

Brochure n° 3107

Accords collectifs nationaux
BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

AVENANT N° 21 DU 11 DÉCEMBRE 2014
À L'ACCORD DU 1^{ER} OCTOBRE 2001 INSTITUANT BTP-PRÉVOYANCE

NOR : ASET1550432M

Entre :

La CAPEB ;

La FNTP ;

La FNSCOP ;

La FFB ;

La FFIE,

D'une part, et

La FNCB CFDT ;

La CFE-CGC BTP ;

La FG FO construction,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

TITRE I^{ER}

STATUTS DE BTP-PRÉVOYANCE

A la fin de l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance, sont insérées la puce et l'alinéa suivants :

« • l'utilisation des provisions pour participation aux excédents de chaque régime pour tout objet autre que la revalorisation des prestations ».

TITRE II

INTITULÉ DE CERTAINS RÈGLEMENTS

I. – L'intitulé « Régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers de BTP-Prévoyance » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers de BTP-Prévoyance ».

II. – L'intitulé « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM de BTP-Prévoyance » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ETAM de BTP-Prévoyance ».

III. – L'intitulé « Régime des cabinets d'économistes de la construction et de métro-urs-vérificateurs (régime E1) » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime des cabinets d'économistes de la construction et de métro-urs-vérificateurs (régime E1) ».

IV. – L'intitulé « Régimes de prévoyance des cadres » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement des régimes de prévoyance collective des cadres ».

V. – L'intitulé « Prévoyance individuelle des cadres » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de prévoyance individuelle des cadres ».

VI. – L'intitulé « Prévoyance tranche C » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de prévoyance des cadres en tranche C ».

VII. – L'intitulé « Règlement du régime de la garantie arrêt de travail et de l'option charges sur arrêts de travail de longue durée (GAT-OCALD) de BTP-Prévoyance » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de garantie arrêt de travail et de l'option charges sur arrêts de travail de longue durée (GAT- OCALD) ».

VIII. – L'intitulé « Frais médicaux collectifs des non-cadres (ouvriers et ETAM) » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de frais médicaux collectifs des salariés non-cadres (ouvriers et ETAM) ».

IX. – L'intitulé « Frais médicaux collectifs des cadres » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de frais médicaux collectifs des cadres ».

X. – L'intitulé « Frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé) » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé) ».

XI. – L'intitulé « Frais médicaux individuels des actifs » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de frais médicaux individuels des actifs ».

XII. – L'intitulé « Frais médicaux individuels des retraités » est remplacé par l'intitulé suivant : « Règlement du régime de frais médicaux individuels des retraités ».

TITRE III

RÈGLEMENT D'ADHÉSION À BTP-PRÉVOYANCE AU TITRE DU RÉGIME NATIONAL DE PRÉVOYANCE DES OUVRIERS (RNPO)

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ouvriers (RNPO) » :

I. – Dans l'article 5.1 *a*, la référence « n° 1009-98 » est remplacée par « n° 89-1009 ».

II. – Au troisième alinéa de l'article 8.1 :

– les mots « l'entreprise et » sont ajoutés entre les mots « afin que » et « les participants » ;

– le mot « leur » est remplacé par le mot « la ».

III. – Au dernier alinéa de l'article 8.1, les mots « autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par « autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

TITRE IV

RÈGLEMENT D'ADHÉSION À BTP-PRÉVOYANCE AU TITRE DU RÉGIME NATIONAL DE PRÉVOYANCE DES ETAM (RNPE)

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ETAM (RNPE) » :

I. – Dans l'article 5.1 *a*, la référence « n° 1009-98 » est remplacée par « n° 89-1009 ».

II. – Au troisième alinéa de l'article 8.1 :

– les mots « l'entreprise et » sont ajoutés entre les mots « afin que » et « les participants » ;

– le mot « leur » est remplacé par le mot « la ».

III. – A l'article 8.1, les mots « autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

TITRE V

UTILISATION DE LA PPAE DU « RÈGLEMENT D'ADHÉSION À BTP-PRÉVOYANCE AU TITRE DU RÉGIME NATIONAL DE PRÉVOYANCE DES ETAM (RNPE) »

Entre le 1^{er} juin 2014 et le 31 mars 2015, les salariés affiliés au « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ETAM (RNPE) » conserveront le bénéfice de la « garantie chirurgie » telle que définie par l'article 20 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 dans sa formulation applicable au 1^{er} janvier 2014.

Entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 décembre 2015, les salariés affiliés au « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ETAM (RNPE) » conserveront le bénéfice de la « garantie chirurgie » :

- telle que définie par l'article 20 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 dans sa formulation applicable au 1^{er} janvier 2014 ;
- à l'exception du remboursement des actes codés ADC, dont la prise en charge sera limitée à :
 - 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les médecins signataires du contrat d'accès aux soins ;
 - 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins.

La fraction de ces remboursements qui excède la « prestation hospitalisation chirurgicale » due aux ETAM en application des dispositions de l'article 20 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 dans sa formulation applicable au 1^{er} juillet 2014 sera intégralement financée par imputation sur la provision pour participation aux excédents constituée dans les comptes de BTP-Prévoyance au titre du « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ETAM (RNPE) ».

Ces dispositions se substituent intégralement aux dispositions définies par les partenaires sociaux du BTP le 14 mai 2014 relatives à l'utilisation de la provision pour participation aux excédents du « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ETAM (RNPE) ».

TITRE VI

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE SUPPLÉMENTAIRE DES OUVRIERS DE BTP-PRÉVOYANCE

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers de BTP-Prévoyance ».

I. – Au premier alinéa de l'article 1^{er} :

- les mots « des ouvriers » sont insérés entre les mots « couverture collective » et « contre » ;
- les mots « ainsi qu'en cas de naissance » sont ajoutés après les mots « ou d'incapacité » ;
- l'intitulé « Régime national de prévoyance des ouvriers institué par l'accord collectif national du 31 juillet 1968 » est remplacé par l'intitulé « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ouvriers (RNPO) ».

II. – Au deuxième alinéa de l'article 1^{er}, les mots « et apprentis » sont supprimés.

III. – Dans l'article 1^{er}, le texte compris entre les mots « Les garanties proposées » et « ou d'enfant à charge » est modifié comme suit :

« Les garanties proposées dans ce cadre sont les suivantes :

- garantie décès : versement d'un capital en cas de décès du participant ;
- garantie obsèques famille : versement d'un capital en cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge ;
- garantie rente d'éducation : versement d'une rente aux orphelins en cas de décès du participant ;

- garantie indemnités journalières : versement d’indemnités journalières en cas d’incapacité de travail du participant ;
- garantie rente d’invalidité : versement d’une rente en cas d’invalidité du participant ;
- garantie forfait naissance : versement d’une allocation forfaitaire destinée à couvrir les frais exposés en cas de naissance ou d’adoption ;
- garantie décès invalidité accidentels (GDIA) : versement d’un capital en cas de décès accidentel ou d’invalidité accidentelle du participant. »

IV. – Le titre de l’article 13 est remplacé comme suit : Article 13 « Garantie rente d’invalidité ».

V. – Le texte de l’article 14 est intégralement modifié comme suit :

« Lorsque l’entreprise adhère à l’une des options supplémentaires proposées dans le cadre du présent article, un forfait est versé au participant pour chaque enfant né ou en cas d’adoption d’un enfant de moins de 7 ans. Le montant de ce forfait est fixé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale de l’année au cours de laquelle intervient la naissance ou l’adoption.

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

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

Ces garanties s’entendent y compris les forfaits parentalité et accouchement prévus à l’article 22 de l’annexe III de l’accord collectif national du 31 juillet 1968. Pour les entreprises adhérentes et leurs salariés, la garantie résultant de l’adhésion au présent règlement ainsi que de l’adhésion au “Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ouvriers (RNPO)” est donc un tout global et indivisible. Au plan comptable :

- la fraction des prestations qui correspond aux obligations nées de l’accord du 31 juillet 1968 est imputée à la section financière du “Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ouvriers (RNPO)” ;
- le solde est imputé à la section financière du présent règlement. »

VI. – Au troisième alinéa de l’article 17.1 :

- les mots « Sont communiquées au participant » sont remplacés par les mots « Y sont communiquées » ;
- les mots « qu’il puisse » sont remplacés par les mots « que l’entreprise et les participants puissent » ;
- le mot « sa » est remplacé par le mot « la ».

VII. – Au dernier alinéa de l’article 17.1, les mots « autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

VIII. – Au dernier alinéa de l’article 19, les mots « commission paritaire du bâtiment et des travaux publics » sont remplacés par les mots « commission paritaire extraordinaire définie à l’article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

IX. – Au dernier alinéa de l’article 20.3 :

- les mots « commission paritaire » sont remplacés par les mots « commission paritaire ordinaire définie à l’article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- les mots « prévoyance et action sociale » sont désormais rédigés en italique.

TITRE VII RÈGLEMENT DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE SUPPLÉMENTAIRE DES ETAM DE BTP-PRÉVOYANCE

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ETAM de BTP-Prévoyance » :

I. – Les articles 14, 15, 16, 17, 18 et 19 sont renumérotés respectivement en articles 15, 16, 17, 18, 19 et 20.

II. – Les sous-articles 14.1, 14.2, 14.3, 16.1, 16.2, 19.1, 19.2 et 19.3 sont renumérotés respectivement en articles 15.1, 15.2, 15.3, 17.1, 17.2, 20.1, 20.2 et 20.3.

III. – Au premier alinéa de l'article 1^{er}, l'intitulé « Régime national de prévoyance des ETAM prévu à l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des ETAM du bâtiment et des travaux publics » est remplacé par l'intitulé « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ETAM (RNPE) ».

IV. – Dans l'article 1^{er}, l'alinéa « Garantie invalidité : versement d'une rente en cas d'invalidité du participant, » est remplacé par les alinéas suivants :

« Garantie rente d'invalidité : versement d'une rente en cas d'invalidité du participant ;

Garantie forfait naissance : versement d'une allocation forfaitaire destinée à couvrir les frais exposés en cas de naissance ou d'adoption, ».

