

Brochure n° 3107

Accords collectifs nationaux  
**BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS**

---

AVENANT N° 14 DU 26 JUIN 2013  
RELATIF AUX RÈGLEMENTS ET AUX STATUTS  
DES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE  
NOR : ASET1351046M

Entre :

La CAPEB ;

La FNTF ;

La FNSCOP ;

La FFB ;

La FFIE,

D'une part, et

La fédération BATIMAT-TP CFTC ;

La FNCB CFDT ;

La FG FO BTP ;

La CFE-CGC BTP,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

Les statuts de BTP-Prévoyance issus de l'accord collectif national du 1<sup>er</sup> octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance sont modifiés comme suit :

L'article 10 des statuts est désormais rédigé comme suit :

« Article 10

*Mode de désignation*

Les administrateurs sont désignés :

- pour le collège des adhérents en nombre égal par chacune des organisations syndicales nationales d'employeurs ;
- pour le collège des participants en nombre égal par chacune des organisations syndicales de salariés.

Les administrateurs suppléants sont désignés dans les mêmes conditions que les administrateurs titulaires.

Chaque organisation syndicale et patronale doit veiller à désigner les administrateurs de façon à parvenir à une représentation équilibrée des hommes et des femmes.

Les organisations d'employeurs et les fédérations de salariés visées ci-dessus sont les suivantes à la date de signature des présentes :

- confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) ;
- fédération française du bâtiment (FFB) ;
- fédération française des entreprises de génie électrique et énergétique (FFIE) ;
- fédération nationale des travaux publics (FNTP) ;
- fédération des sociétés coopératives et participatives du bâtiment et des travaux publics (fédération des SCOP BTP) ;
- fédération nationale des salariés de la construction et du bois CFDT ;
- fédération BATIMAT-TP CFTC ;
- syndicat national des cadres, techniciens, agents de maîtrise et assimilés des industries du bâtiment et des travaux publics CFE-CGC BTP ;
- fédération nationale des salariés de la construction, du bois et de l'ameublement (FNSCBA) CGT ;
- fédération générale force ouvrière du bâtiment et des travaux publics et ses activités annexes (FG FO). »

Les articles 12.1, 12.2, 12.3, 12.4 et 12.5 des statuts sont remplacés par les dispositions suivantes :

#### « Article 12.1

##### *Conditions générales*

Les administrateurs doivent appartenir ou avoir appartenu à la profession du bâtiment et des travaux publics et des industries connexes, y compris en qualité de salarié d'une organisation syndicale visée à l'article 10.

Les administrateurs doivent être en activité ou âgés de moins de 70 ans à la date de leur désignation.

S'ils sont en activité, les administrateurs représentant les membres adhérents doivent appartenir à une entreprise à jour de ses cotisations.

Les administrateurs représentant les membres participants, à l'exception des salariés des organisations visées ci-dessus, doivent être membres participants.

Ils doivent être majeurs et ne pas contrevenir aux incapacités visées à l'article L. 931-9 du code de la sécurité sociale.

#### Article 12.2

##### *Assiduité*

Chaque administrateur s'oblige à assister aux réunions du conseil d'administration et à informer le conseil d'administration de toute absence prévisible.

#### Article 12.3

##### *Incompatibilités*

Un administrateur de l'institution ne peut pas être salarié de l'institution ou salarié d'un des organismes liés à l'institution par convention ou groupement de moyens, ni l'avoir été depuis moins de 3 ans.

#### Article 12.4

##### *Cumul de mandats*

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de trois conseils d'administration d'institution de prévoyance ou d'unions d'institution.

Toutefois, les mandats exercés au sein d'un même groupe de protection sociale comptent pour un seul mandat.

## Article 12.5

### *Formation des administrateurs*

L'institution met à disposition des administrateurs les formations leur permettant d'exercer leur mandat. »

L'article 13 est désormais rédigé comme suit :

## « Article 13

### *Exercice des fonctions d'administrateurs*

Les fonctions d'administrateurs n'ouvrent droit à aucune rémunération.

Toutefois, les administrateurs ont droit au remboursement des frais de déplacement et de séjour ainsi qu'éventuellement à des indemnités pour perte de salaire ou de revenu subie à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Les délibérations sont tenues secrètes à l'égard de toute personne ou organisme autre que celui dont les administrateurs détiennent leur mandat. »

L'article 17 est désormais rédigé comme suit :

## « Article 17

### *Bureau*

Le conseil d'administration élit en son sein, tous les 2 ans, à l'issue de la commission paritaire statuant sur les comptes, un bureau paritaire composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire, d'un secrétaire adjoint et de six membres. Il peut mettre fin à tout moment à leurs fonctions.

Le bureau comprend pour moitié des représentants des membres adhérents et pour moitié des représentants des membres participants.

Il doit comprendre un membre de chaque organisation syndicale d'employeurs et de salariés.

Le président et le vice-président doivent obligatoirement relever de collèges différents. Ainsi, ils sont choisis alternativement l'un parmi les représentants des membres adhérents et l'autre parmi ceux des membres participants.

Le président ne peut être âgé de plus de 72 ans. Lorsqu'il a atteint la limite d'âge, il est réputé démissionnaire d'office. La même règle s'applique au vice-président.

Les modalités de prise de parole publique du président et du vice-président doivent respecter le principe du paritarisme lorsqu'ils s'expriment au nom du conseil d'administration.

Nul ne peut exercer simultanément plus de trois mandats de président ou de vice-président du conseil d'administration d'une institution de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance.

Le bureau :

- se réunit sur convocation du président ou, à défaut, du vice-président ;
- prépare les réunions du conseil d'administration et toutes les études demandées par lui ;
- assure le suivi de l'administration générale de l'institution ;
- exerce les délégations que lui confie le conseil d'administration.

