM	
56		54,75 €	59,50 €	64,25 €	73,75 €	40,75 €	
57		55,50 €	60,25 €	65,25 €	74,25 €	41,25 €	
58		56,25 €	61,25 €	66,25 €	74,50 €	41,75 €	
59		57,25 €	62,25 €	67,25 €	74,75 €	42,00 €	
60		58,75 €	63,25 €	67,50 €	74,75 €	42,50 €	
61		63,50 €	67,50 €	71,50 €	79,00 €	45,50 €	
62		65,00 €	68,50 €	72,00 €	79,00 €	46,00 €	
63		66,75 €	69,50 €	72,25 €	79,25 €	46,50 €	
64		68,50 €	70,50 €	72,50 €	79,25 €	47,25 €	
65		70,00 €	71,50 €	73,00 €	79,25 €	48,00 €	
66		72,00 €	72,75 €	73,50 €	79,75 €	48,50 €	
[67 : plus]		74,00 €	74,00 €	74,00 €	80,00 €	49,50 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans		81,40 €	81,40 €	81,40 €	88,00 €	54,45 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans		88,80 €	88,80 €	88,80 €	96,00 €	59,40 €	

		Bloc Prothèses					
		Niveau 4					
		Régime Général					
		A	D	F	G	R. ALM	
		60,25 €	65,50 €	70,75 €	81,25 €	55,25 €	
		61,34 €	66,75 €	71,91 €	81,96 €	55,75 €	
		62,43 €	67,75 €	73,07 €	82,23 €	56,25 €	
		63,27 €	68,75 €	74,23 €	82,45 €	57,00 €	
		64,94 €	69,75 €	74,81 €	82,85 €	57,50 €	
		63,40 €	67,50 €	71,60 €	78,95 €	55,50 €	
		65,15 €	68,50 €	71,85 €	79,24 €	56,00 €	
		66,69 €	69,50 €	72,31 €	79,21 €	57,00 €	
		68,27 €	70,50 €	72,73 €	79,38 €	57,75 €	
		70,14 €	71,50 €	72,86 €	79,48 €	58,50 €	
		72,05 €	72,75 €	73,46 €	79,57 €	59,50 €	
		74,00 €	74,00 €	74,00 €	79,84 €	60,50 €	
		81,40 €	81,40 €	81,40 €	87,82 €	66,55 €	
		88,80 €	88,80 €	88,80 €	95,81 €	72,60 €	

		Bloc Prothèses					
		Niveau 5 "majoré"					
		Régime Général					
		A	D	F	G	R. ALM	
		97,50 €	106,00 €	114,50 €	131,50 €	82,50 €	
		98,75 €	107,00 €	115,75 €	132,00 €	83,50 €	
		99,75 €	108,50 €	117,00 €	131,75 €	84,75 €	
		101,00 €	109,50 €	118,25 €	131,50 €	85,75 €	
		103,00 €	110,75 €	118,50 €	131,25 €	87,00 €	
		101,25 €	107,75 €	114,00 €	126,00 €	84,50 €	
		103,50 €	108,75 €	114,25 €	125,75 €	85,50 €	
		105,50 €	110,00 €	114,25 €	125,25 €	86,75 €	
		107,75 €	111,00 €	114,50 €	125,00 €	87,75 €	
		110,50 €	112,75 €	115,00 €	125,00 €	88,75 €	
		113,25 €	114,25 €	115,75 €	125,25 €	90,75 €	
		116,25 €	116,25 €	116,25 €	125,25 €	92,50 €	
		127,88 €	127,88 €	127,88 €	137,78 €	101,75 €	
		139,50 €	139,50 €	139,50 €	150,30 €	111,00 €	

		Bloc Soins					
		Niveau 5					
		Régime Général					
		A	D	F	G	R. ALM	
56		70,00 €	76,00 €	82,25 €	94,25 €	59,00 €	
57		70,75 €	77,00 €	83,00 €	94,50 €	60,00 €	
58		71,50 €	77,75 €	84,00 €	94,50 €	60,75 €	
59		72,25 €	78,75 €	85,00 €	94,25 €	61,75 €	
60		74,00 €	79,50 €	85,00 €	94,25 €	62,50 €	
61		80,25 €	85,50 €	90,75 €	100,00 €	67,00 €	
62		82,00 €	86,50 €	90,75 €	99,75 €	68,00 €	
63		83,75 €	87,25 €	90,75 €	99,50 €	68,75 €	
64		85,50 €	88,25 €	90,75 €	99,25 €	69,75 €	
65		87,75 €	89,50 €	91,25 €	99,50 €	70,75 €	
66		90,00 €	91,00 €	91,75 €	99,50 €	72,00 €	
[67 : plus]		92,25 €	92,25 €	92,25 €	99,75 €	73,25 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans		101,48 €	101,48 €	101,48 €	109,73 €	80,58 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans		110,70 €	110,70 €	110,70 €	119,70 €	87,90 €	

		Bloc Prothèses					
		Niveau 5					
		Régime Général					
		A	D	F	G	R. ALM	
		94,68 €	103,00 €	111,07 €	127,71 €	80,00 €	
		95,77 €	104,00 €	112,48 €	128,13 €	81,00 €	
		96,86 €	105,25 €	113,64 €	127,85 €	82,25 €	
		97,95 €	106,25 €	114,80 €	127,75 €	83,25 €	
		99,91 €	107,50 €	115,09 €	127,35 €	84,50 €	
		98,35 €	104,50 €	110,65 €	122,30 €	82,00 €	
		100,40 €	105,50 €	110,85 €	122,01 €	83,00 €	
		102,49 €	106,75 €	111,01 €	121,66 €	84,25 €	
		104,62 €	107,75 €	111,13 €	121,25 €	85,25 €	
		107,27 €	109,50 €	111,73 €	121,39 €	86,25 €	
		109,98 €	111,00 €	112,27 €	121,69 €	88,00 €	
		112,75 €	112,75 €	112,75 €	121,65 €	89,75 €	
		124,03 €	124,03 €	124,03 €	133,82 €	98,73 €	
		135,30 €	135,30 €	135,30 €	145,98 €	107,70 €	

		Bloc Prothèses					
		Niveau 6 "majoré"					
		Régime Général					
		A	D	F	G	R. ALM	
		144,25 €	156,50 €	169,25 €	194,50 €	116,75 €	
		145,25 €	158,00 €	170,75 €	194,50 €	118,00 €	
		146,25 €	159,25 €	172,25 €	193,75 €	119,25 €	
		147,75 €	160,50 €	173,50 €	192,75 €	120,50 €	
		150,50 €	161,75 €	173,25 €	192,00 €	121,75 €	
		147,00 €	156,50 €	166,25 €	183,50 €	118,25 €	
		149,75 €	158,00 €	165,75 €	182,50 €	119,50 €	
		152,50 €	159,25 €	165,50 €	181,50 €	121,25 €	
		155,50 €	160,25 €	165,25 €	180,50 €	123,00 €	
		159,00 €	162,25 €	165,50 €	180,00 €	125,25 €	
		162,25 €	164,00 €	165,75 €	179,75 €	127,00 €	
		165,75 €	165,75 €	165,75 €	179,00 €	128,75 €	
		182,33 €	182,33 €	182,33 €	196,90 €	141,63 €	
		198,90 €	198,90 €	198,90 €	214,80 €	154,50 €	

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
 Cotisation mensuelle TTC (1)
 Gamme Nationale