V. – L'intitulé de l'article 13 est modifié comme suit : Article 13 « Garantie rente d'invalidité ».

VI. – Il est créé un nouvel article 14 ainsi rédigé :

« Article 14

Garantie forfait naissance

Lorsque l'entreprise adhère à l'une des options supplémentaires proposées dans le cadre du présent article, un forfait est versé au participant pour chaque enfant né ou en cas d'adoption d'un enfant de moins de 7 ans. Le montant de ce forfait est fixé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année au cours de laquelle intervient la naissance ou l'adoption.

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

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

Ces garanties s'entendent y compris les forfaits parentalité et accouchement prévus à l'article 19 de l'annexe III de l'accord collectif national du 13 décembre 1990. Pour les entreprises adhérentes et leurs salariés, la garantie résultant de l'adhésion au présent règlement ainsi que de l'adhésion au "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ETAM (RNPE)" est donc un tout global et indivisible. Au plan comptable :

- la fraction des prestations qui correspond aux obligations nées de l'accord du 13 décembre 1990 est imputée à la section financière du "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des ETAM (RNPE)" ;
- le solde est imputé à la section financière du présent règlement. »

VII. – Au troisième alinéa du nouvel article 17.1 après renumérotation :

- les mots « sont communiquées au participant » sont remplacés par les mots « y sont communiquées » ;
- les mots « qu'il puisse » sont remplacés par les mots « que l'entreprise et les participants puissent » ;
- le mot « sa » est remplacé par le mot « la ».

VIII. – Au dernier alinéa de l'article 17.1 (après renumérotation), les mots « Autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

IX. – Dans l'article 19 (après renumérotation), les références « article 17 », « article 19 », « article 19.1 » et « article 19.2 » sont remplacées respectivement par les références « article 18 », « article 20 », « article 20.1 » et « article 20.2 ».

X. – Au dernier alinéa de l'article 19 (après renumérotation), les mots « commission paritaire du bâtiment et des travaux publics » sont remplacés par les mots « commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

XI. – Au deuxième alinéa de l'article 20.3 (après renumérotation), la référence « article 19.2 » est remplacé par la référence « article 20.2 ».

XII. – Au troisième alinéa de l'article 20.3 (après renumérotation) :

- après les mots « commission paritaire » sont ajoutés les mots « ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- les mots « Prévoyance et action sociale » sont désormais rédigés en italique.

TITRE VIII

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

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime des cabinets d'économistes de la construction et de métreurs-vérificateurs (régime E1) » :

I. – Le texte de l'article 7 est intégralement modifié comme suit :

« Les membres participants couverts par le présent règlement bénéficient de l'intégralité des garanties prévues par la convention collective nationale des cabinets d'économistes de la construction et de métreurs-vérificateurs du 16 avril 1993. »

II. – Les articles 8 et 9 sont intégralement remplacés par les articles 8, 9 et 10 suivants :

« Article 8

Section financière et réserve

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

Sur décision de la commission paritaire ordinaire de l'institution, la réserve est alimentée au 31 décembre de l'exercice :

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

Article 9

Provision pour participation aux excédents

En application de la convention conclue avec les partenaires sociaux de la branche des techniciens et économistes de la construction (TEC), il est institué une provision pour participation aux excédents dans la section financière visée à l'article 8. Cette provision est destinée :

- en priorité, à financer les revalorisations futures de prestations ;
- pour le solde éventuellement disponible, à être utilisée au bénéfice des entreprises et des salariés des TEC, sur décision de la commission nationale paritaire de cette branche.

Article 10

Ressources et charges de la section financière

10.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

- a) Des cotisations acquises des adhérents au titre du présent règlement ;
- b) Des majorations et pénalité de retard correspondantes ;

- c) Des produits nets des placements de la section financière ;
- d) S'il y a lieu, de toute reprise sur la provision d'égalisation antérieurement constituée pour faire face aux fluctuations de sinistralité de la section financière ;
- e) Du produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent règlement au titre de l'exercice écoulé.

10.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges des prestations versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation du compte de gestion prévu à l'article 10.3, selon un taux fixé par la convention conclue avec les partenaires sociaux de la branche des TEC ;
- c) Une dotation pour le financement de prestations sociales en faveur des participants (dans les conditions définies par la convention conclue avec les partenaires sociaux de la branche des TEC) ;
- d) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 9 ;
- e) Le cas urgent, toute dotation à une provision pour égalisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la section financière ;
- f) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent règlement au titre de l'exercice écoulé. »

TITRE IX

RÈGLEMENT DES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE DES CADRES

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement des régimes de prévoyance collective des cadres » :

I. – Les articles 22, 23, 24, 25, 26, 27 et 28 sont renumérotés respectivement en articles 23, 24, 25, 26, 27, 28 et 29.

II. – Les sous-articles 23.1, 23.2, 23.3, 23.4, 24.1, 24.2, 27.1, 27.2 et 27.3 sont renumérotés respectivement en articles 24.1, 24.2, 24.3, 24.4, 25.1, 25.2, 28.1, 28.2 et 28.3.

III. – Dans l'article 1^{er} :

- les mots « garantie rente d'éducation » sont remplacés par les mots « garantie rente d'éducation » ;
- les mots « garantie d'indemnités journalières » sont remplacés par les mots « garantie indemnités journalières » ;
- les mots « garantie invalidité » sont remplacés par les mots « garantie rente d'invalidité » ;
- après les mots « versement d'une rente en cas d'invalidité du participant, », sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
 - « – garantie chirurgie : versement d'un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale en cas d'hospitalisation chirurgicale ;
 - garanties forfait parentalité et accouchement, garantie forfait naissance : versement d'une allocation forfaitaire destinées à couvrir les frais exposés en cas de naissance ou d'adoption, ».

IV. – Le titre de l'article 19 est modifié comme suit : Article 19 « Garantie rente d'invalidité ».

V. – Il est créé un nouvel article 22 ainsi rédigé :

« Article 22

Garantie forfait naissance

Lorsque l'entreprise adhère à l'une des options supplémentaires proposées dans le cadre du présent article, un forfait est versé au participant, pour chaque enfant né ou en cas d'adoption d'un enfant de moins de 7 ans. Le montant de ce forfait est fixé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année au cours de laquelle intervient la naissance ou l'adoption.

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

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

Ces garanties s'entendent y compris les forfaits parentalité et accouchement prévus à l'article 21 qui précède. »

VI. – Le titre de l'article 23 (après renumérotation) est modifié comme suit : Article 23 « Garantie chirurgie ».

VII. – Au dernier alinéa de l'article 23.3 (après renumérotation), les mots « dans les limites éventuellement fixées par le conseil d'administration » sont supprimés.

VIII. – Le texte de l'article 23.4 (après renumérotation) compris entre les mots « BTP-Prévoyance garantit un remboursement » et les mots « pour leur montant déclaré à la sécurité sociale » est modifié comme suit :

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

- pour les actes codés ACO (et pour les actes codés ADA qui leur sont rattachés), à concurrence de 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) et pour le montant déclaré à la sécurité sociale ;
- pour les actes codés ADC, à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite de :
 - 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les médecins signataires du contrat d'accès aux soins ;
 - 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
- pour les forfaits hospitaliers liés aux actes codés ADC, à concurrence des frais réels engagés ;
- pour les frais de chambre particulière ou de lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (ces derniers dans la limite d'une fois le plafond horaire de la sécurité sociale de l'année en cours arrondi à l'euro le plus proche) liés aux actes codés ACO et ADC, à concurrence des frais réels engagés, le cas échéant, dans la limite des tarifs conventionnés avec BTP-Prévoyance. »

IX. – Au troisième alinéa de l'article 25.1 (après renumérotation) :

- les mots « Sont communiquées au participant » sont remplacés par les mots « Y sont communiquées » ;
- les mots « qu'il puisse » sont remplacés par les mots « que l'entreprise et les participants puissent » ;
- le mot « sa » est remplacé par le mot « la ».

X. – Au dernier alinéa de l'article 25.1 (après renumérotation), les mots « Autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

Au premier alinéa de l'article 26 (après renumérotation), après les mots « opérations nées du présent règlement », sont ajoutés les mots « ainsi que du règlement du régime de prévoyance individuelle des cadres et du règlement du régime de prévoyance des cadres en tranche C ».

XI. – A l'article 27 (après renumérotation) :

- les références « article 25 », « article 27 », « article 27.1 » et « article 27.2 » sont remplacées respectivement par les références « article 26 », « article 28 », « article 28.1 » et « article 28.2 » ;
- les mots « situation financière de chaque section » sont remplacés par les mots « situation financière de la section financière » ;
- les mots « commission paritaire du bâtiment et des travaux publics » sont remplacés par les mots « commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

XII. – A l'article 28.3 (après renumérotation) :

- la référence à « l'article 27.2 » est remplacée par la référence à « l'article 28.2 » ;
- à la suite des mots « commission paritaire » sont ajoutés les mots « ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- après les mots « commission prévoyance » sont ajoutés les mots « prévoyance et action sociale » qui sont rédigés en italique.

TITRE X

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE DES CADRES

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de prévoyance individuelle des cadres » :

I. – Aux premier et deuxième alinéas de l'article 1^{er}, les mots « Régimes de prévoyance collectifs » sont remplacés par les mots « régimes de prévoyance collective ».

II. – A l'article 5 :

- le mot « générales » est inséré entre les mots « dispositions » et « relatives » ;
- les mots « régimes de prévoyance collectifs » sont remplacés par les mots « régimes de prévoyance collective ».

III. – Au premier alinéa de l'article 8 :

- les mots « régimes de prévoyance collectifs » sont remplacés par les mots « régimes de prévoyance collective » ;
- les mots « type de régime » sont remplacés par les mots « type de garantie ».

IV. – A l'article 9 :

- le mot « titre » est remplacé par le mot « règlement » ;
- la référence aux « articles 23 et 24 » est remplacée par une référence aux « articles 26 et 27 » ;
- les mots « régimes de prévoyance collectifs des cadres » sont remplacés par les mots « Régimes de prévoyance collective des cadres ».

TITRE XI

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES CADRES EN TRANCHE C

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de prévoyance des cadres en tranche C » :

I. – Au deuxième alinéa de l'article 1^{er} :

- les mots « du titre I^{er} ci-avant du régime de prévoyance de BTP-Prévoyance » sont remplacés par les mots « du règlement des régimes de prévoyance collective des cadres » ;
- les mots « ou du titre I^{er} » sont supprimés.