Le président ou, à défaut, le vice-président :

- représente l'institution dans tous les actes de la vie civile ;
- convoque le conseil d'administration et le bureau et fixe l'ordre du jour ;
- donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions devant être autorisées dans un délai de 1 mois à compter de leur conclusion. »

## CHAPITRE II

Il est créé dans l'accord collectif national du 1<sup>er</sup> octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance un nouveau règlement dénommé « Règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres », rédigé comme suit :

### « RÈGLEMENT DU RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS DES NON-CADRES

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *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 ARRCO et non 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.

Dans la suite du règlement, ces participants sont appelés participants non cadres.

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 des accords collectifs nationaux du 31 juillet 1968 et 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 tout salarié non cadre présent dans l'entreprise est affilié au présent règlement, à l'exception :

- des salariés qui ont choisi d'exercer leur faculté de dispense d'adhésion conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, à la condition que cette faculté soit prévue par l'acte fondateur du régime (décision unilatérale de l'employeur, référendum ou accord collectif) ;
- en cas de décision unilatérale de l'employeur, de tout salarié non cadre présent dans l'entreprise au jour de l'adhésion, lorsque ce salarié a choisi de ne pas cotiser contre son gré (en application de l'article 11 de la loi du 31 décembre 1989).

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 non cadre. En cas de non-respect de cette obligation, l'entreprise peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient éventuellement à être effectués.

#### Article 4

##### *Bénéficiaires*

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

- le participant ;
- ses ayants droit : son conjoint 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 leur 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 ;
- en 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 la 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.

Sauf situations particulières définies par le conseil d'administration de BTP-Prévoyance, la formule d'appel des cotisations exprimée en euros est réservée aux entreprises occupant un effectif supérieur ou égal à 10 salariés.

## 6.1. Assiette

Pour les cotisations exprimées en euros, les cotisations dépendent du nombre de jours de présence dans l'effectif de l'entreprise de chaque participant non cadre 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 décalés à 90 jours par salarié non cadre et par trimestre civil.

Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération, l'assiette des cotisations pour les salariés affiliés est la même que l'employeur doit appliquer pour leur couverture de prévoyance conventionnelle :

- en application des dispositions des accords collectifs nationaux du 31 juillet 1968 et 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).

Lorsque 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.

## 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 le principe d'une adhésion à caractère obligatoire au sens de la réglementation de la sécurité sociale, les différents montants ou taux de cotisations 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 qui figurent dans l'annexe tarifaire, majorés de 20 %. Par exception, jusqu'au 31 décembre 2014, cette majoration de 20 % ne s'applique pas pour les cotisations des entreprises qui avaient adhéré dans un cadre obligatoire aux règlements de frais médicaux collectifs ouvriers et/ou ETAM de BTP-Prévoyance avant la mise en œuvre du présent règlement.

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 non cadres 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 premier alinéa), 3.5 et 3.6 (à l'exception du second alinéa) des annexes III des accords collectifs nationaux du 31 juillet 1968 et du 13 décembre 1990 instituant respectivement le régime national de prévoyance des ouvriers et 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 60 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

#### *Réserve*

### Article 10

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

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

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque, 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 a 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, selon le collège d'appartenance, en application des dispositions des articles 11.2 des règlements des régimes de frais médicaux collectifs des ouvriers et des ETAM de BTP-Prévoyance tels qu'applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

### 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. – Etendue 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 II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- qu'en cas de modification des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, le conseil d'administration a compétence pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement, ces adaptations devant être soumises à ratification ultérieure de la 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 national du 13 décembre 1990 sont pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge du régime de prévoyance institué par ledit accord 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 que :

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

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

## Article 19

### *Mise en œuvre de coassurance*

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

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

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

En cas de cessation de la coassurance au 31 décembre d'un exercice, chaque 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<sup>er</sup> 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.

## Article 22

### *Section financière et réserve*

Pour le suivi des opérations nées du présent règlement (et, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, du règlement des régimes de frais médicaux collectifs standards des ETAM), 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.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, cette réserve est également alimentée par le transfert de l'ensemble des réserves précédemment constituées au titre des régimes de frais médicaux collectifs ouvriers et de frais médicaux collectifs des ETAM.

## 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. »

## CHAPITRE III

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014 :

- toutes les adhésions au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ouvriers issu de l'accord collectif national du 1<sup>er</sup> octobre 2001 en cours à cette date seront entièrement et intégralement transférées vers le règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres créé par le présent avenant ;
- ces adhésions seront mutualisées au sein de l'ensemble des adhésions non cadres au titre du règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres ;
- les fonds propres afférents au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ouvriers au 31 décembre 2013 seront transférés vers le règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres.

En conséquence, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le règlement du régime de frais médicaux collectifs des ouvriers sera entièrement et intégralement supprimé.

## CHAPITRE IV

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, le règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM issu de l'accord collectif national du 1<sup>er</sup> octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance ne fera plus l'objet de nouvelles adhésions.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014 :

- l'ensemble des adhésions en cours à ce règlement sera entièrement et intégralement transféré vers le règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres créé par le présent avenant, à

l'exception des entreprises qui ont, à la date du transfert, à la fois une adhésion au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ouvriers avec une cotisation exprimée en pourcentage de la rémunération et une adhésion au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM avec une cotisation exprimée en forfait.

Les adhésions transférées seront mutualisées au sein de l'ensemble des adhésions non cadres au titre du règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres.

Les adhésions non transférées continueront à relever du règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM ;

- les fonds propres afférents au règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM au 31 décembre 2013 seront transférés vers le règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres.