Bloc Soins						
Niveau 6						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
56	84,50 €	92,00 €	99,25 €	114,00 €	68,75 €	
57	85,25 €	92,75 €	100,00 €	114,00 €	69,50 €	
58	86,00 €	93,50 €	100,75 €	113,50 €	70,25 €	
59	86,50 €	94,25 €	101,75 €	113,00 €	71,00 €	
60	88,25 €	95,00 €	101,50 €	112,50 €	71,75 €	
61	96,00 €	102,00 €	108,00 €	119,25 €	77,25 €	
62	97,75 €	102,75 €	108,00 €	118,75 €	78,00 €	
63	99,50 €	103,50 €	107,75 €	118,00 €	79,25 €	
64	101,25 €	104,50 €	107,50 €	117,50 €	80,50 €	
65	103,50 €	105,50 €	107,75 €	117,25 €	81,50 €	
66	105,75 €	106,75 €	107,75 €	117,00 €	82,75 €	
[67 : plus]	108,00 €	108,00 €	108,00 €	116,75 €	84,00 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans	118,80 €	118,80 €	118,80 €	128,43 €	92,40 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans	129,60 €	129,60 €	129,60 €	140,10 €	100,80 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 6						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
	139,90 €	152,00 €	164,35 €	188,80 €	113,25 €	
	140,99 €	153,25 €	165,76 €	188,81 €	114,50 €	
	142,08 €	154,50 €	167,17 €	188,04 €	115,75 €	
	143,42 €	155,75 €	168,33 €	187,20 €	117,00 €	
	146,04 €	157,00 €	168,21 €	186,31 €	118,25 €	
	142,70 €	152,00 €	161,30 €	178,10 €	114,75 €	
	145,40 €	153,25 €	160,85 €	177,09 €	116,00 €	
	148,14 €	154,50 €	160,61 €	176,26 €	117,75 €	
	150,92 €	155,50 €	160,33 €	175,13 €	119,50 €	
	154,22 €	157,50 €	160,53 €	174,79 €	121,50 €	
	157,58 €	159,25 €	160,92 €	174,37 €	123,25 €	
	161,00 €	161,00 €	161,00 €	173,85 €	125,00 €	
	177,10 €	177,10 €	177,10 €	191,24 €	137,50 €	
	193,20 €	193,20 €	193,20 €	208,62 €	150,00 €	

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Cotisation mensuelle HT (1)
Gamme Nationale

		Bloc Soins					
		Niveau 1					
		Régime Général					R. ALM
		A	D	F	G		
56		28,69 €	31,12 €	33,55 €	33,55 €	9,27 €	9,27 €
57		28,91 €	31,56 €	33,99 €	33,99 €	9,49 €	9,49 €
58		29,58 €	32,22 €	34,65 €	34,65 €	9,71 €	9,71 €
59		30,46 €	32,89 €	35,53 €	35,53 €	9,71 €	9,71 €
60		31,56 €	33,77 €	36,20 €	36,20 €	10,15 €	10,15 €
61		35,31 €	37,52 €	39,73 €	39,73 €	11,70 €	11,70 €
62		36,42 €	38,40 €	40,39 €	40,39 €	11,92 €	11,92 €
63		37,96 €	39,73 €	41,05 €	41,05 €	12,14 €	12,14 €
64		39,51 €	40,61 €	41,94 €	41,94 €	12,58 €	12,58 €
65		41,05 €	41,94 €	42,82 €	42,82 €	13,02 €	13,02 €
66		42,60 €	43,04 €	43,48 €	43,48 €	13,46 €	13,46 €
[67 : plus]		44,36 €	44,36 €	44,36 €	44,36 €	13,68 €	13,68 €
		- €	- €	- €	- €	- €	- €
		48,80 €	48,80 €	48,80 €	48,80 €	15,05 €	15,05 €
		53,24 €	53,24 €	53,24 €	53,24 €	16,42 €	16,42 €
Adhésion entre 68 & 70 ans							
Adhésion entre 71 & 75 ans							

		Bloc Prothèses					
		Niveau 1					
		Régime Général					R. ALM
		A	D	F	G		
		8,60 €	9,27 €	10,16 €	10,16 €	6,62 €	6,62 €
		8,97 €	9,71 €	10,45 €	10,45 €	6,84 €	6,84 €
		9,31 €	10,15 €	11,00 €	11,00 €	7,06 €	7,06 €
		9,64 €	10,59 €	11,55 €	11,55 €	7,28 €	7,28 €
		9,99 €	10,97 €	11,16 €	11,16 €	7,28 €	7,28 €
		7,12 €	7,50 €	8,10 €	8,10 €	6,18 €	6,18 €
		7,53 €	7,95 €	8,36 €	8,36 €	6,40 €	6,40 €
		7,73 €	7,95 €	8,38 €	8,38 €	6,62 €	6,62 €
		7,97 €	8,17 €	8,36 €	8,36 €	6,62 €	6,62 €
		8,01 €	8,17 €	8,33 €	8,33 €	6,62 €	6,62 €
		8,29 €	8,39 €	8,48 €	8,48 €	6,62 €	6,62 €
		8,39 €	8,39 €	8,39 €	8,39 €	6,62 €	6,62 €
		- €	- €	- €	- €	- €	- €
		9,23 €	9,23 €	9,23 €	9,23 €	7,28 €	7,28 €
		10,06 €	10,06 €	10,06 €	10,06 €	7,95 €	7,95 €

		Bloc Prothèses					
		Niveau 2					
		Régime Général					R. ALM
		A	D	F	G		
		15,91 €	17,22 €	18,74 €	18,74 €	11,92 €	11,92 €
		16,28 €	17,66 €	19,03 €	19,03 €	12,14 €	12,14 €
		16,62 €	18,10 €	19,58 €	19,58 €	12,36 €	12,36 €
		16,95 €	18,54 €	20,13 €	20,13 €	12,58 €	12,58 €
		17,80 €	19,20 €	20,61 €	20,61 €	13,02 €	13,02 €
		15,84 €	16,77 €	17,93 €	17,93 €	12,36 €	12,36 €
		16,33 €	17,22 €	18,10 €	18,10 €	12,58 €	12,58 €
		17,06 €	17,66 €	18,48 €	18,48 €	12,80 €	12,80 €
		17,82 €	18,32 €	18,82 €	18,82 €	13,24 €	13,24 €
		18,39 €	18,76 €	19,13 €	19,13 €	13,68 €	13,68 €
		19,22 €	19,42 €	19,63 €	19,63 €	14,13 €	14,13 €
		19,86 €	19,86 €	19,86 €	19,86 €	14,57 €	14,57 €
		- €	- €	- €	- €	- €	- €
		21,85 €	21,85 €	21,85 €	21,85 €	16,02 €	16,02 €
		23,84 €	23,84 €	23,84 €	23,84 €	17,48 €	17,48 €

		Bloc Soins					
		Niveau 2					
		Régime Général					R. ALM
		A	D	F	G		
56		29,58 €	32,22 €	34,65 €	34,65 €	9,71 €	9,71 €
57		30,02 €	32,67 €	35,31 €	35,31 €	9,93 €	9,93 €
58		30,90 €	33,55 €	36,20 €	36,20 €	10,15 €	10,15 €
59		31,78 €	34,43 €	37,08 €	37,08 €	10,37 €	10,37 €
60		33,11 €	35,53 €	37,96 €	37,96 €	10,81 €	10,81 €
61		36,86 €	39,29 €	41,49 €	41,49 €	12,36 €	12,36 €
62		38,18 €	40,17 €	42,16 €	42,16 €	12,58 €	12,58 €
63		39,73 €	41,49 €	43,04 €	43,04 €	12,80 €	12,80 €
64		41,27 €	43,92 €	44,80 €	44,80 €	13,24 €	13,24 €
65		43,04 €	43,92 €	44,80 €	44,80 €	13,68 €	13,68 €
66		44,58 €	45,03 €	45,47 €	45,47 €	14,13 €	14,13 €
[67 : plus]		46,35 €	46,35 €	46,35 €	46,35 €	14,57 €	14,57 €
		- €	- €	- €	- €	- €	- €
		50,98 €	50,98 €	50,98 €	50,98 €	16,02 €	16,02 €
		55,62 €	55,62 €	55,62 €	55,62 €	17,48 €	17,48 €
Adhésion entre 68 & 70 ans							
Adhésion entre 71 & 75 ans							

		Bloc Prothèses					
		Niveau 2					
		Régime Général					R. ALM
		A	D	F	G		
		15,91 €	17,22 €	18,74 €	18,74 €	11,92 €	11,92 €
		16,28 €	17,66 €	19,03 €	19,03 €	12,14 €	12,14 €
		16,62 €	18,10 €	19,58 €	19,58 €	12,36 €	12,36 €
		16,95 €	18,54 €	20,13 €	20,13 €	12,58 €	12,58 €
		17,80 €	19,20 €	20,61 €	20,61 €	13,02 €	13,02 €
		15,84 €	16,77 €	17,93 €	17,93 €	12,36 €	12,36 €
		16,33 €	17,22 €	18,10 €	18,10 €	12,58 €	12,58 €
		17,06 €	17,66 €	18,48 €	18,48 €	12,80 €	12,80 €
		17,82 €	18,32 €	18,82 €	18,82 €	13,24 €	13,24 €
		18,39 €	18,76 €	19,13 €	19,13 €	13,68 €	13,68 €
		19,22 €	19,42 €	19,63 €	19,63 €	14,13 €	14,13 €
		19,86 €	19,86 €	19,86 €	19,86 €	14,57 €	14,57 €
		- €	- €	- €	- €	- €	- €
		21,85 €	21,85 €	21,85 €	21,85 €	16,02 €	16,02 €
		23,84 €	23,84 €	23,84 €	23,84 €	17,48 €	17,48 €