II. – A l'article 3 :

- les mots « du titre I^{er} du régime de prévoyance de BTP-Prévoyance » sont remplacés par les mots « du règlement des régimes de prévoyance collective des cadres » ;
- les mots « à la désignation du bénéficiaire du capital décès » sont supprimés.

III. – A l'article 4 :

- les mots « article 6 du titre I^{er} » sont remplacés par les mots « article 7 du règlement des régimes de prévoyance collective des cadres » ;
- les mots « au maintien gratuit de garantie et » sont supprimés.

IV. – A l'article 6, les mots « article 9 du titre I^{er} du régime de prévoyance » sont remplacés par les mots « article 15 du règlement des régimes de prévoyance collective des cadres ».

V. – Le texte de l'article 9 est intégralement modifié comme suit :

« Le suivi des opérations nées du présent règlement est mis en œuvre dans le cadre de la section financière, de la réserve et de la provision pour participation aux excédents prévues aux articles 26 et 27 du règlement des régimes de prévoyance collective des cadres. »

TITRE XII

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

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de garantie arrêt de travail et de l'option charges sur arrêts de travail de longue durée (GAT-OCALD) » :

I. – Après le titre du sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l'adhésion », est inséré le sous-sous-article suivant 5.2 *a* « Dispositions spécifiques aux adhésions à la GAT ». Le texte du sous-article 5.2 est intégralement transféré dans le sous-sous-article 5.2 *a*.

II. – Dans le sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l'adhésion », les mots « issues du » sont remplacés par les mots « prévues par le ».

III. – Le sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l'adhésion » est complété par le texte ainsi rédigé :

« 5.2 *b*. Dispositions spécifiques aux adhésions à l'OCALD

Les garanties prévues par le présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion. A compter du lendemain du terme, il appartient à l'entreprise d'assumer auprès des organismes sociaux l'intégralité des obligations (déclaratives et de paiement) au titre des indemnités journalières de prévoyance de ses ouvriers en arrêt de travail, y compris pour les arrêts de travail nés avant la date d'effet de la résiliation. »

IV. – A l'article 6.2, après les mots « pour l'OCALD, la date d'adhésion de l'entreprise au présent règlement. », est ajoutée la phrase suivante « De ce fait la couverture sur l'intégralité des indemnités journalières servies par BTP-Prévoyance aux ouvriers en arrêt de travail (y compris lorsque l'origine de l'arrêt de travail est antérieure à l'adhésion à la couverture OCALD). »

V. – Au dernier alinéa de l'article 11.1 du présent règlement, les mots « Autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

VI. – Au dernier alinéa de l'article 13.3 :

- après les mots « commission paritaire » sont ajoutés les mots « ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- les mots « prévoyance et action sociale » sont rédigés en italique.

TITRE XIII

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS DES SALARIÉS NON CADRES (OUVRIERS ET ETAM)

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de frais médicaux collectifs des salariés non cadres (ouvriers et ETAM) » :

I. – L'article 3 est désormais composé des trois alinéas suivants :

« 3.1. Caractères obligatoire ou facultatif de l'adhésion

3.2. Périmètre des personnes couvertes

3.3. Formalisme et enregistrement de l'adhésion ».

II. – Après le deuxième alinéa de l'article 3 se terminant par « à une décision unilatérale de l'employeur », sont insérés deux nouveaux alinéas ainsi rédigés :

« Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise ouvre automatiquement pour ses salariés non cadres la possibilité :

– de compléter leur couverture dans le cadre du régime des compléments individuels de frais médicaux de l'institution ;

– de couvrir ses ayants droit dans le cadre du régime des options individuelles d'extension familiale de l'institution (si les conditions d'accès à ce régime définies à l'article 3.2 sont remplies).

Ces compléments et options de couverture au choix des salariés ne font l'objet d'aucune participation financière par l'entreprise. »

III. – A l'issue de ce nouvel alinéa 4 est ajouté le titre du nouvel article 3.1, et ce sans changement de dispositions.

IV. – Le nouvel article 3.1 reprend les dispositions des anciens trois alinéas suivants de l'article 3 anciennement rédigé depuis les mots « L'adhésion de l'entreprise est dite obligatoire lorsque » jusqu'aux mots « à défaut, au 1^{er} janvier qui suit la demande. ».

V. – Au second point de l'alinéa 1^{er} de l'article 3.1, les mots « au jour de l'adhésion » sont remplacés par les mots « au jour de mise en place de la couverture ».

VI. – Après le texte de l'article 3.1, est inséré un nouvel article 3.2 rédigé comme suit :

« 3.2. Périmètre des personnes couvertes

Lors de son adhésion, l'entreprise doit choisir entre plusieurs formulations tarifaires. Ces formulations déterminent notamment quels ayants droit (tels que définis à l'article 4 du présent règlement) peuvent être couverts, le cas échéant, elles ouvrent également la possibilité pour le participant de couvrir ses ayants droit dans le cadre du régime des options individuelles d'extension familiale de frais médicaux.

Pour déterminer le périmètre des personnes couvertes, cinq formulations tarifaires sont proposées, avec pour chaque formulation des cotisations exprimées soit en euros, soit en pourcentage de la rémunération :

– la formulation “global famille” : dans cette solution, sont automatiquement couverts le participant non cadre, son conjoint et ses enfants à charge ; le taux ou le montant de cotisation est alors identique pour tous les participants, quel que soit le nombre d'ayants droit qui leur sont rattachés ;

– la formulation “conjoint distinct” : dans cette solution, les participants non cadres et leurs enfants à charge sont automatiquement couverts, sur la base d'un même taux ou montant de cotisation ; en complément, le conjoint peut être rattaché à la couverture moyennant une majoration du montant ou du taux de cotisation. Ainsi :

– dans la formule “conjoint distinct - isolé”, la couverture concerne le participant non cadre et ses enfants à charge ;

– dans la formule “conjoint distinct - couple”, la couverture concerne le participant non cadre, son conjoint et ses enfants à charge ;

- la formulation “famille sans conjoint” : dans cette solution, sont automatiquement couverts le participant non cadre et ses enfants à charge. Le taux ou le montant de la cotisation, qui est identique pour tous les participants indépendamment du nombre d’enfants à charge, correspond à celui de la formule “conjoint distinct - isolé” définie ci-dessus ;
- la formulation “adulte/enfant” : dans cette solution, le taux ou le montant de cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes, il correspond à la somme des éléments suivants :
 - montant ou taux de cotisation par “adulte” multiplié par le nombre d’“adultes” couverts ;
 - montant ou taux de cotisation par “enfant” multiplié par le nombre d’“enfants” couverts.

Pour l’application de cette formule, il est précisé que :

- sont qualifiés d’“adultes” le participant non cadre ainsi que, le cas échéant, son conjoint au sens de l’article 4.1 du présent règlement, et ce quel que soit leur âge ;
- sont qualifiés d’“enfants” les ayants droit qui relèvent des dispositions de l’article 4.2 du présent règlement. Toutefois, lorsque la couverture d’un même foyer comprend trois enfants ou plus, seuls deux d’entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation ; tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit ;
- la couverture “salarié seul” : dans cette solution, seul est couvert le participant non cadre. Le taux ou le montant de la cotisation correspond alors à celui de l’“adulte” de la couverture “adulte/enfant” définie ci-dessus.

La possibilité pour le participant de couvrir ses ayants droit dans le cadre du régime des options individuelles d’extension familiale de frais médicaux est réservée aux participants couverts par les formulations “famille sans conjoint” et “salarié seul”. »

VII. – Le nouvel article 3.3 reprend les dispositions des trois derniers alinéas de l’article 3 anciennement rédigé.

VIII. – Au premier alinéa de l’article 3.3, il est ajouté, après les mots « l’entreprise précise notamment à BTP-Prévoyance », le point suivant :

- « – la formulation tarifaire retenue (au sens de l’article 6). Si l’entreprise adhère également au règlement du régime de frais médicaux collectifs des cadres, cette formulation tarifaire doit respecter les règles suivantes :
 - les cotisations sont exprimées à l’identique pour l’ensemble des salariés cadres et non cadres, soit en euros par jour de présence, soit en pourcentage de salaire ;
 - si en outre le niveau de garanties retenu est le même pour les deux catégories de salariés cadres et non cadres, ou si l’effectif de l’entreprise est au moins égal à 10 salariés à la date d’adhésion, la formulation tarifaire au sens de l’article 3.2 doit être identique pour les deux catégories de salariés, ».

IX. – Au premier alinéa de l’article 4 du présent règlement, le second point est intégralement remplacé par le texte ainsi rédigé :

- « – sous réserve que le périmètre des personnes couvertes défini par l’entreprise dans son bulletin d’adhésion le prévoit (en application de l’article 3.2 qui précède), 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. ».

X. – Au deuxième alinéa de l’article 5, le second point est complété par le texte suivant :

« ; dans tous les cas, l’entreprise doit choisir une formulation tarifaire (au sens de l’article 6) strictement identique à celle applicable pour ses participants cadres, si elle adhère également au règlement du régime de frais médicaux collectifs des cadres ».

XI. – La partie suivante de l'article 6 :

« 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. »

est modifiée comme suit :

« Les cotisations peuvent être exprimées :

- en euros par jour de présence ou en pourcentage de salaire ;
- en fonction du périmètre des personnes couvertes, selon les différentes formulations définies à l'article 3.2 : “global famille”, “conjoint distinct”, “famille sans conjoint”, “adulte/enfant” ou “salarié seul”.

Les entreprises occupant un effectif supérieur ou égal à 10 salariés ont le libre choix de leur formulation tarifaire parmi les différentes expressions définies ci-dessus.