## CHAPITRE V

Le règlement du régime des compléments individuels de frais médicaux issu de l'accord collectif national du 1<sup>er</sup> octobre 2001 instituant BTP-Prévoyance est modifié comme suit :

L'article 1<sup>er</sup> est désormais rédigé comme suit :

### « Article 1<sup>er</sup>

#### *Objet. – Définitions*

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de définir les droits et les obligations des participants qui, déjà couverts dans le cadre leur entreprise par un régime collectif de frais médicaux de BTP-Prévoyance (non-cadres 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 (non-cadres, cadres ou ETAM régime fermé) à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie 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 livre 9 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. »

## CHAPITRE VI

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1<sup>er</sup> juillet 2013, à l'exception des stipulations prévues aux chapitres III et IV qui prennent effet le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

## CHAPITRE VII

Le texte du présent avenant sera déposé en un 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 26 juin 2013.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXE I

ANNEXE DES GARANTIES, ANNEXES TARIFAIRES ET ANNEXES DE COASSURANCE  
DU « RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX » COLLÈGE NON-CADRES

---

### **Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres Annexes des garanties au 1<sup>er</sup> juillet 2013 Gamme nationale**

Toutes les garanties formulées en pourcentage s'entendent :

- en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale ;
- part de la sécurité sociale comprise.

Tous les remboursements s'entendent :

- dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la sécurité sociale ;
- à l'exclusion 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 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 de la sécurité sociale	S1	S2	S3	S3+	S4	S5	S6
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	100 %	100 %	175 %	300 %	300 %	400 %
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires <sup>(1) (2)</sup>	80 %				150 %			150 %
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %							
Transports	65 %							
Soins externes	60 à 70 %							
Radiologie, actes techniques médicaux	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Pharmacie	15 %							
	65 % / 35 %							
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % – 1 forfait	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(2)</sup>	–							
Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(2)</sup>	–							
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans <sup>(2)</sup>	–	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour	20 € par jour

OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE								
	Part de la sécurité sociale	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
<b>Optique, prothèses et divers</b> Optique Verres et montures : Pour l'adulte Forfait annuel de base : Monture et/ou verres simples <sup>(3) (4)</sup> Monture et/ou verres progressifs <sup>(3) (4) (5)</sup> Bonus responsable intermédiaire <sup>(4)</sup> Bonus responsable maximal <sup>(4)</sup>	60 %	100 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €
		100 % + 30 €	100 % + 150 €	100 % + 250 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 350 €	100 % + 500 €
		–	–	–	+ 50 €	+ 125 €	+ 150 €	+ 250 €
		–	–	–	+ 100 €	+ 250 €	+ 300 €	+ 500 €
Pour l'enfant Monture et/ou verres simples <sup>(3)</sup> Monture et/ou verres progressifs <sup>(3) (5)</sup>		100 % + 65 €	100 % + 65 €	100 % + 120 €	100 % + 225 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €
		100 % + 125 €	100 % + 125 €	100 % + 200 €	100 % + 350 €	100 % + 550 €	100 % + 650 €	100 % + 700 €
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	60 %	–	250 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
Lentilles refusées par la sécurité sociale <sup>(6)</sup>	–	–	–	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
<b>Soins et prothèses dentaires</b> Soins dentaires <sup>(10)</sup> Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale <sup>(10)</sup> Implants <sup>(7)</sup> Orthodontie <sup>(10)</sup>	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	300 %	300 %
	70 %	175 %	250 %	350 %	500 %	550 %	600 %	650 %
	–	–	–	–	–	400 €	450 €	500 €
	100 %	175 %	200 %	200 %	250 %	300 %	400 %	400 %

OPTIONS DE LA GAMME NATIONALE									
	Part de la sécurité sociale	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6	
<b>Autres prothèses et divers</b>									
Prothèses auditives <sup>(10)</sup>	60 %	175 %	250 %	350 %	500 %	550 %	600 %	750 %	
Appareillages orthopédiques et autres pro- thèses <sup>(10)</sup>									
Ostéopathie <sup>(8)</sup>	-	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €	
Cures thermales <sup>(9)</sup>	65 %	100 %	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 322,50 €	100 % + 322,50 €	100 % + 322,50 €	

(1) Le coût des actes et frais visés par l'article 19 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 sont pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge du régime de prévoyance institué par ledit accord en application de cet article.  
(2) Non limité en nombre.  
(3) Montant en euros : 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 à 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 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 à l'article 12.3 du présent règlement.

MODULE ADDITIONNEL FACULTATIF	
Services d'assistance <sup>(1)</sup>	Oui
(1) Par exception, module directement intégré dans l'option P6.	



**Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres**  
**Gamme nationale**  
**Tarification Global famille**

Tarifs en pourcentage du salaire plafonné à la tranche A  
au 1<sup>er</sup> juillet 2013

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
<b>Régime général</b>										
S1										
S2	2,35 %	2,07 %								
S3	2,55 %	2,25 %								
S3+	2,90 %	2,56 %								
S4	3,20 %	2,83 %								
S5	3,55 %	3,13 %								
S6	4,15 %	3,66 %								
P1										
P2			0,72 %	0,64 %						
P3			1,20 %	1,06 %	1,24 %	1,09 %				
P3+			2,05 %	1,81 %	2,12 %	1,87 %	2,12 %	1,87 %		
P4			3,00 %	2,65 %	3,11 %	2,75 %	3,11 %	2,75 %	3,30 %	2,91 %
P5			3,65 %	3,22 %	3,78 %	3,34 %	3,78 %	3,34 %	4,02 %	3,55 %
P6			5,65 %	4,99 %	5,85 %	5,16 %	5,85 %	5,16 %	6,22 %	5,49 %

BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
<b>Régime Alsace-Moselle</b>									
S1									
S2	0,75 %								
S3	0,85 %								
S3+	1,10 %								
S4	1,30 %								
S5	1,70 %								
S6	2,85 %								
P1									
P2		0,65 %	0,57 %						
P3		1,20 %	1,06 %	1,25 %	1,10 %				
P3+		2,05 %	1,81 %	2,13 %	1,88 %	2,19 %	1,93 %		
P4		3,00 %	2,65 %	3,12 %	2,75 %	3,21 %	2,83 %	3,24 %	2,86 %
P5		3,65 %	3,22 %	3,80 %	3,35 %	3,91 %	3,45 %	3,94 %	3,48 %
P6		5,25 %	4,63 %	5,46 %	4,82 %	5,62 %	4,96 %	5,67 %	5,01 %
S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique. (1) Montant y compris les taxes applicables au 1 <sup>er</sup> juillet 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 1 <sup>er</sup> juillet 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.									

MODULES ADDITIONNELS		
	Option assistance TTC <sup>(1)</sup>	Option assistance HT <sup>(2)</sup>
Régime général	0,04 %	0,04 %
Régime Alsace-Moselle	0,04 %	0,04 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul>		

**Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres**  
**Gamme nationale**  
**Tarification Global famille au 1<sup>er</sup> juillet 2013**

	BLOCS		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
<b>Régime général</b>										
S1										
S2	478,80 €	422,71 €								
S3	518,40 €	457,67 €								
S3+	615,60 €	543,48 €								
S4	687,60 €	607,05 €								
S5	766,80 €	676,97 €								
S6	1 134,00 €	1 001,15 €								

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
P1										
P2			158,40 €	139,84 €						
P3			248,40 €	219,30 €	255,60 €	225,66 €				
P3+			507,60 €	448,13 €	525,60 €	464,02 €	547,20 €	483,09 €		
P4			756,00 €	667,43 €	781,20 €	689,68 €	813,60 €	718,28 €	831,60 %	734,18 %
P5			1 008,00 €	889,91 €	1 044,00 €	921,69 €	1 083,60 €	956,65 €	1 108,80 %	978,90 %
P6			1 872,00 €	1 652,69 €	1 936,80 €	1 709,90 €	2 012,40 €	1 776,64 €	2 059,20 %	1 817,96 %
<b>Régime Alsace-Moselle</b>										
S1										
S2	140,40 €	123,95 €								
S3	172,80 €	152,56 €								
S3+	216,00 €	190,69 €								
S4	280,80 €	247,90 €								
S5	363,60 €	321,00 €								
S6	712,80 €	629,29 €								
P1										
P2			158,40 €	139,84 €						

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
P3			248,40 €	219,30 €	259,20 €	228,83 €				
P3+			507,60 €	448,13 €	529,20 €	467,20 €	543,60 €	479,92 €		
P4			756,00 €	667,43 €	784,80 €	692,86 €	810,00 €	715,11 €	817,20 €	721,46 €
P5			1 008,00 €	889,91 €	1 047,60 €	924,87 €	1 080,00 €	953,47 €	1 087,20 €	959,83 €
P6			1 872,00 €	1 652,69 €	1 947,60 €	1 719,43 €	2 001,60 €	1 767,11 €	2 023,20 €	1 786,17 €

S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique.  
 (1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 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 1<sup>er</sup> juillet 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.

MODULES ADDITIONNELS		
	Option assistance TTC <sup>(1)</sup>	Option assistance HT <sup>(2)</sup>
Régime général	10,80 €	9,53 €
Régime Alsace-Moselle	10,80 €	9,53 €

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 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 1<sup>er</sup> juillet 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.

## Tarification Conjoint distinct

Tarifs en pourcentage du salaire plafonné à la tranche A au 1<sup>er</sup> juillet 2013

	BLOC S		BLOC P		Px+1 CIBLE		Px+2 CIBLE		Px+3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
<b>Régime général</b>										
<i>Cotisation salarié + enfants</i>										
S1										
S2	1,76 %	1,55 %								
S3	1,91 %	1,69 %								
S3+	2,18 %	1,92 %								
S4	2,40 %	2,12 %								
S5	2,66 %	2,35 %								
S6	3,11 %	2,75 %								
P1										
P2			0,54 %	0,48 %						
P3			0,90 %	0,79 %	0,93 %	0,82 %				
P3+			1,54 %	1,36 %	1,59 %	1,40 %	1,66 %	1,47 %		
P4			2,25 %	1,99 %	2,33 %	2,06 %	2,42 %	2,14 %	2,48 %	2,19 %
P5			2,74 %	2,42 %	2,84 %	2,51 %	2,95 %	2,60 %	3,01 %	2,66 %
P6			4,24 %	3,74 %	4,39 %	3,88 %	4,56 %	4,03 %	4,66 %	4,11 %

	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
<i>Cotisation salarié + enfants + conjoint</i>										
S1										
S2	2,82 %	2,49 %								
S3	3,06 %	2,70 %								
S3+	3,48 %	3,07 %								
S4	3,84 %	3,39 %								
S5	4,26 %	3,76 %								
S6	4,98 %	4,40 %								
P1										
P2			0,86 %	0,76 %						
P3			1,44 %	1,27 %	1,49 %	1,32 %				
P3+			2,46 %	2,17 %	2,55 %	2,25 %	2,64 %	2,33 %		
P4			3,60 %	3,18 %	3,73 %	3,29 %	3,87 %	3,42 %	3,96 %	3,50 %
P5			4,38 %	3,87 %	4,53 %	4,00 %	4,71 %	4,16 %	4,82 %	4,26 %
P6			6,78 %	5,99 %	7,02 %	6,20 %	7,29 %	6,44 %	7,46 %	6,59 %
<p>S : soins et hospitalisation, P : complément dentaire et optique.</p> <p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p>										