		Bloc Prothèses					
		Niveau 3 "majoré"					
		Régime Général					R. ALM
		A	D	F	G		
		22,95 €	24,94 €	26,93 €	26,93 €	19,42 €	19,42 €
		23,62 €	25,38 €	27,59 €	27,59 €	19,86 €	19,86 €
		23,84 €	25,82 €	28,25 €	28,25 €	20,08 €	20,08 €
		24,50 €	26,71 €	28,69 €	28,69 €	20,31 €	20,31 €
		25,16 €	27,15 €	29,13 €	29,13 €	20,53 €	20,53 €
		23,17 €	24,50 €	26,04 €	26,71 €	19,20 €	19,20 €
		23,62 €	24,94 €	26,26 €	26,93 €	19,42 €	19,42 €
		24,28 €	25,38 €	26,49 €	27,15 €	19,86 €	19,86 €
		25,16 €	26,04 €	26,71 €	27,15 €	20,31 €	20,31 €
		26,26 €	26,93 €	27,15 €	27,59 €	20,75 €	20,75 €
		27,15 €	27,59 €	28,25 €	28,25 €	21,19 €	21,19 €
		28,25 €	28,25 €	28,25 €	28,25 €	21,63 €	21,63 €
		- €	- €	- €	- €	- €	- €
		31,08 €	31,08 €	31,08 €	31,08 €	23,79 €	23,79 €
		33,90 €	33,90 €	33,90 €	33,90 €	25,96 €	25,96 €

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Cotisation mensuelle HT (1)
Gamme Nationale

Bloc Soins						
Niveau 3						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
56	33,77 €	36,64 €	39,73 €	42,60 €	15,67 €	
57	34,43 €	37,52 €	40,39 €	43,04 €	15,67 €	
58	35,31 €	38,40 €	41,27 €	43,48 €	15,89 €	
59	35,98 €	39,07 €	42,16 €	43,70 €	16,11 €	
60	37,08 €	39,95 €	42,60 €	44,14 €	16,33 €	
61	41,49 €	44,14 €	46,79 €	48,12 €	18,54 €	
62	42,82 €	45,03 €	47,23 €	48,34 €	18,76 €	
63	44,14 €	45,91 €	47,67 €	48,56 €	19,20 €	
64	45,69 €	47,01 €	48,56 €	49,22 €	19,64 €	
65	47,23 €	48,12 €	49,22 €	49,66 €	20,08 €	
66	48,78 €	49,44 €	49,88 €	50,10 €	20,53 €	
[67 : plus]	50,76 €	50,76 €	50,76 €	50,76 €	20,97 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans	55,84 €	55,84 €	55,84 €	55,84 €	23,06 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans	60,92 €	60,92 €	60,92 €	60,92 €	25,16 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 3						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
	22,27 €	24,28 €	26,06 €	28,07 €	18,76 €	
	22,83 €	24,72 €	26,83 €	28,54 €	19,20 €	
	23,17 €	25,16 €	27,38 €	28,67 €	19,42 €	
	23,72 €	25,82 €	27,92 €	28,98 €	19,64 €	
	24,50 €	26,26 €	28,25 €	29,02 €	19,86 €	
	22,41 €	23,84 €	25,27 €	25,98 €	18,54 €	
	23,02 €	24,28 €	25,54 €	26,17 €	18,76 €	
	23,66 €	24,72 €	25,78 €	26,31 €	19,20 €	
	24,53 €	25,38 €	26,01 €	26,43 €	19,64 €	
	25,44 €	26,04 €	26,42 €	26,72 €	20,08 €	
	26,39 €	26,49 €	26,80 €	26,96 €	20,53 €	
	27,37 €	27,37 €	27,37 €	27,37 €	20,97 €	
	30,11 €	30,11 €	30,11 €	30,11 €	23,06 €	
	32,84 €	32,84 €	32,84 €	32,84 €	25,16 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 3+ "majoré"						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
	40,83 €	44,58 €	47,89 €	55,18 €	35,31 €	
	41,49 €	45,25 €	48,78 €	55,40 €	35,53 €	
	42,16 €	45,69 €	49,44 €	55,84 €	35,98 €	
	42,60 €	46,35 €	50,10 €	55,62 €	36,84 €	
	43,70 €	47,01 €	50,32 €	55,84 €	36,86 €	
	42,60 €	45,47 €	48,12 €	52,97 €	35,53 €	
	43,92 €	46,13 €	48,56 €	53,41 €	35,98 €	
	45,25 €	47,01 €	49,00 €	53,63 €	36,84 €	
	46,35 €	47,89 €	49,44 €	53,85 €	37,08 €	
	47,67 €	48,56 €	49,66 €	53,85 €	37,52 €	
	49,00 €	49,44 €	49,66 €	54,07 €	37,96 €	
	50,10 €	50,10 €	50,10 €	53,85 €	38,40 €	
	55,11 €	55,11 €	55,11 €	59,24 €	42,24 €	
	60,12 €	60,12 €	60,12 €	64,62 €	46,08 €	

Bloc Soins						
Niveau 3+						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
56	43,92 €	47,67 €	51,65 €	59,15 €	25,38 €	
57	44,58 €	48,34 €	52,31 €	59,59 €	25,60 €	
58	45,25 €	49,22 €	52,97 €	59,59 €	25,80 €	
59	45,91 €	49,88 €	53,85 €	59,81 €	26,26 €	
60	47,01 €	50,54 €	54,07 €	59,81 €	26,49 €	
61	50,76 €	53,85 €	57,16 €	63,12 €	28,25 €	
62	52,09 €	54,96 €	57,61 €	63,34 €	28,69 €	
63	53,63 €	55,84 €	58,05 €	63,56 €	28,91 €	
64	55,18 €	56,72 €	58,49 €	64,01 €	29,35 €	
65	56,72 €	57,83 €	58,93 €	64,23 €	29,80 €	
66	57,83 €	58,49 €	59,15 €	64,01 €	30,24 €	
67 : plus]	59,15 €	59,15 €	59,15 €	64,01 €	30,68 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans	65,07 €	65,07 €	65,07 €	70,41 €	33,75 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans	70,98 €	70,98 €	70,98 €	76,81 €	36,81 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 3+						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
	39,74 €	43,26 €	46,56 €	53,61 €	34,21 €	
	40,29 €	43,92 €	47,33 €	53,88 €	34,43 €	
	40,85 €	44,36 €	48,10 €	54,11 €	34,87 €	
	41,41 €	45,03 €	48,64 €	54,07 €	35,53 €	
	42,48 €	45,69 €	48,89 €	54,22 €	35,76 €	
	41,35 €	44,14 €	46,71 €	51,53 €	34,43 €	
	42,69 €	44,80 €	47,14 €	51,88 €	34,87 €	
	43,83 €	45,69 €	47,54 €	52,18 €	35,53 €	
	45,02 €	46,57 €	47,90 €	52,20 €	35,98 €	
	46,23 €	47,23 €	48,23 €	52,39 €	36,42 €	
	47,49 €	47,89 €	48,30 €	52,48 €	36,86 €	
	48,56 €	48,56 €	48,56 €	52,32 €	37,30 €	
	53,41 €	53,41 €	53,41 €	57,55 €	41,03 €	
	58,27 €	58,27 €	58,27 €	62,78 €	44,76 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 4 "majoré"						
	Régime Général				R. ALM	
	A	D	F	G		
	54,74 €	59,59 €	64,23 €	73,94 €	50,32 €	
	55,84 €	60,70 €	65,33 €	74,60 €	50,76 €	
	56,72 €	61,58 €	66,43 €	74,82 €	51,21 €	
	57,61 €	62,46 €	67,54 €	75,04 €	51,87 €	
	59,15 €	63,34 €	67,98 €	75,26 €	52,31 €	
	57,61 €	61,36 €	65,11 €	71,73 €	50,54 €	
	59,15 €	62,24 €	65,33 €	71,95 €	50,98 €	
	60,70 €	63,12 €	65,77 €	71,95 €	51,87 €	
	62,02 €	64,01 €	66,21 €	72,17 €	52,53 €	
	63,79 €	65,11 €	66,21 €	72,17 €	53,19 €	
	65,55 €	66,21 €	66,88 €	72,39 €	54,07 €	
	67,32 €	67,32 €	67,32 €	72,61 €	54,96 €	
	74,05 €	74,05 €	74,05 €	79,88 €	60,45 €	
	80,78 €	80,78 €	80,78 €	87,14 €	65,95 €	