Les entreprises dont l'effectif est inférieur à 10 salariés peuvent choisir une formulation tarifaire en euros par jour de présence ou en pourcentage de salaire : toutefois, pour ces entreprises, le choix du périmètre de personnes couvertes (et de la formulation tarifaire qui correspond) dépend du niveau de la couverture mise en œuvre :

- lorsque l'entreprise adhère à un niveau de couverture n'excédant pas le niveau S2P2 tant pour le module “soins-hospitalisation” que pour le module “optique, prothèses et divers”, elle a le choix entre les formulations “adulte/enfant” et “salarié seul” ;
- dans les autres cas, elle a le choix entre les formulations suivantes : “global famille”, “conjoint distinct” ou “famille sans conjoint”. »

XII. – Au deuxième alinéa de l'article 6.2 :

- les mots « montant ou » sont insérés entre les mots « d'incidence sur le » et « taux de la cotisation » ;
- les mots « 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 » sont remplacés par les mots « l'une des formulations suivantes : “conjoint distinct” ou “adulte/enfant” ».

XIII. – Au dernier alinéa de l'article 6.2 :

- à la suite des mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais rédigé en italique.

XIV. – Il est inséré un nouvel article 6.3 rédigé comme suit :

« 6.3. Remises de cotisations à l'adhésion

Toute entreprise bénéficie d'une remise de cotisation pendant les 3 premiers mois de son adhésion au présent règlement si les conditions suivantes sont simultanément remplies :

- l'entreprise n'avait pas mis en place de couverture collective complémentaire santé au bénéfice de ses salariés (qu'il s'agisse de salariés cadres ou non cadres) au cours des 6 mois qui ont précédé l'adhésion au présent règlement ;
- la demande d'adhésion a été formulée à compter du 1^{er} janvier 2015 ;
- l'adhésion prend effet au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Lorsque l'entreprise adhère en parallèle au règlement du régime de frais médicaux collectifs des cadres, la période de remise en cotisations est simultanée pour les deux adhésions. »

XV. – L'ancien article 6.3 devient l'article 6.4 sans changement de texte.

XVI. – L'article 11.1 est complété et désormais rédigé comme suit :

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

Lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente et qu'il ne peut bénéficier des dispositions de l'article 11.2, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisations :

- à la condition que le salarié ne bénéficie pas par ailleurs d'une couverture collective de frais médicaux à adhésion obligatoire ;
- pendant une période maximale de 30 jours de date à date. »

XVII. – L'alinéa de l'article 12.1 commençant par « Le coût des actes et frais visés » et se terminant par « ledit accord en application de cet article » est désormais rédigé comme suit :

« Le coût des frais visés par l'article 23 de l'annexe III à l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ainsi que par l'article 20 de l'annexe III à l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est pris en charge par le présent régime, déduction faite des remboursements à charge des régimes de prévoyance institués par lesdits accords en application de ces articles. »

XVIII. – Au dernier alinéa de l'article 12.1 :

- à la suite des mots « commission paritaire », sont insérés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais rédigé en italique.

XIX. – L'article 12.2 est désormais rédigé comme suit :

« 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 défini pour chaque bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait.

Ce forfait couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an :

- pour les mineurs ;
- en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ;
- pour les lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la sécurité sociale.

Pour les adhésions aux modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait 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 de base :

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

Par exception, le bonus responsable maximal est automatiquement octroyé pour le premier remboursement à intervenir au titre des postes "monture et/ou verres simples" ou "monture et/ou verres progressifs", au bénéfice :

- de tout participant nouvellement affilié par l'entreprise ;
- de tout nouvel ayant droit adulte enregistré auprès de BTP-Prévoyance ;
- des enfants à charge à compter du jour où ils deviennent majeurs.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base. Ce supplément s'applique alors :

- pour tout verre simple pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 4 € pour un adulte et à 20 € pour un enfant mineur (valeurs applicables au 1^{er} janvier 2015) ;
- pour tout verre progressif pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 10,50 € pour un adulte (valeur applicable au 1^{er} janvier 2015).

Le montant du forfait de base et, le cas échéant, celui du bonus responsable et celui du supplément pour forte correction, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'annexe des garanties. »

XX. – Au premier alinéa de l'article 12.3, les mots « bases de remboursements » sont remplacés par les mots « bases de remboursement ».

XXI. – Le dernier alinéa de l'article 12.3 est désormais rédigé comme suit :

« L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur,
- ou au titre des dépassements, dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale, pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale. »

XXII. – Il est créé un nouvel article 12.4 ainsi rédigé :

« 12.4. Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge
des dépassements d'honoraires

Dans le cas des modules S3+, S4, S5 et S6 qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, l'annexe des garanties prévoit une prise en charge différenciée selon que le médecin a ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

XXIII. – Au premier alinéa de l'article 14, les mots « valeur au 1^{er} janvier 2014 » sont remplacés par les mots « valeur au 1^{er} janvier 2015 ».

XXIV. – Le dernier alinéa de l'article 14 est supprimé.

XXV. – Les deux premiers alinéas de l'article 19 sont complétés et modifiés comme suit :

« Article 19

Mise en œuvre de coassurance

Dans certains départements, les couvertures prévues par le présent règlement sont mises en œuvre dans le cadre de coassurances territoriales entre BTP-Prévoyance et certaines mutuelles relevant de l'article L. 211-1 du code de la mutualité.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles ont été adoptées par BTP-Prévoyance et par chaque mutuelle concernée. En cas d'incohérence entre ces dispositions réglementaires :

- pour les options de la gamme nationale, ce sont les dispositions du présent règlement et celles du code de la sécurité sociale qui prévalent ;
- pour les options régionales, ce sont les dispositions du règlement mutualiste et celles du code de la mutualité qui l'emportent. »

XXVI. – Avant l'alinéa de l'article 19 commençant par « En cas de cessation de la coassurance », il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« BTP-Prévoyance est désigné comme apériteur pour les adhésions aux options de la gamme nationale ; la mutuelle partenaire est désignée comme apériteur pour les adhésions aux options

régionales. L'apériteur a notamment pour mission de proposer à la décision des deux coassureurs les évolutions de cotisations et de prestations d'une année sur l'autre. »

XXVII. – Le dernier alinéa de l'article 19 est modifié comme suit :

« 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 nés de l'adhésion de l'entreprise sont poursuivis en totalité :

- auprès de BTP-Prévoyance pour les adhésions aux options de la gamme nationale ;
- auprès de la mutuelle concernée pour les adhésions aux options régionales. »

XXVIII. – Au dernier alinéa de l'article 21.1, les mots « autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

XXIX. – Il est créé un article 21.3 ainsi rédigé :

« Article 21.3

Information du chef d'entreprise sur les comptes du régime

En application des dispositions légales et réglementaires, l'institution BTP-Prévoyance fournit annuellement au chef d'entreprise un rapport sur les comptes du régime.

Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise a fait le choix d'une mutualisation au sein d'un régime de frais de santé de branche régi par l'accord collectif du 1^{er} décembre 2001. Dans ce cadre, elle prend acte que le rapport en question, qui porte sur les comptes de la mutualisation née de l'accord collectif de branche, est établi à partir des données cumulées des sections financières définies à l'article 22 des règlements des régimes de frais médicaux collectifs.

L'entreprise est également informée qu'une information complémentaire peut lui être communiquée, sur demande, concernant :

- le nombre total de salariés garantis par la même combinaison modulaire au sein des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance ;
- le rapport de charge global constaté pour l'ensemble des entreprises ayant adhéré à la même combinaison modulaire. »

XXX. – Le dernier alinéa de l'article 22 est supprimé.

XXXI. – Au premier alinéa de l'article 23.3, le mot « présente » est inséré entre les mots « la » et « section financière ».

XXXII. – Au dernier alinéa de l'article 23.3 :

- après les mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « présente » est inséré entre les mots « la » et « section financière » ;
- le mot « santé » est désormais en italique.

XXXIII. – Au dernier alinéa de l'article 24, les mots « commission paritaire » sont remplacés par les mots « commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

TITRE XIV

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS DES CADRES

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de frais médicaux collectifs des cadres » :

I. – L'article 3 est désormais composé des trois alinéas suivants :

« 3.1. Caractères obligatoire ou facultatif de l'adhésion

3.2. Périmètre des personnes couvertes

3.3. Formalisme et enregistrement de l'adhésion ».

II. – Après le deuxième alinéa de l'article 3 se terminant par les mots « suite à une décision unilatérale de l'employeur », sont insérés deux nouveaux alinéa ainsi rédigés :

« Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise ouvre automatiquement pour ses salariés cadres la possibilité :

- de compléter leur couverture dans le cadre du régime des compléments individuels de frais médicaux de l'institution ;
- de couvrir ses ayants droit dans le cadre du régime des options individuelles d'extension familiale de l'institution (si les conditions d'accès à ce régime définies à l'article 3.2 sont remplies).

Ces compléments et options de couverture au choix des salariés ne font l'objet d'aucune participation financière par l'entreprise. »

III. – A l'issue de ce nouvel alinéa 4 est ajouté le titre du nouvel article 3.1, et ce sans changement de dispositions.

IV. – Le nouvel article 3.1 reprend les dispositions des anciens trois alinéas suivants de l'article 3 anciennement rédigé depuis les mots « L'adhésion de l'entreprise est dite obligatoire lorsque [...] » jusqu'aux mots « à défaut, au 1^{er} janvier qui suit la demande ».

V. – L'alinéa 1 de l'article 3.1 est désormais rédigé comme suit :

« L'adhésion de l'entreprise est dite obligatoire lorsque tout salarié cadre ou assimilé 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 cadre ou assimilé présent dans l'entreprise au jour de mise en place de la couverture, 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). »

VI. – Le nouvel article 3.2 est rédigé comme suit :

« 3.2. Périmètre des personnes couvertes

Lors de son adhésion, l'entreprise doit choisir entre plusieurs formulations tarifaires. Ces formulations déterminent notamment quels ayants droit (tels que définis à l'article 4 du présent règlement) peuvent être couverts, le cas échéant elles ouvrent également la possibilité pour le participant de couvrir ses ayants droit dans le cadre du régime des options individuelles d'extension familiale de frais médicaux.