MODULES ADDITIONNELS		
		Régime général
Option assistance TTC <sup>(1)</sup>		0,04 %
Option assistance HT <sup>(2)</sup>		0,04 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– 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.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– 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.</p>		

Régime des frais médicaux collectifs. – Ouvriers

Gamme nationale

Tarifification Conjoint distinct

Tarifs en pourcentage du salaire plafonné à la tranche A au 1<sup>er</sup> juillet 2013

	BLOCS		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
<b>Régime Alsace-Moselle</b>										
<i>Cotisation salarié + enfants</i>										
S1										
S2	0,56 %	0,49 %								
S3	0,64 %	0,57 %								
S3+	0,83 %	0,73 %								
S4	0,98 %	0,87 %								
S5	1,28 %	1,13 %								

	BLOC S		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px + 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
S6	2,14 %	1,89 %								
P1										
P2			0,49 %	0,43 %						
P3			0,90 %	0,79 %	0,94 %	0,83 %				
P3+			1,54 %	1,36 %	1,60 %	1,41 %	1,65 %	1,46 %		
P4			2,25 %	1,99 %	2,34 %	2,07 %	2,41 %	2,13 %	2,43 %	2,15 %
P5			2,74 %	2,42 %	2,85 %	2,52 %	2,93 %	2,59 %	2,96 %	2,61 %
P6			3,94 %	3,48 %	4,10 %	3,62 %	4,22 %	3,73 %	4,26 %	3,76 %
Cotisation salarîé + enfants + conjoint										
S1										
S2	0,90 %	0,79 %								
S3	1,02 %	0,90 %								
S3+	1,32 %	1,17 %								
S4	1,56 %	1,38 %								
S5	2,04 %	1,80 %								
S6	3,42 %	3,02 %								
P1										
P2			0,78 %	0,69 %						
P3			1,44 %	1,27 %	1,50 %	1,32 %				
P3+			2,46 %	2,17 %	2,56 %	2,26 %	2,63 %	2,32 %		

	BLOC S		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px + 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
P4			3,60 %	3,18 %	3,74 %	3,30 %	3,85 %	3,40 %	3,89 %	3,43 %
P5			4,38 %	3,87 %	4,56 %	4,03 %	4,69 %	4,14 %	4,73 %	4,18 %
P6			6,30 %	5,56 %	6,55 %	5,78 %	6,74 %	5,95 %	6,80 %	6,00 %

S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique.  
(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 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 1<sup>er</sup> juillet 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.

MODULES ADDITIONNELS	
	Régime Alsace-Moselle
Option assistance TTC <sup>(1)</sup>	0,04 %
Option assistance HT <sup>(2)</sup>	0,04 %

(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 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 1<sup>er</sup> juillet 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. – Non-cadres**  
**Gamme nationale**  
**Tarification Conjoint distinct**

	BLOCS		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px+ 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
<b>Régime général</b>										
<i>Cotisation salarié + enfants</i>										
S1										
S2	320,40 €	282,86 €								
S3	345,60 €	305,11 €								
S3+	414,00 €	365,50 €								
S4	460,80 €	406,82 €								
S5	514,80 €	454,49 €								
S6	759,60 €	670,61 €								
P1										
P2			104,40 €	92,17 €						
P3			165,60 €	146,20 €	172,80 €	152,56 €				
P3+			338,40 €	298,76 €	349,20 €	308,29 €	363,60 €	321,00 €		
P4			507,60 €	448,13 €	525,60 €	464,02 €	547,20 €	483,09 €	558,00 €	492,63 €
P5			676,80 €	597,51 €	702,00 €	619,76 €	727,20 €	642,01 €	745,20 €	657,90 €
P6			1 252,80 €	1 106,03 €	1 296,00 €	1 144,17 €	1 346,40 €	1 188,66 €	1 378,80 €	1 217,27 €

BLOC S		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px + 3 CIBLE	
Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
Cotisation salarié + enfants + conjoint									
S1									
S2	550,80 €	486,27 €							
S3	597,60 €	527,59 €							
S3+	709,20 €	626,11 €							
S4	792,00 €	699,21 €							
S5	882,00 €	778,67 €							
S6	1 303,20 €	1 150,53 €							
P1									
P2			183,60 €	162,09 €					
P3			284,40 €	251,08 €	295,20 €	260,62 €			
P3+			583,20 €	514,88 €	604,80 €	533,95 €	553,01 €		
P4			871,20 €	769,14 €	900,00 €	794,56 €	826,34 €	957,60 €	845,41 €
P5			1 159,20 €	1 023,40 €	1 198,80 €	1 058,36 €	1 099,67 €	1 274,40 €	1 125,10 €
P6			2 152,80 €	1 900,59 €	2 228,40 €	1 967,33 €	2 043,61 €	2 368,80 €	2 091,29 €
<p>S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique.</p> <p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pourvoir pour répartir ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pourvoir pour répartir ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p>									

MODULES ADDITIONNELS		
		Régime général
Option assistance TTC <sup>(1)</sup>		10,80 %
Option assistance HT <sup>(2)</sup>		9,53 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul>		

**Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres**  
**Gamme nationale**  
**Tarification Conjoint distinct**

	BLOCS		BLOC P		Px + 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px + 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
<b>Régime Alsace-Moselle</b>										
<i>Cotisation salarié + enfants</i>										
S1										
S2	93,60 €	82,63 €								
S3	115,20 €	101,70 €								
S3+	144,00 €	127,13 €								
S4	187,20 €	165,27 €								
S5	244,80 €	216,12 €								
S6	478,80 €	422,71 €								
P1										
P2			104,40 €	92,17 €						