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Cotisation mensuelle HT (1)
Gamme Nationale

		Bloc Soins						Bloc Prothèses					
		Niveau 4						Niveau 4					
		Régime Général						Régime Général					
		A	D	F	G	R. ALM		A	D	F	G	R. ALM	
56		48,34 €	52,53 €	56,72 €	65,11 €	35,98 €		53,19 €	57,83 €	62,46 €	71,73 €	48,78 €	
57		49,00 €	53,19 €	57,61 €	65,55 €	36,42 €		54,15 €	58,93 €	63,49 €	72,36 €	49,22 €	
58		49,06 €	54,07 €	58,49 €	65,77 €	36,86 €		55,12 €	59,81 €	64,51 €	72,60 €	49,66 €	
59		50,54 €	54,96 €	59,37 €	65,99 €	37,08 €		55,86 €	60,70 €	65,53 €	72,79 €	50,32 €	
60		51,87 €	55,84 €	59,59 €	65,99 €	37,52 €		57,33 €	61,58 €	66,05 €	73,15 €	50,76 €	
61		56,06 €	59,59 €	63,12 €	69,74 €	40,17 €		55,97 €	59,59 €	63,21 €	69,70 €	49,00 €	
62		57,39 €	60,47 €	63,56 €	69,74 €	40,61 €		57,52 €	60,47 €	63,43 €	69,95 €	49,44 €	
63		58,93 €	61,36 €	63,79 €	69,97 €	41,05 €		58,88 €	61,36 €	63,84 €	69,93 €	50,32 €	
64		60,47 €	62,24 €	64,01 €	69,97 €	41,71 €		60,27 €	62,24 €	64,21 €	70,08 €	50,98 €	
65		61,80 €	63,12 €	64,45 €	69,97 €	42,38 €		63,60 €	63,12 €	64,32 €	70,17 €	51,65 €	
66		63,56 €	64,23 €	64,89 €	70,41 €	42,82 €		63,60 €	64,23 €	64,85 €	70,25 €	52,53 €	
[67 : plus]		- €	- €	- €	- €	- €		65,33 €	65,33 €	65,33 €	70,49 €	53,41 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans		71,86 €	71,86 €	71,86 €	77,89 €	48,07 €		71,86 €	71,86 €	71,86 €	77,54 €	58,75 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans		78,40 €	78,40 €	78,40 €	84,75 €	52,44 €		78,40 €	78,40 €	78,40 €	84,58 €	64,09 €	

		Bloc Soins						Bloc Prothèses					
		Niveau 5						Niveau 5					
		Régime Général						Régime Général					
		A	D	F	G	R. ALM		A	D	F	G	R. ALM	
56		61,80 €	67,10 €	72,61 €	83,21 €	52,09 €		83,59 €	90,93 €	98,06 €	112,75 €	70,63 €	
57		62,46 €	67,98 €	73,28 €	83,43 €	52,97 €		84,55 €	91,82 €	99,30 €	113,12 €	71,51 €	
58		63,12 €	68,64 €	74,16 €	83,43 €	53,63 €		85,51 €	92,92 €	100,33 €	112,87 €	72,61 €	
59		63,79 €	69,52 €	75,04 €	83,21 €	54,52 €		86,47 €	93,80 €	101,35 €	112,78 €	73,50 €	
60		65,33 €	70,19 €	75,04 €	83,21 €	55,18 €		88,21 €	94,91 €	101,61 €	112,43 €	74,60 €	
61		70,85 €	75,48 €	80,12 €	88,28 €	59,15 €		86,83 €	92,26 €	97,69 €	107,97 €	72,39 €	
62		72,39 €	76,37 €	80,12 €	88,06 €	60,03 €		88,64 €	93,14 €	97,86 €	107,72 €	73,28 €	
63		73,94 €	77,03 €	80,12 €	87,84 €	60,70 €		90,48 €	94,24 €	98,00 €	107,41 €	74,38 €	
64		75,48 €	77,91 €	80,12 €	87,82 €	61,58 €		92,36 €	95,13 €	98,11 €	107,05 €	75,26 €	
65		77,47 €	79,01 €	80,56 €	87,84 €	62,46 €		94,70 €	96,67 €	98,64 €	107,17 €	76,15 €	
66		79,46 €	80,34 €	81,00 €	87,84 €	63,56 €		97,10 €	98,00 €	99,12 €	107,43 €	77,69 €	
[67 : plus]		81,44 €	81,44 €	81,44 €	88,06 €	64,67 €		99,54 €	99,54 €	99,54 €	107,40 €	79,24 €	
Adhésion entre 68 & 70 ans		89,59 €	89,59 €	89,59 €	96,87 €	71,14 €		109,50 €	109,50 €	109,50 €	118,14 €	87,16 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans		97,73 €	97,73 €	97,73 €	105,88 €	77,60 €		119,45 €	119,45 €	119,45 €	128,88 €	95,08 €	

Régime de Frais médicaux individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Cotisation mensuelle HT (1)
Gamme Nationale

Bloc Soins						
Niveau 6						
Régime Général						R. ALM
A	D	F	G			
56	74,60 €	81,22 €	87,62 €	100,64 €	60,70 €	
57	75,26 €	81,88 €	88,28 €	100,64 €	61,36 €	
58	75,92 €	82,55 €	88,95 €	100,20 €	62,02 €	
59	76,37 €	83,21 €	89,83 €	99,76 €	62,68 €	
60	77,91 €	83,87 €	89,61 €	99,32 €	63,34 €	
61	84,75 €	90,05 €	95,35 €	105,28 €	68,20 €	
62	86,30 €	90,71 €	95,35 €	104,84 €	68,86 €	
63	87,84 €	91,37 €	95,13 €	104,18 €	69,97 €	
64	89,39 €	92,26 €	94,91 €	103,73 €	71,07 €	
65	91,37 €	93,14 €	95,13 €	103,51 €	71,95 €	
66	93,36 €	94,24 €	95,13 €	103,29 €	73,06 €	
[67 : plus]	95,35 €	95,35 €	95,35 €	103,07 €	74,16 €	
	- €	- €	- €	- €	- €	
Adhésion entre 68 & 70 ans	104,88 €	104,88 €	104,88 €	113,38 €	81,57 €	
Adhésion entre 71 & 75 ans	114,42 €	114,42 €	114,42 €	123,69 €	88,99 €	

Bloc Prothèses						
Niveau 6						
Régime Général						R. ALM
A	D	F	G			
123,51 €	134,19 €	145,10 €	166,68 €	99,98 €		
124,47 €	135,30 €	146,34 €	166,69 €	101,09 €		
125,43 €	136,40 €	147,59 €	166,01 €	102,19 €		
126,62 €	137,50 €	148,61 €	165,27 €	103,29 €		
128,93 €	138,61 €	148,50 €	164,48 €	104,40 €		
125,98 €	134,19 €	142,40 €	157,23 €	101,31 €		
128,37 €	135,30 €	142,01 €	156,34 €	102,41 €		
130,78 €	136,40 €	141,79 €	155,61 €	103,96 €		
133,24 €	137,28 €	141,55 €	154,61 €	105,50 €		
136,15 €	139,05 €	141,72 €	154,31 €	107,27 €		
139,12 €	140,59 €	142,07 €	153,94 €	108,81 €		
142,14 €	142,14 €	142,14 €	153,48 €	110,36 €		
- €	- €	- €	- €	- €		
156,35 €	156,35 €	156,35 €	168,83 €	121,39 €		
170,57 €	170,57 €	170,57 €	184,18 €	132,43 €		

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :
- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC;
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Module supplémentaire tarif 2013

Pour tous colléges Retraités

		jusqu'à 50 ans	de 51 à 55 ans	56 ans	57 ans	58 ans	59 ans	de 60 à 65 ans	66 ans et plus	si 1 ou plusieurs enfants à charge (uniquement pour les Actifs)
Module Assistance	Tarif adhérent TTC ⁽¹⁾	1,00 €								
	Tarif adhérent HT ⁽²⁾	0,88 €								0 €

Module additionnel de capital décès	Tarif /mois /adulte ⁽³⁾	7,50 €
--	------------------------------------	--------