Pour déterminer le périmètre des personnes couvertes, cinq formulations tarifaires sont proposées, avec pour chaque formulation des cotisations exprimées soit en euros, soit en pourcentage de la rémunération :

- la formulation “global famille” : dans cette solution, sont automatiquement couverts le participant cadre ou assimilé, son conjoint et ses enfants à charge ; le taux ou le montant de cotisation est alors identique pour tous les participants, quel que soit le nombre d'ayants droit qui leur sont rattachés ;
- la formulation “conjoint distinct” : dans cette solution, les participants cadres ou assimilés et leurs enfants à charge sont automatiquement couverts, sur la base d'un même taux ou montant de cotisation ; en complément, le conjoint peut être rattaché à la couverture moyennant une majoration du montant ou du taux de cotisation. Ainsi :
 - dans la formule “conjoint distinct - isolé”, la couverture concerne le participant cadre ou assimilé et ses enfants à charge ;

- dans la formule “conjoint distinct - couple”, la couverture concerne le participant cadre ou assimilé, son conjoint et ses enfants à charge ;
- la formulation “famille sans conjoint” : dans cette solution, sont automatiquement couverts le participant cadre ou assimilé et ses enfants à charge. Le taux ou le montant de la cotisation, qui est identique pour tous les participants indépendamment du nombre d’enfants à charge, correspond à celui de la formule « conjoint distinct - isolé » définie ci-dessus ;
- la formulation “adulte/enfant” : dans cette solution, le taux ou le montant de cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes, il correspond à la somme des éléments suivants :
 - montant ou taux de cotisation par “adulte” multiplié par le nombre d’“adultes” couverts ;
 - montant ou taux de cotisation par “enfant” multiplié par le nombre d’“enfants” couverts.

Pour l’application de cette formule, il est précisé que :

- sont qualifiés d’“adultes” le participant cadre ou assimilé ainsi que, le cas échéant, son conjoint au sens de l’article 4.1 du présent règlement, et ce quel que soit leur âge ;
- sont qualifiés d’“enfants” les ayants droit qui relèvent des dispositions de l’article 4.2 du présent règlement. Toutefois, lorsque la couverture d’un même foyer comprend trois enfants ou plus, seuls deux d’entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation ; tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit ;
- la couverture “salarié seul” : dans cette solution, seul est couvert le participant cadre ou assimilé. Le taux ou le montant de la cotisation correspond alors à celui de l’“adulte” de la couverture “adulte/enfant” définie ci-dessus.

La possibilité pour le participant de couvrir ses ayants droit dans le cadre du régime des options individuelles d’extension familiale de frais médicaux est réservée aux participants couverts par les formulations “famille sans conjoint” et “salarié seul”. »

VII. – Le nouvel article 3.3 reprend les dispositions des trois derniers alinéas de l’article 3 anciennement rédigé.

VIII. – Au premier alinéa de l’article 3.3, il est ajouté, après les mots « l’entreprise précise notamment à BTP-Prévoyance », le paragraphe suivant :

- « – la formulation tarifaire retenue (au sens de l’article 6). Si l’entreprise adhère également au règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres, cette formulation tarifaire doit respecter les règles suivantes :
 - les cotisations sont exprimées à l’identique pour l’ensemble des salariés cadres et non cadres, soit en euros par jour de présence, soit en pourcentage de salaire ;
 - si en outre le niveau de garanties retenu est le même pour les deux catégories de salariés cadres et non cadres, ou si l’effectif de l’entreprise est au moins égal à 10 salariés à la date d’adhésion, la formulation tarifaire au sens de l’article 3.2 doit être identique pour les deux catégories de salariés ; ».

IX. – Au premier alinéa de l’article 4 du présent règlement, le second point est intégralement remplacé par le texte ainsi rédigé :

- « – sous réserve que le périmètre des personnes couvertes défini par l’entreprise dans son bulletin d’adhésion le prévoit (en application de l’article 3.2 qui précède), 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 ».

X. – Au second alinéa de l’article 5, le dernier, après les mots « au premier jour du trimestre qui suit la demande » est complété comme suit : « ; dans tous les cas, l’entreprise doit choisir une formulation tarifaire (au sens de l’article 6) strictement identique à celle applicable pour ses participants non cadres, si elle adhère également au règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres. »

XI. – Au premier alinéa de l'article 6, la partie suivante : « Les cotisations peuvent être exprimées en euro par jour de présence ou en pourcentage du salaire (dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale). » est modifiée comme suit :

« Les cotisations peuvent être exprimées :

- en euros par jour de présence ou en pourcentage de salaire (dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale) ;
- en fonction du périmètre des personnes couvertes, selon les différentes formulations définies à l'article 3.2 : “global famille”, “conjoint distinct”, “famille sans conjoint”, “adulte/enfant” ou “salarié seul”.

Les entreprises occupant un effectif supérieur ou égal à 10 salariés ont le libre choix de leur formulation tarifaire parmi les différentes expressions définies ci-dessus.

Les entreprises dont l'effectif est inférieur à 10 salariés peuvent choisir une formulation tarifaire en euros par jour de présence ou en pourcentage de salaire : toutefois, pour ces entreprises, le choix du périmètre de personnes couvertes (et de la formulation tarifaire qui correspond) dépend du niveau de la couverture mise en œuvre :

- lorsque l'entreprise adhère à un niveau de couverture n'excédant pas le niveau S2P2 tant pour le module “Soins. – Hospitalisation” que pour le module “Optique, prothèses et divers”, elle a le choix entre les formulations “adulte/enfant” et “salarié seul” ;
- dans les autres cas, elle a le choix entre les formulations suivantes : “global famille”, “conjoint distinct” ou “famille sans conjoint”. »

XII. – Au deuxième alinéa de l'article 6.2 :

- les mots « sur le taux de la cotisation » sont remplacés par les mots « sur le montant ou taux de la cotisation » ;
- les mots « 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 » sont remplacés par les mots « a opté pour l'une des formulations suivantes : “conjoint distinct” ou “adulte/enfant” ».

XIII. – A l'avant-dernier alinéa de l'article 6.2, les mots « pour l'ensemble des salariés ETAM de l'entreprise » sont remplacés par les mots « pour l'ensemble des salariés cadres et assimilés de l'entreprise ».

XIV. – Au dernier alinéa de l'article 6.2 :

- à la suite des mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais écrit en italique.

XV. – Il est créé un article 6.3 ainsi rédigé :

« 6.3. Remises de cotisations à l'adhésion

Toute entreprise bénéficie d'une remise de cotisation pendant les 3 premiers mois de son adhésion au présent règlement si les conditions suivantes sont simultanément remplies :

- l'entreprise n'avait pas mis en place de couverture collective complémentaire santé au bénéfice de ses salariés (qu'il s'agisse de salariés cadres ou non cadres) au cours des 6 mois qui ont précédé l'adhésion au présent règlement ;
- la demande d'adhésion a été formulée à compter du 1^{er} janvier 2015 ;
- l'adhésion prend effet au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Lorsque l'entreprise adhère en parallèle au règlement du régime de frais médicaux collectifs des salariés non cadres, la période de remise de cotisations est simultanée pour les deux adhésions. »

XVI. – L'ancien article 6.3 devient l'article 6.4 sans changement de texte.

XVII. – L'article 11.1 est désormais rédigé comme suit :

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

Lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente et qu'il ne peut bénéficier des dispositions de l'article 11.2, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisations :

- à la condition que le salarié ne bénéficie pas par ailleurs d'une couverture collective de frais médicaux à adhésion obligatoire ;
- pendant une période maximale de 30 jours de date à date. »

XVIII. – A l'article 12.1, entre le cinquième alinéa se terminant par les mots « résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence » et le sixième alinéa commençant par les mots « En cas de soins dispensés à l'étranger », il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'article 22 du règlement des régimes de prévoyance collective des cadres prévoit la prise en charge de certaines prestations par le régime de prévoyance, cette prise en charge vient en conséquence en déduction des remboursements à charge du présent régime. »

XIX. – Au dernier alinéa de l'article 12.1, à la suite des mots « commission paritaire » sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

XX. – Au premier alinéa de l'article 12.2, les mots « par an et par » sont remplacés par les mots « défini pour chaque ».

XXI. – Après le premier alinéa de l'article 12.2 se terminant par les mots « est également appelé forfait », est inséré l'alinéa suivant :

« Ce forfait couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an :

- pour les mineurs ;
- en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ;
- pour les lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la sécurité sociale. »

XXII. – Aux deux alinéas suivants de l'article 12.2, le mot « annuel » est supprimé (quatre occurrences).

XXIII. – Le cinquième alinéa de l'article 12.2 commençant par les mots « Par exception, le bonus responsable » et se terminant par les mots « prescription ophtalmologique par les services de l'institution » est modifié et désormais rédigé comme suit :

« Par exception, le bonus responsable maximal est automatiquement octroyé pour le premier remboursement à intervenir au titre des postes "monture et/ou verres simples" ou "monture et/ou verres progressifs", au bénéfice :

- de tout participant nouvellement affilié par l'entreprise ;
- de tout nouvel ayant droit adulte enregistré auprès de BTP-Prévoyance ;
- des enfants à charge à compter du jour où ils deviennent majeurs.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base. Ce supplément s'applique alors :

- pour tout verre simple pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 4 € pour un adulte et à 20 € pour un enfant mineur (valeurs applicables au 1^{er} janvier 2015) ;
- pour tout verre progressif pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 10,50 € pour un adulte (valeur applicable au 1^{er} janvier 2015). »

XXIV. – Au dernier alinéa de l'article 12.2 :

- le mot « annuel » est supprimé ;
- les mots « le cas échéant » sont ajoutés entre les mots « et » et « celui du bonus responsable » ;
- les mots « et celui du supplément pour forte correction » sont ajoutés à la suite des mots « bonus responsables ».

XXV. – Le dernier alinéa de l'article 12.3 est modifié et désormais rédigé comme suit :

« L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements, dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale, pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale. »

XXVI. – Il est ajouté après l'article 12.3 un nouvel article 12.4 ainsi rédigé :

« 12.4. Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge
des dépassements d'honoraires

Dans le cas des modules S3+, S4, S5 et S6 qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, l'annexe des garanties prévoit une prise en charge différenciée selon que le médecin a ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

XXVII. – A l'article 14, les mots « valeur au 1^{er} janvier 2014 » sont remplacés par les mots « valeur au 1^{er} janvier 2015 ».