	BLOCS		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
P3			165,60 €	146,20 €	172,80 €	152,56 €				
P3+			338,40 €	298,76 €	352,80 €	311,47 €	363,60 €	321,00 €		
P4			507,60 €	448,13 €	529,20 €	467,20 €	543,60 €	479,92 €	547,20 €	483,09 €
P5			676,80 €	597,51 €	705,60 €	622,94 €	723,60 €	638,83 €	730,80 €	645,18 €
P6			1 252,80 €	1 106,03 €	1 303,20 €	1 150,53 €	1 339,20 €	1 182,31 €	1 353,60 €	1 195,02 €
	Cotisation salarié + enfants + conjoint									
S1										
S2	162,00 €	143,02 €								
S3	198,00 €	174,80 €								
S3+	248,40 €	219,30 €								
S4	324,00 €	286,04 €								
S5	417,60 €	368,68 €								
S6	820,80 €	724,64 €								
P1										
P2			183,60€	162,09 €						
P3			284,40 €	251,08 €	295,20 €	260,62 €				
P3+			583,20 €	514,88 €	604,80 €	533,95 €	622,80 €	549,84 €		
P4			871,20 €	769,14 €	907,20 €	800,92 €	932,40 €	823,17 €	939,60 €	829,52 €
P5			1 159,20 €	1 023,40 €	1 206,00 €	1 064,71 €	1 242,00 €	1 096,50 €	1 252,80 €	1 106,03 €



	BLOC S		BLOC P		Px+ 1 CIBLE		Px + 2 CIBLE		Px+ 3 CIBLE	
	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>	Tarif TTC <sup>(1)</sup>	Tarif HT <sup>(2)</sup>
P6			2 152,80 €	1 900,59 €	2 239,20 €	1 976,87 €	2 304,00 €	2 034,08 €	2 325,60 €	2 053,15 €
<p>S : soins et hospitalisation. P : complément dentaire et optique.</p> <p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul>										

MODULES ADDITIONNELS	
	Régime Alsace-Moselle
Option assistance TTC <sup>(1)</sup>	10,80 %
Option assistance HT <sup>(2)</sup>	9,53 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul>	

**Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres**  
**Annexes des garanties au 1<sup>er</sup> juillet 2013**  
**Options régionales**

Toutes les garanties formulées en pourcentage s'entendent :

- en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale ;
- part de la sécurité sociale comprise.

Tous les remboursements s'entendent :

- dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la sécurité sociale ;
- à l'exclusion 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 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	
<b>Soins. – Hospitalisation</b>	Part sécurité sociale	Sécurité	Confort
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	175 %
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires <sup>(1) (2)</sup>	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 1 <sup>er</sup> jour <sup>(1)</sup>	–	Oui	Oui
Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(1) (2)</sup>	–	60 € par jour	75 € par jour
Chambre particulière en secteur psychiatrique <sup>(2)</sup>	–	40 € par jour	40 € par jour

OPTIONS			
<b>Optique, prothèses et divers</b>			
Optique		Adultes	Adultes
Verres et montures remboursés par la sécurité sociale <sup>(2)</sup>	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 % + 160 € pour un équipement à verres simples	100 % + 350 € pour un équipement à verres progressifs  100 % + 250 € pour un équipement à verres simples
Lentilles remboursées par la sécurité sociale		100 % + 100 €	100 % + 125 €
Lentilles refusées par la sécurité sociale	–	100 €	125 €
<b>Soins et prothèses dentaires</b>			
Soins dentaires	70 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale		350 %	500 %
Implants <sup>(3)</sup>	–	–	–
Orthodontie	100 %	200 %	250 %
<b>Autres prothèses et divers</b>			
Prothèses auditives	60 %	350 %	500 %
Appareillages orthopédiques et autres prothèses			
Acupuncture <sup>(4)</sup>	–	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €
Ostéopathie <sup>(5)</sup>	–	2 séances x 30 €	3 séances x 30 €
Cures thermales	65 %	100 % + 187,50 €	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. (3) Forfait par an et par bénéficiaire. (4) S'entend par an et par bénéficiaire en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées. (5) 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 24 h/24 en cas d'hospitalisation	Oui	Chambre particulière en sec-teur psychiatrique	53,36 € par jour
Allocation hospitalière du 3 <sup>e</sup> au 90 <sup>e</sup> jour	15,85 €	Prothèses auditives refusées par la sécurité sociale	381,12 € par an
Allocation obsèques (en cas de décès avant 65 ans)	1 524 €	Prothèses capillaires et mammaires refusées par la sécurité sociale	266,79 € par an
Protection juridique et assurance vie quotidienne	Oui	Orthodontie adulte refusée par la sécurité sociale	76,25 € par an
Prime événements familiaux : mariage / naissance	76,25 €	Orthodontie enfant refusée par la sécurité sociale	76,25 € par 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	100 % frais réels
		Collants ou bas à varices	114,34 € par an
		Fécondation <i>in vitro</i>	571,68 € par an
		Cholestérol ADL	5,72 € par acte
		Pédicurie	114,34 € par an
		Platrix	57,17 € par an
		Chiropracteur	50 % frais réels
		Densitométrie osseuse	76,22 € par an