Chapeau BTP Santé Plus (fermé à la vente à compter du 1 ^{er} janvier 2013)					
		Tarif 2013 TTC(1)		Tarif 2013 HT(2)	
	coefficient couple	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 1	Niveau 2
jusqu'à 50 ans	190%	8,00 €	15,00 €	7,06 €	13,24 €
de 51 à 55 ans	185%				
56 ans	183%				
58 ans	179%	10,00 €	19,00 €	8,83 €	16,77 €
59 ans	177%				
de 60 à 65 ans	175%	12,00 €	23,00 €	10,59 €	20,31 €
66 ans et plus	175%	14,00 €	25,00 €	12,36 €	22,07 €
si 1 ou plusieurs enfants à charge (uniquement pour les Actifs)		3,00 €	3,00 €	2,65 €	2,65 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(3) Tarif TCC et HT du fait que cette garantie est non soumise aux taxes TCA et CMU. Toutefois le conseil d'administration se réserve le droit de répercuter toutes taxes éventuelles applicables en cours d'exercices suite à des modifications législatives ou réglementaires conduisant à de nouvelles obligations pour l'Institution.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Tranquillité	Sécurité	Confort
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	100%	175%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%	100% FR		100%
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%			
Transports	65%			175%
Soins externes	60 à 70%	100%	100%	
Radiologie, actes techniques médicaux	70%			150%
Pharmacie	65% / 35% / 15%			100%
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait			
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ⁽¹⁾	-	oui ⁽¹⁾⁽²¹⁾⁽²³⁾	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ⁽¹⁾	-	100 % FR ⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾	60€/jour ⁽²⁾	75€/jour ⁽²⁾
- en chirurgie	-	70€/jour ⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾		
- en maladie et psychiatrie	-	-	40€ / jour ⁽²⁾	40€ / jour ⁽²⁾
- en psychiatrie	-	-		
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	0,6% PMSS / jour (enfants de moins de 15 ans) ⁽⁶⁾	-	-
Prime de naissance	-	6% PMSS/enfant	-	-
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Tranquillité	Sécurité	Confort
Optique				
- Pour l'adulte				
équipement (Monture+verres)		1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 400€ /personne	équipement Verres simples : 100% + 200€	équipement Verres simples : 100% + 300€
- dont Monture		2% PMSS	équipement Verres progressifs : 100% + 240€	équipement Verres progressifs : 100% + 350€
- dont Verre		85% FR		
- Pour l'enfant	60%			
Monture		2% PMSS par an et par bénéficiaire	équipement Verres simples : 100% +160€	équipement Verres simples : 100% +250€
Verres		85% FR	équipement Verres progressifs : 100% + 240€	équipement Verres progressifs : 100% + 350€
Lentilles remboursées par la S.S.		70% FR	100% + 100 €	100% + 125 €
Lentilles refusées par la S.S.	-	4% PMSS par an et par personne	100 €	125 €
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. ⁽²⁴⁾	-	14% PMSS par œil	-	-
Soins et prothèses dentaires				
- Soins dentaires	70%	100%	100% ⁽²⁹⁾	100% ⁽²⁹⁾
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		350%	350% ⁽²⁹⁾	500% ⁽²⁹⁾
- Implants ⁽⁷⁾	-	300 €	-	-
- Orthodontie	100%	235%	200% ⁽²⁹⁾	250% ⁽²⁹⁾
Autres prothèses & divers				
- Prothèses auditives		250%	350% ⁽²⁹⁾	500% ⁽²⁹⁾
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4 % PMSS)		
- Acupuncture ⁽²⁷⁾	-	-	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €
- Ostéopathie ⁽⁸⁾	-	2 séances x 35 €	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €
- Cures thermales	65%	7% PMSS par an et par personne ⁽⁹⁾	100% + 187,50 €	100% + 322,50€
SECURITE PLUS	-		Compris	Compris
CONFORT PLUS	-			Compris

(1) Non limité en nombre

(2) Limité à 90 jours par hospitalisation

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(8) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

(9) Limité à une cure par an et par bénéficiaire

(21) A l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraite médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME, IMM)

(22) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...)

(23) à l'exclusion de l'hospitalisation en établissement non conventionnés

(24) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

(27) s'entend par an et par bénéficiaire en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

(29) Limité à 10 000€ par an et par bénéficiaire pour la part supérieure à la base de remboursement de la S.S.

Modules additionnels facultatifs

"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 €

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

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		01,03,07,15,21,26,38,42,53,58,63,69,71,73,74,89	
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Tranquillité	Sérénité
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS	Pour le secteur conventionné : 180% Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,5 % PMSS Spécialistes : 1% PMSS Neuropsychiatres : 2% PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ⁽²¹⁾⁽²³⁾	80%	100% FR	100% FR
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
Transports	65%		
Soins externes	60 à 70%		
Radiologie, actes techniques médicaux	70%		
Pharmacie	65% / 35%/15%		
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait		100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour ^{(1) (21)(23)}	-	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour ⁽¹⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾	-	100 % FR	100 % FR
- en chirurgie		70€/jour	90€/jour
- en médicale et psychiatrie	-		
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 15 ans ⁽²³⁾	-	0,6% PMSS / jour	0,6% PMSS / jour
Prime de naissance	-	6% PMSS /enfant	15% PMSS de l'année précédente/enfant
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Tranquillité	Sérénité
Optique	60%		
- Pour l'adulte			
équipement (Monture+verres)		1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 400€ /personne	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 600€ /personne
- dont Monture		2% PMSS	4% PMSS
- dont Verre		85% FR	85% FR
- Pour l'enfant			
Monture		2% PMSS par an et par bénéficiaire	4% PMSS par an et par bénéficiaire
Verres		85% FR	85% FR
Lentilles remboursées par la S.S.		70% FR	85% FR
Lentilles refusées par la S.S.	-	4% PMSS par an et par personne	5% PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. ⁽²⁴⁾	-	14% PMSS par œil	14% PMSS par œil
Soins et prothèses dentaires			
- Soins dentaires	70%	100%	160%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	70%	350%	400%
- Implants ⁽⁷⁾	-	300 €	400 €
- Orthodontie	100%	235%	400%
Autres prothèses & divers			
- Prothèses auditives	60%	250%	350%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses		100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4 % PMSS)	100% (sauf prothèses capillaires et mammaires : 4% PMSS)
- Ostéopathie ⁽⁸⁾	-	2 séances x 35 €	3 séances x 40 €
- Cures thermales ⁽⁹⁾	65%	7% PMSS par an et par personne	12% PMSS par an et par personne

Modules additionnels facultatifs

Services d'assistance	Oui
-----------------------	-----

(1) Non limité en nombre

(2) Limité à 90 jours par hospitalisation

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(8) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

(9) Limité à une cure par an et par bénéficiaire

(21) A l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraites médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME, IMM)

(22) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV,kit de nuit, blanchisserie...)

(23) A l'exclusion de l'hospitalisation en établissements non conventionnés

(24) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
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		27,76		
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	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	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%	110%	130%	100% FR (25)
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	150%	150%
Transports	65%	110%	130%	150%
Soins externes	60 à 70%		150%	150%
Radiologie, actes techniques médicaux	70%			
Pharmacie	65% / 35% / 15%	100%		
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % moins un forfait		100%	100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (1) (2)	-	20€ / jour	42€ / jour	100€ / jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique (2)	-			
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	16,00 € / jour	24,00 € / jour	100%FR
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Optique				
Verres et montures	60%	100% + 150 € par an et par bénéficiaire (26)	100% + 375€ par an et par bénéficiaire (26)	100% + 450€ par an et par bénéficiaire (550€ si lentilles ou verres progressifs)
Lentilles remboursées par la S.S.				
Lentilles refusées par la S.S.	-			
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. (24)	-			350€ (Par œil/ personne / an)
Soins et prothèses dentaires				
- Soins dentaires	70%	100%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		350%	450%	550% (28)
- Implants (7)	-	-	-	200 €
- Orthodontie	100%	200%	300%	400%
Autres prothèses & divers				
- Prothèses auditives		100% + 150 €	100% + 250 €	100% + 400 €
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100% (y compris prothèses capillaires et mammaires)	300% Sauf prothèses capillaires et mammaires : - Prothèses capillaires : 100 % + 100 € - Prothèses mammaires : 100% + 50 €	400% Sauf prothèses capillaires et mammaires : - Prothèses capillaires : 100 % + 300 € - Prothèses mammaires : 100% + 300 €
- Vaccin non remboursé	-	15€ / vaccin	30€ / vaccin	50€ / 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€
- Cures thermales	65%	100%	100%+ 150 €	100%+ 200 €

Modules additionnels facultatifs

Services d'assistance	Oui
-----------------------	-----

(1) Non limité en nombre

(2) Limité à 90 jours par hospitalisation

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(26) Le cumul verres, monture, lentilles remboursées par la Sécurité sociale est plafonné par an et par personne à 150€ pour Boissière 1 et à 375€ pour Boissière 2

(28) Limité à 3 000€ par an et par bénéficiaire pour la part supérieure au remboursement de la Sécurité sociale.