XXVIII. – A l'article 14, le dernier alinéa est supprimé.

XXIX. – L'article 19 est complété et désormais rédigé comme suit :

« Article 19

Mise en œuvre de coassurance

Dans certains départements, les couvertures prévues par le présent règlement sont mises en œuvre dans le cadre de coassurances territoriales entre BTP-Prévoyance et certaines mutuelles relevant de l'article L. 211-1 du code de la mutualité.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles ont été adoptées par BTP-Prévoyance et par chaque mutuelle concernée. En cas d'incohérence entre ces dispositions réglementaires :

- pour les options de la gamme nationale, ce sont les dispositions du présent règlement et celles du code de la sécurité sociale qui prévalent ;
- pour les options régionales, ce sont les dispositions du règlement mutualiste et celles du code de la mutualité qui l'emportent.

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

BTP-Prévoyance est désigné comme apériteur pour les adhésions aux options de la gamme nationale ; la mutuelle partenaire est désignée comme apériteur pour les adhésions aux options régionales. L'apériteur a notamment pour mission de proposer à la décision des deux coassureurs les évolutions de cotisations et de prestations d'une année sur l'autre.

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 nés de l'adhésion de l'entreprise sont poursuivis en totalité :

- auprès de BTP-Prévoyance pour les adhésions aux options de la gamme nationale ;
- auprès de la mutuelle concernée pour les adhésions aux options régionales. »

XXX. – Au dernier alinéa de l'article 21.1, les mots « autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

XXXI. – A la suite de l'article 21.2, il est ajouté un nouvel article 21.3 rédigé comme suit :

« Article 21.3

Information du chef d'entreprise sur les comptes du régime

En application des dispositions légales et réglementaires, l'institution BTP-Prévoyance fournit annuellement au chef d'entreprise un rapport sur les comptes du régime.

Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise a fait le choix d'une mutualisation au sein d'un régime de frais de santé de branche régi par l'accord collectif du 1^{er} décembre 2001. Dans ce cadre, elle prend acte que le rapport en question, qui porte sur les comptes de la mutualisation née de l'accord collectif de branche, est établi à partir des données cumulées des sections financières définies à l'article 22 des règlements des régimes de frais médicaux collectifs.

L'entreprise est également informée qu'une information complémentaire peut lui être communiquée, sur demande, concernant :

- le nombre total de salariés garantis par la même combinaison modulaire au sein des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance ;
- le rapport de charge global constaté pour l'ensemble des entreprises ayant adhéré à la même combinaison modulaire. »

XXXII. – Au premier alinéa de l'article 23.3, le mot « présente » situé entre les mots « la » et « section financière » est supprimé.

XXXIII. – Au dernier alinéa de l'article 23.3 :

- à la suite des mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais rédigé en italique.

XXXIV. – Au dernier alinéa de l'article 24, après les mots « commission paritaire » sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

TITRE XV

**RÈGLEMENT DU RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS
DES SALARIÉS ETAM (GROUPE FERMÉ)**

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de frais médicaux collectifs des salariés ETAM (groupe fermé) » :

I. – Au dernier alinéa de l'article 6.2 :

- après les mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais rédigé en italique.

II. – Il est créé un article 6.3 rédigé comme suit : « 6.3. Réserve ».

III. – L'ancien article 6.3 est renuméroté en article 6.4, sans changement de texte.

IV. – L'article 11.1 est modifié et désormais rédigé comme suit :

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

Lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente et qu'il ne peut bénéficier des dispositions de l'article 11.2, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisations :

- à la condition que le salarié ne bénéficie pas par ailleurs d'une couverture collective de frais médicaux à adhésion obligatoire ;
- pendant une période maximale de 30 jours de date à date. »

V. – Au sixième alinéa de l'article 12.1 :

- les mots « des actes » sont supprimés ;
- la référence à « l'article 19 » est remplacée par la référence à « l'article 20 » ;
- les mots « instituant le régime national de prévoyance des ETAM du BTP » sont supprimés.

VI. – Au dernier alinéa de l'article 12.1, après les mots « commission paritaire » sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

VII. – Au premier alinéa de l'article 12.2, les mots « par an et par » sont remplacés par les mots « défini pour chaque ».

VIII. – Aux deuxième et troisième alinéas de l'article 12.2, le mot « annuel » est supprimé (quatre occurrences).

IX. – Il est ajouté entre le premier et le deuxième alinéa de l'article 12.2, un alinéa ainsi rédigé :

« Ce forfait couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an :

- pour les mineurs ;
- en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ;
- pour les lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la sécurité sociale. »

X. – Le cinquième alinéa de l'article 12.2 est modifié comme suit :

« Par exception, le bonus responsable maximal est automatiquement octroyé pour le premier remboursement à intervenir au titre des postes "monture et/ou verres simples" ou "monture et/ou verres progressifs", au bénéfice :

- de tout participant nouvellement affilié par l'entreprise ;
- de tout nouvel ayant droit adulte enregistré auprès de BTP-Prévoyance ;
- des enfants à charge à compter du jour où ils deviennent majeurs. »

XI. – Dans l'article 12.2, un sixième alinéa est ajouté :

« Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base. Ce supplément s'applique alors :

- pour tout verre simple pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 4 € pour un adulte et à 20 € pour un enfant mineur (valeurs applicables au 1^{er} janvier 2015) ;
- pour tout verre progressif pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 10,50 € pour un adulte (valeur applicable au 1^{er} janvier 2015). »

XII. – Au dernier alinéa de l'article 12.2 :

- le mot « annuel » est supprimé ;
- les mots « le cas échéant » est ajouté entre les mots « et » et « celui du bonus responsable » ;
- les mots « et celui du supplément pour forte correction » sont ajoutés à la suite des mots « bonus responsables ».

XIII. – Au premier alinéa de l'article 12.3, les mots « bases de remboursements » sont remplacés par les mots « bases de remboursement ».

XIV. – Le dernier alinéa de l'article 12.3 est désormais rédigé comme suit :

« L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements, dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale, pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dento-faciale. »

XV. – Après l'article 12.3, il est ajouté un nouvel article 12.4 ainsi rédigé :

« 12.4. Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge
des dépassements d'honoraires

Dans le cas des modules S3+, S4, S5 et S6 qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, l'annexe des garanties prévoit une prise en charge différenciée selon que le médecin a ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

XVI. – A l'article 14, les mots « valeur au 1^{er} janvier 2014 » sont remplacés par les mots « valeur au 1^{er} janvier 2015 ».

XVII. – A l'article 14, le dernier alinéa est supprimé.

XVIII. – L'article 19 est modifié comme suit :

« Dans certains départements, les couvertures prévues par le présent règlement sont mises en œuvre dans le cadre de coassurances territoriales entre BTP-Prévoyance et certaines mutuelles relevant de l'article L. 211-1 du code de la mutualité.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles ont été adoptées par BTP-Prévoyance et par chaque mutuelle concernée. En cas d'incohérence entre ces dispositions réglementaires :

- pour les options de la gamme nationale, ce sont les dispositions du présent règlement et celles du code de la sécurité sociale qui prévalent ;
- pour les options régionales, ce sont les dispositions du règlement mutualiste et celles du code de la mutualité qui l'emportent.

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

BTP-Prévoyance est désigné comme apériteur pour les adhésions aux options de la gamme nationale ; la mutuelle partenaire est désignée comme apériteur pour les adhésions aux options régionales. L'apériteur a notamment pour mission de proposer à la décision des deux coassureurs les évolutions de cotisations et de prestations d'une année sur l'autre.

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 nés de l'adhésion de l'entreprise sont poursuivis en totalité :

- auprès de BTP-Prévoyance pour les adhésions aux options de la gamme nationale ;
- auprès de la mutuelle concernée pour les adhésions aux options régionales. »

XIX. – A l'article 21.1, les mots « autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

XX. – Après l'article 21.2, il est ajouté un nouvel article 21.3 ainsi rédigé :

« Article 21.3

Information du chef d'entreprise sur les comptes du régime

En application des dispositions légales et réglementaires, l'institution BTP-Prévoyance fournit annuellement au chef d'entreprise un rapport sur les comptes du régime.

Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise a fait le choix d'une mutualisation au sein d'un régime de frais de santé de branche régi par l'accord collectif du 1^{er} décembre 2001. Dans ce cadre, elle prend acte que le rapport en question, qui porte sur les comptes de la mutualisation née de l'accord collectif de branche, est établi à partir des données cumulées des sections financières définies à l'article 22 des règlements des régimes de frais médicaux collectifs.

L'entreprise est également informée qu'une information complémentaire peut lui être communiquée, sur demande, concernant :

- le nombre total de salariés garantis par la même combinaison modulaire au sein des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance ;
- le rapport de charge global constaté pour l'ensemble des entreprises ayant adhéré à la même combinaison modulaire. »

TITRE XVI

RÈGLEMENT DU RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS DES ACTIFS

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de frais médicaux individuels des actifs » :

I. – A l'article 3.1, l'alinéa commençant par les mots « Toute demande d'adhésion s'accompagne » et se terminant par les mots « compris entre l'adhésion initiale et la renonciation » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Ce droit à renonciation est pris en compte par l'institution si les deux conditions suivantes sont remplies :

- le droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ;
- aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu, tant auprès de l'adhérent qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant, entre la date d'adhésion et la date de réception de la demande de renonciation.

L'institution est alors tenue de rembourser les cotisations perçues. »

II. – Au quatrième alinéa de l'article 4, les mots « au premier jour suivant la déclaration » sont remplacés par les mots « au premier jour du mois suivant la demande ».

III. – Le dernier alinéa de l'article 4 est complété et modifié comme suit :

« Toutefois, lorsque la modification de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants :

- mariage, divorce, séparation de corps ;
- conclusion ou rupture d'un Pacs ;
- naissance, décès d'un ayant droit ;
- admission d'un ayant droit au bénéfice d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé) ;
- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé),

les cotisations et les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent. »

IV. – Au deuxième alinéa de l'article 6.1, les mots « au 1^{er} janvier de chaque exercice » sont remplacés par les mots « au 1^{er} janvier de l'exercice ».