OPTIONS			
Départements où l'adhésion est possible		01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 53, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 89	
<b>Soins. – Hospitalisation</b>	Part sécurité sociale	RS2	RS3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	Pour le secteur conventionné 100 %	Pour le secteur conventionné 180 %
		Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,50 % PMSS Spécialistes : 1 % PMSS Neuropsychiatres : 2 % PMSS	Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,50 % PMSS Spécialistes : 1 % PMSS Neuropsychiatres : 2 % PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires <sup>(1) (2) (6) (8)</sup> (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 premier jour <sup>(10) (2) (6) (8)</sup>	–	Oui	Oui
Chambre particulière dès le premier jour <sup>(2) (6) (7) (8)</sup> :	–		
– en chirurgie <sup>(10)</sup>		100 % FR	100 % FR
– en médicale et psychiatrie		70 € par jour	90 € par jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 15 ans <sup>(8) (10)</sup>	–	0,60 % PMSS par jour	0,60 % PMSS par jour
Allocation maternité	–	Cette prestation est prise en charge par la garantie « Forfait naissance » du régime national de prévoyance des ETAM	
<b>Optique, prothèses et divers</b>			
Optique			
Pour l'adulte :			
Equipement (monture + verres)	60 %	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 400 € par personne	1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans plafonné à 600 € par personne
Dont monture		2 % PMSS par an et par bénéficiaire	4 % PMSS par an et par bénéficiaire
Dont verre		85 % FR	85 % FR

OPTIONS			
Pour l'enfant :			
Monture	60 %	2 % PMSS par an et par bénéficiaire	4 % PMSS par an et par bénéficiaire
Verres		85 % FR	85 % FR
Lentilles remboursées par la sécurité sociale		70 % FR	85 % FR
Lentilles refusées par la sécurité sociale	–	4 % PMSS par an et par bénéficiaire	5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie de la vue non remboursée par la sécurité sociale <sup>(11)</sup>	–	14 % PMSS par œil	14 % PMSS par œil
<b>Soins et prothèses dentaires</b>			
Soins dentaires	70 %	100 %	160 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale		350 %	400 %
Implants <sup>(4)</sup>	–	300 €	400 €
Orthodontie	100 %	235 %	400 %
<b>Autres prothèses et divers</b>			
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 <sup>(5)</sup>	–	2 séances x 35 €	3 séances x 40 €
Cures thermales <sup>(9)</sup>	65 %	7 % PMSS par an et par bénéficiaire	12 % PMSS par an et par bénéficiaire
<p>(1) Le coût des actes et frais visés par l'article 19 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 sont pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge du régime de prévoyance institué par ledit accord en application de cet article.</p> <p>(2) Non limité en nombre.</p> <p>(4) Forfait par an et par bénéficiaire.</p> <p>(5) S'entend par an et par adulte en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées.</p> <p>(6) A l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraites médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME, IMM).</p> <p>(7) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie...).</p> <p>(8) A l'exclusion de l'hospitalisation en établissement non conventionné.</p> <p>(9) Limité à une cure par an et par bénéficiaire.</p> <p>(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.</p> <p>(11) Prise en charge limitée à certains actes : contacter nos services pour plus d'informations.</p>			

MODULE ADDITIONNEL FACULTATIF	
Services d'assistance	Oui

OPTIONS				
Départements où l'adhésion est possible		27, 76		
<b>Soins. – Hospitalisation</b>	Part sécurité sociale	Boissière 1	Boissière 2	Boissière 3
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	Pour le secteur conventionné : 100 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,30 % PMSS Spécialistes : 0,5 % PMSS Neuropsychiatres : 1 % PMSS	Pour le secteur conventionné : 150 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,50 % PMSS Spécialistes : 1 % PMSS Neuropsychiatres : 2 % PMSS	Pour le secteur conventionné : 150 % Pour le secteur non conventionné : Omnipraticiens : 0,50 % PMSS Spécialistes : 1 % PMSS Neuropsychiatres : 2 % PMSS
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires <sup>(1) (2)</sup>	80 %	110 %	130 %	100 % FR <sup>(8)</sup>
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 %		150 %	100 %
Pharmacie	65 %, 35 %, 15 %		100 %	
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % 1 forfait			
Forfait journalier hospitalier dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(1) (2)</sup>	–	Oui	Oui	Oui
Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(1) (11)</sup>	–	20 € par jour	42 € par jour	100 € par jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	–	16 € par jour	24 € par jour	100 % FR
<b>Optique, prothèses et divers</b>				
Optique				
Monture et/ou verres remboursés par la sécurité sociale <sup>(3) (5)</sup>	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 sécurité sociale				
Lentilles refusées par la sécurité sociale	–			
Chirurgie de la vue <sup>(4) (9) (10)</sup>	–	–	–	350 € (par œil, par personne et par an)
<b>Soins et prothèses dentaires</b>				
Soins dentaires		100 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale <sup>(6)</sup>	70 %	350 %	450 %	550 %

OPTIONS				
Implants <sup>(4)</sup>	–	–	–	200 €
Orthodontie	100 %	200 %	300 %	400 %
<b>Autres prothèses et divers</b>				
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 par la sécurité sociale	–	15 € par vaccin	30 € par vaccin	50 € par vaccin
Ostéodensitométrie osseuse non prise <sup>(3)</sup> en charge par la sécurité sociale	–	20 €	40 €	50 €
Patch et substitut nicotinique remboursés par la sécurité sociale (sur prescription médicale) <sup>(3)</sup>	Dans la limite de 50 € par an par bénéficiaire	20 €	40 €	50 €
Cures thermales <sup>(7)</sup>	65 %	100 %	100 % + 150 €	100 % + 200 €
<p>(1) Le coût des actes et frais visés par l'article 19 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 sont pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge du régime de prévoyance institué par ledit accord en application de cet article.</p> <p>(2) Non limité en nombre.</p> <p>(3) Montant en euros : forfait annuel, par personne, pour la part excédant le tarif de la sécurité sociale.</p> <p>(4) Forfait par an et par bénéficiaire.</p> <p>(5) Les forfaits monture et verres ne sont pas cumulables.</p> <p>(6) Limité à 3 000 € par an par bénéficiaire pour la part supérieure au remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(7) Remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire.</p> <p>(8) Les dépassements d'honoraires sont limités à 5 000 € par an et par bénéficiaire.</p> <p>(9) Prise en charge limitée à certains actes – contacter nos services pour plus d'informations.</p> <p>(10) Pour les ETAM et les cadres, cette prestation est prise en charge par la garantie chirurgie-naissance du régime de prévoyance.</p> <p>(11) Limité à 90 jours par hospitalisation.</p>				