(24) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

(25) Les dépassement d'honoraires sont limités à 5.000€ / an / bénéficiaire

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collègues - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*	
		Base nationale			
		Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾			
"Tranquillité" MBTP du Nord	56 ans	86,75 €	52,00 €	183%	
	57 ans	87,00 €	52,75 €	182%	
	58 ans	87,00 €	52,75 €	181%	
	59 ans	87,25 €	52,75 €		
	60 ans	95,25 €	57,00 €	180%	
	61 ans	97,00 €	58,75 €		
	62 ans	97,75 €	59,00 €		
	63 ans	99,75 €	59,75 €		
	64 ans	102,00 €	61,24 €		
	65 ans	103,75 €	62,50 €		
66 ans	105,75 €	63,49 €			
67 ans et plus	105,75 €	63,49 €			
	Adhésion entre 68 et 70 ans	116,33 €	69,84 €		
	Adhésion entre 71 et 75 ans	126,90 €	76,19 €		
Sécurité	56 ans	91,75 €	59,50 €	183%	
	57 ans	93,25 €	60,25 €	182%	
	58 ans	94,50 €	61,25 €	181%	
	59 ans	96,00 €	62,00 €		
	60 ans	102,75 €	66,25 €	180%	
	61 ans	104,75 €	67,50 €		
	62 ans	107,75 €	69,75 €		
	63 ans	110,00 €	71,00 €		
	64 ans	112,00 €	72,75 €		
	65 ans	114,50 €	73,50 €		
	66 ans	116,50 €	76,00 €		
	67 ans et plus	116,50 €	76,00 €		
	Adhésion entre 68 et 70 ans	128,15 €	83,60 €		
	Adhésion entre 71 et 75 ans	139,80 €	91,20 €		
Confort	56 ans	120,75 €	84,75 €	183%	
	57 ans	122,75 €	86,25 €	182%	
	58 ans	125,25 €	88,00 €	181%	
	59 ans	127,75 €	89,50 €		
	60 ans	129,75 €	91,25 €	180%	
	61 ans	133,75 €	94,50 €		
	62 ans	144,75 €	101,50 €		
	63 ans	148,75 €	104,75 €		
	64 ans	151,75 €	106,75 €		
	65 ans	154,75 €	108,75 €		
	66 ans	157,75 €	111,00 €		
	67 ans et plus	157,75 €	111,00 €		
		Adhésion entre 68 et 70 ans	173,53 €	122,10 €	
		Adhésion entre 71 et 75 ans	189,30 €	133,20 €	

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

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾		
"Tranquilité"	56 ans	80,50 €	48,50 €	183%
	57 ans	82,00 €	49,50 €	182%
	58 ans	84,25 €	50,75 €	181%
	59 ans	86,25 €	52,00 €	
	60 ans	88,25 €	53,25 €	180%
	61 ans	90,25 €	54,50 €	
	62 ans	91,75 €	55,25 €	
	63 ans	94,00 €	56,75 €	
	64 ans	95,75 €	57,75 €	
	65 ans	97,25 €	58,50 €	
	66 ans	99,50 €	60,00 €	
67 ans et plus	101,50 €	61,25 €		
Adhésion entre 68 et 70 ans		111,65 €	67,38 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		121,80 €	73,50 €	
Sérénité	56 ans	113,25 €	73,00 €	183%
	57 ans	115,50 €	74,50 €	182%
	58 ans	118,00 €	76,00 €	181%
	59 ans	120,25 €	77,50 €	
	60 ans	122,75 €	79,25 €	180%
	61 ans	125,25 €	80,75 €	
	62 ans	127,75 €	82,25 €	
	63 ans	130,25 €	84,00 €	
	64 ans	132,75 €	85,75 €	
	65 ans	135,75 €	87,50 €	
	66 ans	138,25 €	89,00 €	
67 ans et plus	141,00 €	91,00 €		
Adhésion entre 68 et 70 ans		155,10 €	100,10 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		169,20 €	109,20 €	

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

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation mensuelle TTC ⁽¹⁾		
Boissière 1	56 ans	62,25 €	37,50 €	183%
	57 ans	62,25 €	37,50 €	182%
	58 ans	62,25 €	37,50 €	181%
	59 ans	62,25 €	37,50 €	
	60 ans	66,50 €	40,00 €	180%
	61 ans	67,75 €	40,75 €	
	62 ans	69,00 €	41,50 €	
	63 ans	70,50 €	42,25 €	
	64 ans	72,00 €	43,00 €	
	65 ans	73,50 €	44,00 €	
	66 ans	74,75 €	45,00 €	
	67 ans et plus	76,50 €	45,75 €	
Adhésion entre 68 et 70 ans	84,15 €	50,33 €		
Adhésion entre 71 et 75 ans	91,80 €	54,90 €		
Boissière 2	56 ans	88,25 €	52,75 €	183%
	57 ans	88,25 €	52,75 €	182%
	58 ans	88,25 €	52,75 €	181%
	59 ans	88,25 €	52,75 €	
	60 ans	91,50 €	55,00 €	180%
	61 ans	93,25 €	56,25 €	
	62 ans	95,25 €	57,00 €	
	63 ans	97,00 €	58,00 €	
	64 ans	99,25 €	59,50 €	
	65 ans	100,75 €	60,75 €	
	66 ans	103,00 €	61,75 €	
	67 ans et plus	105,00 €	63,25 €	
Adhésion entre 68 et 70 ans	115,50 €	69,58 €		
Adhésion entre 71 et 75 ans	126,00 €	75,90 €		
Boissière 3	56 ans	140,00 €	91,25 €	183%
	57 ans	140,00 €	91,25 €	182%
	58 ans	140,00 €	91,25 €	181%
	59 ans	140,00 €	91,25 €	
	60 ans	145,25 €	95,00 €	180%
	61 ans	148,00 €	97,00 €	
	62 ans	151,00 €	98,75 €	
	63 ans	153,50 €	100,50 €	
	64 ans	157,25 €	102,75 €	
	65 ans	160,00 €	104,75 €	
	66 ans	163,25 €	107,00 €	
	67 ans et plus	166,50 €	108,75 €	
Adhésion entre 68 et 70 ans	183,15 €	119,63 €		
Adhésion entre 71 et 75 ans	199,80 €	130,50 €		

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

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation mensuelle - HT ⁽¹⁾		
"Tranquillité" MBTP du Nord	56 ans	76,59 €	45,91 €	183%
	57 ans	76,81 €	46,57 €	182%
	58 ans	76,81 €	46,57 €	181%
	59 ans	77,03 €	46,57 €	
	60 ans	84,09 €	50,32 €	180%
	61 ans	85,64 €	51,87 €	
	62 ans	86,30 €	52,09 €	
	63 ans	88,06 €	52,75 €	
	64 ans	90,05 €	54,07 €	
	65 ans	91,60 €	55,18 €	
66 ans	93,36 €	56,05 €		
67 ans et plus	93,36 €	56,05 €		
Adhésion entre 68 et 70 ans		102,70 €	61,66 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		112,03 €	67,26 €	
Sécurité	56 ans	81,00 €	52,53 €	183%
	57 ans	82,33 €	53,19 €	182%
	58 ans	83,43 €	54,07 €	181%
	59 ans	84,75 €	54,74 €	
	60 ans	90,71 €	58,49 €	180%
	61 ans	92,48 €	59,59 €	
	62 ans	95,13 €	61,58 €	
	63 ans	97,11 €	62,68 €	
	64 ans	98,88 €	64,23 €	
	65 ans	101,09 €	64,89 €	
	66 ans	102,85 €	67,10 €	
	67 ans et plus	102,85 €	67,10 €	
Adhésion entre 68 et 70 ans		113,14 €	73,81 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		123,42 €	80,52 €	
Confort	56 ans	106,60 €	74,82 €	183%
	57 ans	108,37 €	76,15 €	182%
	58 ans	110,58 €	77,69 €	181%
	59 ans	112,78 €	79,01 €	
	60 ans	114,55 €	80,56 €	180%
	61 ans	118,08 €	83,43 €	
	62 ans	127,79 €	89,61 €	
	63 ans	131,32 €	92,48 €	
	64 ans	133,97 €	94,24 €	
	65 ans	136,62 €	96,01 €	
	66 ans	139,27 €	98,00 €	
	67 ans et plus	139,27 €	98,00 €	
Adhésion entre 68 et 70 ans		153,20 €	107,80 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		167,12 €	117,60 €	