V. – Au dernier alinéa de l'article 6.1, après les mots « commission paritaire », sont insérés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

VI. – L'article 6.2 est modifié comme suit :

« 6.2. Gratuité de couverture de certains enfants

Certains enfants sont couverts gratuitement par BTP-Prévoyance. Cette couverture gratuite est mise en œuvre dans les situations suivantes :

a) Tout enfant lié au participant au sens de l'article 4.2 est couvert à titre gratuit jusqu'au dernier jour du 6^e mois civil suivant sa naissance ou son adoption par le participant ;

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

VII. – Le premier alinéa de l'article 6.3 est ainsi modifié :

« Pour tout nouveau bénéficiaire (qu'il s'agisse de l'adhérent ou de tout ayant droit), les cotisations dues au titre des deux premiers mois de couverture bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première fois que l'intéressé est couvert en santé à titre individuel (hors compléments individuels de frais médicaux) auprès de BTP-Prévoyance ou d'une des entités relevant des comptes combinés de l'institution. Pour les ayants droit, cette disposition s'applique y compris lorsque l'inscription auprès de BTP-Prévoyance est postérieure à celle de l'adhérent. »

VIII. – Au troisième alinéa de l'article 8.1 *a* commençant par les mots « Par exception, la démission prend », le premier point est complété et modifié comme suit :

« L'adhérent a été admis au bénéfice de la CMU complémentaire ou de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (telles que définies respectivement aux chapitres I^{er} et III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale). »

IX. – Au troisième alinéa de l'article 12.1, le mot « ultérieure » est inséré entre les mots « ratification » et « de la commission paritaire ».

X. – Au dernier alinéa de l'article 12.1, à la suite des mots « commission paritaire », sont insérés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

XI. – Au premier alinéa de l'article 12.2, les mots « par an et par » sont remplacés par les mots « défini pour chaque ».

XII. – Il est ajouté entre le premier et le deuxième alinéa de l'article 12.2 un alinéa ainsi rédigé :

« Ce forfait couvre le frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an :

- pour les mineurs ;
- en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ;
- pour les lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la sécurité sociale. »

XIII. – Aux deux alinéas suivants de l'article 12.2, le mot « annuel » est supprimé (quatre occurrences).

XIV. – L'alinéa de l'article 12.2 qui commence par les mots « Par exception, le bonus responsable » et se termine par les mots « prescription ophtalmologique par les services de l'institution » est remplacé par le texte rédigé comme suit :

« Par exception, le bonus responsable maximal est automatiquement octroyé pour le premier remboursement à intervenir au titre des postes "monture et/ou verres simples" ou "monture et/ou verres progressifs", au bénéfice :

- de tout participant nouvellement affilié par l'entreprise ;
- de tout nouvel ayant droit adulte enregistré auprès de BTP-Prévoyance ;
- des enfants à charge à compter du jour où ils deviennent majeurs.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base. Ce supplément s'applique alors :

- pour tout verre simple pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 4 € pour un adulte et à 20 € pour un enfant mineur (valeurs applicables au 1^{er} janvier 2015) ;
- pour tout verre progressif pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 10,50 € pour un adulte (valeur applicable au 1^{er} janvier 2015). »

XV. – Au dernier alinéa de l'article 12.2 :

- le mot « annuel » est supprimé ;
- les mots « le cas échéant » sont ajoutés entre les mots « et » et « celui du bonus responsable » ;
- les mots « et celui du supplément pour forte correction » sont ajoutés à la suite des mots « bonus responsables ».

XVI. – A l'article 12.3, les mots « base de remboursements » sont remplacés par les mots « base de remboursement ».

XVII. – A la fin de l'article 12.3, sont ajoutés les paragraphes suivants :

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

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

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

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements, dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale, pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dento-faciale. »

XVIII. – Il est créé un article 12.4 ainsi rédigé :

« 12.4. Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge
des dépassements d'honoraires

Dans le cas des modules S3+, S4, S5 et S6 qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, l'annexe des garanties prévoit une prise en charge différenciée selon que le médecin a ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

XIX. – A l'article 14, les mots « valeur au 1^{er} janvier 2014 » sont remplacés par les mots « valeur au 1^{er} janvier 2015 ».

XX. – Le dernier alinéa de l'article 14 est supprimé.

XXI. – Au second alinéa de l'article 16, les mots « des options de la gamme nationale » sont insérés entre les mots « les remboursements » et « sont plafonnés ».

XXII. – L'article 19 est modifié comme suit :

« Article 19

Mise en œuvre de coassurance

Dans certains départements, les couvertures prévues par le présent règlement sont mises en œuvre dans le cadre de coassurances territoriales entre BTP-Prévoyance et certaines mutuelles relevant de l'article L. 211-1 du code de la mutualité.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles ont été adoptées par BTP-Prévoyance et par chaque mutuelle concernée. En cas d'incohérence entre ces dispositions réglementaires :

- pour les options de la gamme nationale, ce sont les dispositions du présent règlement et celles du code de la sécurité sociale qui prévalent ;
- pour les options régionales, ce sont les dispositions du règlement mutualiste et celles du code de la mutualité qui l'emportent.

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

BTP-Prévoyance est désigné comme apéritEUR pour les adhésions aux options de la gamme nationale ; la mutuelle partenaire est désignée comme apéritEUR pour les adhésions aux options régionales. L'apéritEUR a notamment pour mission de proposer à la décision des deux coassureurs les évolutions de cotisations et de prestations d'une année sur l'autre.

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 de l'adhérent sont poursuivis en totalité :

- auprès de BTP-Prévoyance pour les adhésions aux options de la gamme nationale ;
- auprès de la mutuelle concernée pour les adhésions aux options régionales. »

XXIII. – A l'article 21.1, les mots « autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

XXIV. – Au dernier alinéa de l'article 23.3 :

- après les mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais rédigé en italique.

XXV. – Au dernier alinéa de l'article 24 :

- après les mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « participants » est remplacé par le mot « adhérents ».

TITRE XVII

**RÈGLEMENT DU RÉGIME
DE FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS DES RETRAITÉS**

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de frais médicaux individuels des retraités » :

I. – Au premier alinéa de l'article 2, le premier point est complété comme suit :

- « – (...) ou, si la liquidation de leur retraite complémentaire ARRCO intervient au-delà, dans les 12 mois qui s'ensuivent ».

II. – A l'article 3.1, l'alinéa commençant par les mots « Toute demande d'adhésion s'accompagne » et se terminant par les mots « compris entre l'adhésion initiale et la renonciation » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Ce droit à renonciation est pris en compte par l'institution si les deux conditions suivantes sont remplies :

- le droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ;
- aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu, tant auprès de l'adhérent qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant, entre la date d'adhésion et la date de réception de la demande de renonciation.

L'institution est alors tenue de rembourser les cotisations perçues. »

III. – Au quatrième alinéa de l'article 4, les mots « au 1^{er} jour suivant la déclaration » sont remplacés par les mots « au premier jour du mois suivant la demande ».

IV. – Le dernier alinéa de l'article 4 est modifié comme suit :

« Toutefois, lorsque la modification de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants :

- mariage, divorce, séparation de corps ;
- conclusion ou rupture d'un Pacs ;
- naissance, décès d'un ayant droit ;
- admission d'un ayant droit au bénéfice d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé) ;
- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé),

les cotisations et les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la demande intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent. »

V. – Au deuxième alinéa de l'article 6.1, les mots « au 1^{er} janvier de chaque exercice » sont remplacés par les mots « au 1^{er} janvier de l'exercice ».

VI. – Au quatrième alinéa de l'article 6.1, les mots « Pour toute adhésion à partir de l'année d'atteinte des 68 ans, la cotisation issue de l'annexe tarifaire fait l'objet d'une majoration » sont remplacés par les mots « pour toute adhésion à partir de l'âge de 68 ans, la cotisation annuelle est définie en appliquant une majoration aux dispositions de l'annexe tarifaire ».

VII. – Les alinéas 3 et 4 de l'article 6.1 commençant respectivement par les mots « Pour toute adhésion avant l'année d'atteinte des 68 ans » et par les mots « Pour toute adhésion à partir de l'année d'atteinte des 68 ans » sont réunis en un même et unique alinéa.

VIII. – Au dernier alinéa de l'article 6.1, à la suite des mots « commission paritaire » sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

IX. – Le premier alinéa de l'article 6.3 est modifié et désormais rédigé comme suit :

« Pour tout nouveau bénéficiaire (qu'il s'agisse de l'adhérent ou de son conjoint), les cotisations dues au titre des deux premiers mois de couverture bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première fois que l'intéressé est couvert en santé à titre individuel (hors compléments individuels de frais médicaux) auprès de BTP-Prévoyance ou d'une des entités relevant des comptes combinés de l'institution. Pour les conjoints, cette disposition s'applique y compris lorsque l'inscription auprès de BTP-Prévoyance est postérieure à celle de l'adhérent. »

X. – Le deuxième alinéa de l'article 6.3 est modifié et désormais rédigé comme suit :

« La durée de la suspension est portée à 6 mois pour toute personne qui remplit les conditions suivantes :

a) Le nouvel adhérent au régime était précédemment couvert en frais médicaux collectifs par l'institution :

- dans les 6 mois précédant la date d'ouverture de son dossier d'instruction de retraite ARRCO (ou dans les 6 mois précédant la date d'effet de retraite ARRCO, si cette dernière est plus favorable) ;
- au titre d'un régime standard ou d'une convention particulière conclue avec une entreprise adhérente ;
- quelles qu'aient été ses couvertures antérieures ;

b) La date d'effet de l'adhésion, toujours postérieure à la date d'ouverture du dossier d'instruction de retraite ARRCO, intervient avant la fin du 12^e mois qui suit :

- la date de liquidation de retraite ARRCO de l'adhérent ;
- ou, si elle est plus favorable, la fin de sa dernière activité salariée (notamment dans le cadre d'un cumul emploi-retraite), sous réserve que l'intéressé n'ait pas déjà bénéficié d'une remise de 6 mois de cotisations au titre d'une adhésion antérieure au présent règlement. »

XI. – Le sous-article 6.6 est renuméroté en sous-article 6.4, sans changement de contenu.

XII. – Les sous-articles 6.4, 6.5, 6.5 *a* et 6.5 *b* sont renumérotés respectivement en sous-articles 6.5, 6.6, 6.6 *a* et 6.6 *b*.