MODULE ADDITIONNEL FACULTATIF	
Services d'assistance	Oui

**Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres**  
**Tarification Global famille**  
**Options régionales**

	TARIF INDICATIF TTC <sup>(1)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013		TARIF INDICATIF HT <sup>(2)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013	
Régime général				
Sécurité	6,15 %	1 242,00 €	5,43 %	1 096,50 €
Confort	6,70 %	1 411,20 €	5,92 %	1 245,87 €
RS2	4,61 %	925,20 €	4,07 %	816,81 €
RS3	5,87 %	1 328,40 €	5,18 %	1 172,77 €



	TARIF INDICATIF TTC <sup>(1)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013		TARIF INDICATIF HT <sup>(2)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013	
Régime général				
Boissière 1	4,00 %	662,40 €	3,53 %	584,80 €
Boissière 2	4,82 %	1 220,40 €	4,26 %	1 077,43 €
Boissière 3	6,22 %	1 479,60 €	5,49 %	1 306,26 €
Modules additionnels				
Service Plus <sup>(a)</sup>	0,64 %	93,60 €	0,57 %	82,63 €
Santé Plus <sup>(a)</sup>	0,74 %	111,60 €	0,65 %	98,53 €
Option assistance <sup>(3)</sup>	0,04 %	10,80 €	0,04 %	9,53 €

(a) Uniquement pour les départements 59 et 62.  
(1) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 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 1<sup>er</sup> juillet 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 des frais médicaux collectifs. – Ouvriers**  
**Tarification Conjoint distinct**  
(Tarifs en pourcentage du salaire plafonné à la tranche A)

*Gamme régionale MBTP Nord*

**Régime général**

COTISATION ANNUELLE		
	Tarif indicatif TTC <sup>(1)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013	Tarif indicatif HT <sup>(2)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013
Cotisation salarié + enfants		
Sécurité	4,60 %	4,06 %
Confort	5,05 %	4,46 %
Cotisation salarié + enfants + conjoint		
Sécurité	7,40 %	6,53 %
Confort	8,05 %	7,11 %
Module additionnel		
Service Plus	0,64 %	0,57 %
Santé Plus	0,74 %	0,65 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %).</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 [TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %].</p> <p>En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <p>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</p> <p>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</p>		

**Régime général**

COTISATION ANNUELLE		
	Tarif indicatif TTC <sup>(1)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013	Tarif indicatif HT <sup>(2)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013
Cotisation salarié + enfants		
Boissière 1	3,00 %	2,65 %
Boissière 2	3,62 %	3,20 %
Boissière 3	4,67 %	4,12 %
Cotisation salarié + enfants + conjoint		
Boissière 1	4,80 %	4,24 %
Boissière 2	5,78 %	5,10 %
Boissière 3	7,46 %	6,59 %
Module additionnel		
Option assistance	0,04 %	0,04 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul>		

**Régime général**

COTISATION ANNUELLE		
	Tarif indicatif TTC <sup>(1)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013	Tarif indicatif HT <sup>(2)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013
Cotisation salarié + enfants		
RS 2	3,45 %	3,05 %
RS 3	4,40 %	3,88 %
Cotisation salarié + enfants + conjoint		
RS 2	5,55 %	4,90 %
RS 3	7,05 %	6,22 %
Module additionnel		
Option assistance	0,04 %	0,04 %
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (TCA à 7 % et taxe CMU à 6,27 %). En cas de modification de taux de ces taxes en cours d'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le conseil d'administration a pouvoir pour répercuter ces modifications, en tout ou partie, dans les cotisations TTC ;</li> <li>– à défaut, les cotisations TTC restent inchangées, le montant HT étant automatiquement actualisé à due proportion.</li> </ul>		

**Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres**  
**Tarification Conjoint distinct**  
**Gamme régionale**

*MBTP SE*

**Régime général**

COTISATION ANNUELLE		
	Tarif indicatif TTC <sup>(1)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013	Tarif indicatif HT <sup>(2)</sup> au 1 <sup>er</sup> juillet 2013
Cotisation salarié + enfants		
RS 2	648,00 €	572,08 €
RS 3	928,80 €	819,99 €
Cotisation salarié + enfants		
RS 2	1 065,60 €	940,76 €
RS 3	1 526,40 €	1 347,58 €
Module additionnel		
Option assistance	10,80 €	9,53 €
<p>(1) Montant y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 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.</p> <p>(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> juillet 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.</p>		

**Régime des frais médicaux collectifs. – Non-cadres**

*Annexe de coassurance au 1<sup>er</sup> juillet 2013*

MUTUELLE partenaire	DÉPARTEMENT	TAUX DE COASSURANCE <sup>(1)</sup>	
		BTP-Prévoyance	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, 26	75 %	25 %
(1) Taux applicable pour les adhésions souscrites auprès du règlement de BTP-Prévoyance.			