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

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation mensuelle - HT ⁽¹⁾		
"Tranquillité"	56 ans	71,07 €	42,82 €	183%
	57 ans	72,39 €	43,70 €	182%
	58 ans	74,38 €	44,80 €	181%
	59 ans	76,15 €	45,91 €	
	60 ans	77,91 €	47,01 €	180%
	61 ans	79,68 €	48,12 €	
	62 ans	81,00 €	48,78 €	
	63 ans	82,99 €	50,10 €	
	64 ans	84,53 €	50,98 €	
	65 ans	85,86 €	51,65 €	
	66 ans	87,84 €	52,97 €	
67 ans et plus	89,61 €	54,07 €		
Adhésion entre 68 et 70 ans		98,57 €	59,48 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		107,53 €	64,89 €	
Sérénité	56 ans	99,98 €	64,45 €	183%
	57 ans	101,97 €	65,77 €	182%
	58 ans	104,18 €	67,10 €	181%
	59 ans	106,16 €	68,42 €	
	60 ans	108,37 €	69,97 €	180%
	61 ans	110,58 €	71,29 €	
	62 ans	112,78 €	72,61 €	
	63 ans	114,99 €	74,16 €	
	64 ans	117,20 €	75,70 €	
	65 ans	119,85 €	77,25 €	
	66 ans	122,05 €	78,57 €	
67 ans et plus	124,48 €	80,34 €		
Adhésion entre 68 et 70 ans		136,93 €	88,37 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		149,38 €	96,41 €	

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

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Options régionales

		Régime général	Régime de l'Est	Coefficient couple*
		Base nationale		
		Cotisation mensuelle - HT ⁽¹⁾		
Boissière 1	56 ans	54,96 €	33,11 €	183%
	57 ans	54,96 €	33,11 €	182%
	58 ans	54,96 €	33,11 €	181%
	59 ans	54,96 €	33,11 €	
	60 ans	58,71 €	35,31 €	180%
	61 ans	59,81 €	35,98 €	
	62 ans	60,92 €	36,64 €	
	63 ans	62,24 €	37,30 €	
	64 ans	63,56 €	37,96 €	
	65 ans	64,89 €	38,85 €	
66 ans	65,99 €	39,73 €		
67 ans et plus	67,54 €	40,39 €		
Adhésion entre 68 et 70 ans		74,29 €	44,43 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		81,05 €	48,47 €	
Boissière 2	56 ans	77,91 €	46,57 €	183%
	57 ans	77,91 €	46,57 €	182%
	58 ans	77,91 €	46,57 €	181%
	59 ans	77,91 €	46,57 €	
	60 ans	80,78 €	48,56 €	180%
	61 ans	82,33 €	49,66 €	
	62 ans	84,09 €	50,32 €	
	63 ans	85,64 €	51,21 €	
	64 ans	87,62 €	52,53 €	
	65 ans	88,95 €	53,63 €	
66 ans	90,93 €	54,52 €		
67 ans et plus	92,70 €	55,84 €		
Adhésion entre 68 et 70 ans		101,97 €	61,42 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		111,24 €	67,01 €	
Boissière 3	56 ans	123,60 €	80,56 €	183%
	57 ans	123,60 €	80,56 €	182%
	58 ans	123,60 €	80,56 €	181%
	59 ans	123,60 €	80,56 €	
	60 ans	128,23 €	83,87 €	180%
	61 ans	130,66 €	85,64 €	
	62 ans	133,31 €	87,18 €	
	63 ans	135,52 €	88,73 €	
	64 ans	138,83 €	90,71 €	
	65 ans	141,26 €	92,48 €	
66 ans	144,12 €	94,46 €		
67 ans et plus	146,99 €	96,01 €		
Adhésion entre 68 et 70 ans		161,69 €	105,61 €	
Adhésion entre 71 et 75 ans		176,39 €	115,21 €	

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

(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%]. En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

Régime de Frais Médicaux Individuels - Tous collègues Retraités

ANNEXE de CO-ASSURANCE au 1er Janvier 2013

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 individuels - Tous collèges - Retraités
ANNEXE SOCIALE au 1er janvier 2013
Réductions mises en œuvre

Régime Général et Régime Alsace-Moselle

Les réductions en fonction de la situation de l'adhérent

	Situation de l'adhérent	Réduction annuelle de cotisation		Réduction mensuelle de cotisation	
		TTC ⁽¹⁾	HT ⁽²⁾	TTC ⁽¹⁾	HT ⁽²⁾
Isolé	Si bénéficiaire de l'ACS	90,00 €	79,46 €	7,50 €	6,62 €
	A défaut, si pension de retraite ARRCO exonérée de CSG-CRDS	90,00 €	79,46 €	7,50 €	6,62 €
	A défaut, si justification d'au moins 30 ans d'ancienneté BTP	48,00 €	42,38 €	4,00 €	3,53 €
Couple	Si bénéficiaire de l'ACS	120,00 €	105,94 €	10,00 €	8,83 €
	A défaut, si pension de retraite ARRCO exonérée de CSG-CRDS	120,00 €	105,94 €	10,00 €	8,83 €
	A défaut, si justification d'au moins 30 ans d'ancienneté BTP	78,00 €	68,86 €	6,50 €	5,74 €

Les réductions en fonction du niveau de dépendance

	Niveau de dépendance	Réduction annuelle de cotisation		Réduction mensuelle de cotisation	
		TTC ⁽¹⁾	HT ⁽²⁾	TTC ⁽¹⁾	HT ⁽²⁾
Fait générateur 2012	Si dépendance en établissement (ouvrant droit à APA)	480,00 €	423,77 €	40,00 €	35,31 €
	GIR 1 ou 2	300,00 €	264,85 €	25,00 €	22,07 €
	GIR 3	240,00 €	211,88 €	20,00 €	17,66 €
	GIR 4	180,00 €	158,91 €	15,00 €	13,24 €
Fait générateur 2013	Si dépendance en établissement (ouvrant droit à APA)	480,00 €	423,77 €	40,00 €	35,31 €
	GIR 1 ou 2	300,00 €	264,85 €	25,00 €	22,07 €
	GIR 3	240,00 €	211,88 €	20,00 €	17,66 €
	GIR 4	180,00 €	158,91 €	15,00 €	13,24 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC,
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

ANNEXE X

GARANTIES, TARIFS ET DE COASSURANCE

DU RÈGLEMENT DES COMPLÉMENTS INDIVIDUELS DE FRAIS MÉDICAUX

(Voir tableaux pages suivantes.)

Régime de Complément individuels de Frais médicaux - Tous collèges
ANNEXES DES GARANTIES au 1er janvier 2013
Gamme nationale

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

Tous les remboursements s'entendent :

- A l'exclusion des participations forfaitaires mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité Sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

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

Options de la Gamme nationale

	Options de la Gamme nationale				
	Bien-Etre	Quiétude	Vitalité	Privilege	Expert
Soins - Hospitalisation	Part S.S.	S3	S3+	S4	S5
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%		175%		
Hospitalisation : Frais de séjour, honoraires	80%			300%	
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%				
Transports	65%				
Soins externes	60 à 70%	100%	150%		
Radiologie, actes techniques médicaux	70%			150%	
Pharmacie	65%/35%/15%		100%	100%	100%
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - Forfait				
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (1)	-	oui	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (2)	-	45,00 € / jour	45,00 € / jour	60,00 € / jour	75,00 € / jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	-	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour	20,00 € / jour
Optique, prothèses et divers	Part S.S.	P3	P3+	P4	P5
Optique					
Verres et montures					
- Pour l'adulte					
Forfait annuel de base :		100 % + 150 €	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€
* Monture et / ou verres simples (3)(4)		100 % + 250 €	100% + 250€	100% + 300€	100% + 500€
* Monture et / ou verres progressifs (3)(4)(5)	60%	-	+ 50€	+ 125€	+ 150€
- Bonus responsable intermédiaire (4)		-	+ 100€	+ 250€	+ 300€
- Bonus responsable maximal (4)					
- Pour l'enfant					
Monture et / ou verres simples (3)		100% + 120€	100 % + 225 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €
Monture et / ou verres progressifs (3)(5)		100% + 200€	100 % + 350 €	100 % + 550 €	100 % + 650 €
Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
Lentilles refusées par la S.S. (6)	-	80 €	125 €	150 €	175 €
Soins et prothèses dentaires					
- Soins dentaires (10)	70%	100%	100%	100%	300%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S.(10)	70%	350%	500%	550%	600%
- Implants (7)	-	-	-	400 €	450 €
- Orthodontie(10)	100%	200%	250%	300%	400%
Autres prothèses & divers					
- Prothèses auditives(10)	60%	350%	500%	550%	600%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses (10)	-	-	-	3 séances x 40 €	4 séances x 50 €
- Ostéopathe (8)	-	-	-	100%+322,50 €	100%+322,50 €
- Cures thermales (9)	65%	100% + 187,50€	100% + 187,50€		

(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) Le forfait annuel de base et les bonus intermédiaires et maximaux sont octroyés suivant

les modalités tel que définies dans l'article 12.2 du présent règlement.

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

(6) Forfait maximal par bénéficiaire pour les lentilles refusées

(7) Forfait par an et par bénéficiaire

(8) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées

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

(10) Le cumul des prestations est plafonné par an et par bénéficiaire suivant les modalités tel que définies dans l'article 12.3 du présent règlement.

Régime de Compléments individuels de frais médicaux - Tous collèges
ANNEXE TARIFAIRE au 1er janvier 2013
Cotisation mensuelle
Gamme Nationale

Régime Général												
Soins		Assuré	Conjoint	Assuré	Conjoint		Prothèses		Assuré	Conjoint	Assuré	Conjoint
		Cotisation TTC ⁽¹⁾		Cotisation HT ⁽²⁾					Cotisation TTC ⁽¹⁾		Cotisation HT ⁽²⁾	
S1	S2	-	-	-	-	P1	P2	9,00 €	7,50 €	7,95 €	6,62 €	
	S3	4,00 €	3,50 €	3,53 €	4,50 €		P3	17,00 €	14,50 €	15,01 €	12,80 €	
	S3+	12,50 €	10,50 €	11,04 €	11,25 €		P3+	39,00 €	33,00 €	34,43 €	29,13 €	
	S4	20,00 €	17,00 €	17,66 €	16,50 €		P4	57,00 €	48,50 €	50,32 €	42,82 €	
	S5	24,00 €	20,50 €	21,19 €	17,25 €		P5	76,00 €	64,50 €	67,10 €	56,94 €	
	S6	33,00 €	28,00 €	29,13 €	25,00 €		P6	95,00 €	81,00 €	83,87 €	71,51 €	
S2	S3	4,00 €	3,50 €	3,53 €	3,09 €	P2	P3	8,00 €	7,00 €	7,06 €	6,18 €	
	S3+	12,50 €	10,50 €	11,04 €	9,27 €		P3+	30,00 €	25,50 €	26,49 €	22,51 €	
	S4	20,00 €	17,00 €	17,66 €	15,01 €		P4	48,00 €	41,00 €	42,38 €	36,20 €	
	S5	24,00 €	20,50 €	21,19 €	18,10 €		P5	67,00 €	57,00 €	59,15 €	50,32 €	
	S6	33,00 €	28,00 €	29,13 €	24,72 €		P6	87,00 €	74,00 €	76,81 €	65,33 €	
	S3	S3+	8,00 €	7,00 €	7,06 €		6,18 €	P3	P3+	21,00 €	18,00 €	18,54 €
S4		16,00 €	13,50 €	14,13 €	11,92 €	P4	40,00 €		34,00 €	35,31 €	30,02 €	
S5		20,00 €	17,00 €	17,66 €	15,01 €	P5	59,00 €		50,00 €	52,09 €	44,14 €	
S6		29,00 €	24,50 €	25,60 €	21,63 €	P6	79,00 €		67,00 €	69,74 €	59,15 €	
S3+	S4	8,00 €	7,00 €	7,06 €	6,18 €	P3+	P4	18,00 €	15,50 €	15,89 €	13,68 €	
	S5	12,00 €	10,00 €	10,59 €	8,83 €		P5	37,00 €	31,50 €	32,67 €	27,81 €	
	S6	21,00 €	18,00 €	18,54 €	15,89 €		P6	57,00 €	48,50 €	50,32 €	42,82 €	
S4	S5	5,00 €	4,50 €	4,41 €	3,97 €	P4	P5	19,00 €	16,00 €	16,77 €	14,13 €	
	S6	14,00 €	12,00 €	12,36 €	10,59 €		P6	39,00 €	33,00 €	34,43 €	29,13 €	
S5	S6	9,00 €	7,50 €	7,95 €	6,62 €	P5	P6	16,00 €	13,50 €	14,13 €	11,92 €	

Régime Alsace-Moselle												
Soins		Assuré	Conjoint	Assuré	Conjoint		Prothèses		Assuré	Conjoint	Assuré	Conjoint
		Cotisation TTC ⁽¹⁾		Cotisation HT ⁽²⁾					Cotisation TTC ⁽¹⁾		Cotisation HT ⁽²⁾	
S1	S2	-	-	-	-	P1	P2	7,00 €	6,00 €	6,18 €	5,30 €	
	S3	4,00 €	3,50 €	3,53 €	3,09 €		P3	10,50 €	10,00 €	9,27 €	8,83 €	
	S3+	12,50 €	10,50 €	11,04 €	9,27 €		P3+	23,00 €	23,00 €	20,31 €	20,31 €	
	S4	20,00 €	17,00 €	17,66 €	15,01 €		P4	40,00 €	42,50 €	35,31 €	37,52 €	
	S5	21,00 €	20,00 €	18,54 €	17,66 €		P5	49,50 €	49,00 €	43,70 €	43,26 €	
	S6	33,00 €	28,00 €	29,13 €	24,72 €		P6	67,50 €	63,00 €	59,59 €	55,62 €	
S2	S3	4,00 €	3,50 €	3,53 €	3,09 €	P2	P3	7,00 €	7,00 €	6,18 €	6,18 €	
	S3+	12,50 €	10,50 €	11,04 €	9,27 €		P3+	18,00 €	18,75 €	15,89 €	16,55 €	
	S4	20,00 €	17,00 €	17,66 €	15,01 €		P4	34,50 €	36,50 €	30,46 €	32,22 €	
	S5	21,00 €	20,00 €	18,54 €	17,66 €		P5	49,00 €	46,00 €	43,26 €	40,61 €	
	S6	33,00 €	28,00 €	29,13 €	24,72 €		P6	71,50 €	65,00 €	63,12 €	57,39 €	
	S3	S3+	8,00 €	7,00 €	7,06 €		6,18 €	P3	P3+	14,00 €	13,50 €	12,36 €
S4		15,50 €	13,00 €	13,68 €	11,48 €	P4	30,50 €		32,50 €	26,93 €	28,69 €	
S5		17,75 €	16,50 €	15,67 €	14,57 €	P5	42,00 €		42,50 €	37,08 €	37,52 €	
S6		28,25 €	24,50 €	24,94 €	21,63 €	P6	66,50 €		61,00 €	58,71 €	53,85 €	
S3+	S4	8,00 €	7,00 €	7,06 €	6,18 €	P3+	P4	18,00 €	15,50 €	15,89 €	13,68 €	
	S5	12,00 €	10,00 €	10,59 €	8,83 €		P5	37,00 €	31,50 €	32,67 €	27,81 €	
	S6	21,00 €	18,00 €	18,54 €	15,89 €		P6	57,00 €	48,50 €	50,32 €	42,82 €	
S4	S5	5,00 €	4,50 €	4,41 €	3,97 €	P4	P5	18,50 €	18,00 €	16,33 €	15,89 €	
	S6	14,00 €	12,00 €	12,36 €	10,59 €		P6	31,50 €	28,00 €	27,81 €	24,72 €	
S5	S6	9,00 €	7,50 €	7,95 €	6,62 €	P5	P6	13,00 €	11,50 €	11,48 €	10,15 €	

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2013 [TCA à 7% et taxe CMU à 6,27%].

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

- le Conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC.
- à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.