XIII. – Dans l'article 6.6 *b* (après renumérotation) :

- les mots « en 2014 » sont remplacés par les mots « en 2015 » ;
- les mots « avant le 31 décembre 2014 » sont remplacés par les mots « avant le 31 décembre 2015 » ;
- les mots « de l'article 6.5 *a* » sont remplacés par les mots « de l'article 6.6 *a* » ;
- les mots « sans que sa date de prise d'effet puisse être antérieure au 1^{er} janvier 2012 » sont supprimés.

XIV. – Il est créé un article 6.7 rédigé comme suit :

« 6.7. Autres réductions de cotisations

Les adhérents qui ont souscrit un abonnement au magazine d'information des retraités du BTP *Le Fil des ans* bénéficient d'une réduction sur leur cotisation. Cette réduction s'élève à – 0,40 € pour chaque mois où l'abonnement *Le Fil des ans* est simultanément à l'adhésion au présent règlement. »

XV. – Le premier point du troisième alinéa de l'article 8.1 *a* est complété d'un troisième tiret comme suit :

- « – l'adhérent a été admis au bénéfice de la CMU complémentaire ou de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (telles que définies respectivement aux chapitres I^{er} et III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale). ».

XVI. – Au troisième alinéa de l'article 12.1, le mot « ultérieure » est inséré à la suite des mots « ces adaptations devant être soumises à ratification ».

XVII. – Au dernier alinéa de l'article 12.1, à la suite des mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

XVIII. – Au premier alinéa de l'article 12.2, les mots « par an et par bénéficiaire » sont remplacés par les mots « défini pour chaque bénéficiaire ».

XIX. – A la suite du premier alinéa de l'article 12.2, un alinéa est inséré et ainsi rédigé :

- « Ce forfait couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an :
 - pour les mineurs,

- en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ;
- pour les lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la sécurité sociale. »

XX. – Aux troisième et quatrième alinéas (nouvelle numérotation) de l'article 12.2, le mot « annuel » est supprimé (quatre occurrences).

XXI. – L'avant-dernier alinéa de l'article 12.2 est modifié et désormais rédigé sous la forme de deux alinéas distincts comme suit :

« Par exception, le bonus responsable maximal est automatiquement octroyé pour le premier remboursement à intervenir au titre des postes "monture et/ou verres simples" ou "monture et/ou verres progressifs", au bénéfice des enfants à charge à compter du jour où ils deviennent majeurs.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base. Ce supplément s'applique alors :

- pour tout verre simple pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 4 € pour un adulte et à 20 € pour un enfant mineur (valeurs applicables au 1^{er} janvier 2015) ;
- pour tout verre progressif pour lequel la base de remboursement de la sécurité sociale est supérieure à 10,50 € pour un adulte (valeur applicable au 1^{er} janvier 2015). »

XXII. – Au dernier alinéa de l'article 12.2 :

- le mot « annuel » est supprimé ;
- les mots « le cas échéant » sont ajoutés entre les mots « et » et « celui du bonus responsable » ;
- les mots « et celui du supplément pour forte correction » sont ajoutés à la suite des mots « celui du bonus responsable ».

XXIII. – A la fin de l'article 12.3, sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements, dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale, pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale. »

XXIV. – Un article 12.4 est créé et rédigé comme suit :

« 12.4. Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires

Dans le cas des modules S3+, S4, S5 et S6 qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, l'annexe des garanties prévoit une prise en charge différenciée selon que le médecin a ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

XXV. – Au premier alinéa de l'article 14, les mots « au 1^{er} janvier 2014 » sont remplacés par les mots « au 1^{er} janvier 2015 ».

XXVI. – Le dernier alinéa de l'article 14 est supprimé.

XXVII. – Au second alinéa de l'article 16, les mots « des options de la gamme nationale » sont insérés entre les mots « les remboursements » et « sont plafonnés ».

XXVIII. – L'article 19 est modifié comme suit :

« Dans certains départements, les couvertures prévues par le présent règlement sont mises en œuvre dans le cadre de coassurances territoriales entre BTP-Prévoyance et certaines mutuelles relevant de l'article L. 211-1 du code de la mutualité.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles ont été adoptées par BTP-Prévoyance et par chaque mutuelle concernée. En cas d'incohérence entre ces dispositions réglementaires :

- pour les options de la gamme nationale, ce sont les dispositions du présent règlement et celles du code de la sécurité sociale qui prévalent ;
- pour les options régionales, ce sont les dispositions du règlement mutualiste et celles du code de la mutualité qui l'emportent.

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

BTP-Prévoyance est désigné comme apériteur pour les adhésions aux options de la gamme nationale ; la mutuelle partenaire est désignée comme apériteur pour les adhésions aux options régionales. L'apériteur a notamment pour mission de proposer à la décision des deux coassureurs les évolutions de cotisations et de prestations d'une année sur l'autre.

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 de l'adhérent sont poursuivis en totalité :

- auprès de BTP-Prévoyance pour les adhésions aux options de la gamme nationale ;
- auprès de la mutuelle concernée pour les adhésions aux options régionales. »

XXIX. – A l'article 21.1, les mots « autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

XXX. – Au dernier alinéa de l'article 23.3 :

- à la suite des mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais rédigé en italique.

XXXI. – Au dernier alinéa de l'article 24 :

- après les mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « participants » est remplacé par le mot « adhérents ».

TITRE XVIII

RÈGLEMENT DES COMPLÉMENTS INDIVIDUELS DE FRAIS MÉDICAUX

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement des compléments individuels de frais médicaux » :

I. – Au premier alinéa de l'article 1^{er}, les mots « non-cadres ou cadres » sont remplacés par les mots « régime non-cadres, régime cadres ou régime fermé ETAM ».

II. – Au deuxième alinéa de l'article 1^{er}, le mot « options » est remplacé par les mots « combinaisons modulaires ».

III. – Au troisième alinéa de l'article 1^{er} :

- le mot « l'option » est remplacé par les mots « le niveau de couverture » ;
- les formulations « non-cadres ou cadres ou ETAM régime fermé » sont remplacés par « régime non-cadres, régime cadres ou régime fermé ETAM » ;
- le mot « modulaire » est inséré entre les mots « complément » et « de garanties » ;
- les mots « à titre personnel » situés avant les mots « en sus du socle collectif » sont supprimés ;
- le texte « ; ce complément, qui couvre systématiquement le salarié ainsi que ses éventuels ayants droit relevant du socle collectif » remplace le mot « qui » entre les mots « en sus du socle collectif » et « est régi par les dispositions » ;
- les mots « il s'agit de l'ensemble constitué par » sont insérés entre le texte « dispositif de couverture santé à étage : » et les mots « les garanties globales » ;
- le mot « résultantes » est ajouté à la suite des mots « niveau de garanties » ;
- les mots « de l'option » sont remplacés par les mots « du niveau de couverture » ;
- le mot « ou » situé entre les mots « participant » et « salarié » n'est plus en gras.

IV. – Le premier alinéa de l'article 2 est désormais rédigé comme suit :

« Lorsqu'elles adhèrent à un régime de frais médicaux collectif de BTP-Prévoyance (régime non-cadres, régime cadres ou régime fermé ETAM), les entreprises ouvrent automatiquement aux salariés couverts par ce régime la possibilité d'accéder au dispositif de couverture santé à étages. »

V. – A la suite du premier alinéa de l'article 2 est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Par exception, l'adhésion de l'entreprise au niveau de couvertures S5P6 et S6P6 n'ouvre pas de possibilité pour les salariés de compléter leur socle collectif par un complément individuel. »

VI. – Au second alinéa de l'article 3, le quatrième point est modifié comme suit :

- le mot « retenu » est remplacé par « résultantes » ;
- les mots « souscrits par l'entreprise » sont remplacés par les mots « pour lequel l'entreprise a adhéré » ;
- les mots « bloc soins-hospitalisation ou pour le bloc complément (dentaire-optique) » sont remplacés par les mots « module “soins-hospitalisation” » ou « pour le module “optique, prothèses et divers” » ;
- la phrase suivante : « Par ailleurs, le salarié ne peut choisir plus d'un niveau d'écart entre le niveau des garanties résultantes pour le module “soins-hospitalisation” et celui des garanties résultantes pour le module “optique, prothèses et divers...” est ajoutée à la suite des mots « module “optique, prothèses et divers” ».

VII. – A l'article 3, il est créé un troisième et un quatrième alinéa ainsi rédigés :

« La signature du bulletin de participation s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours qui s'ensuivent. Ce droit à renonciation est pris en compte par l'institution si les deux conditions suivantes sont remplies :

- le droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ;
- aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu tant auprès du salarié qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant entre la date d'adhésion et la date de réception de la demande de renonciation.

L'institution est alors tenue de rembourser les cotisations perçues. »

VIII. – Dans le titre de l'article 5, les mots « de la participation » sont remplacés par les mots « du niveau de garanties résultantes ».

IX. – Au premier alinéa de l'article 5, le mot « complément » devient « Complément ».

X. – Au quatrième et au cinquième alinéa de l'article 5, les mots « d'option » sont remplacés par les mots « de niveau de garanties résultantes » (deux occurrences).

XI. – Au deuxième alinéa de l'article 6 :

- le mot « personnel » est supprimé ;
- les mots « niveau de garanties dans le dispositif de couverture santé à étages » sont remplacés par les mots « niveau de garanties résultantes ».

XII. – Le troisième alinéa de l'article 6 est modifié et rédigé comme suit :

« Ce montant est également fonction de paramètres préalablement fixés dans le socle collectif de frais médicaux :

- niveau de garanties du socle collectif ;
- nombre d'ayants droit couverts par le socle collectif. »

XIII. – A la suite du troisième alinéa de l'article 6, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Si la date d'effet du complément individuel portée sur le bulletin de participation est antérieure au 1^{er} janvier 2015, le montant de la cotisation du complément individuel est variable selon que le socle collectif couvre ou non le conjoint.

Dans les autres cas, la cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes, elle correspond à la somme des éléments suivants :

- montant de cotisation par "adulte" multiplié par le nombre d'"adultes" couverts ;
- montant de cotisation par "enfant" multiplié par le nombre d'"enfants" couverts.

Pour l'application de cette formule, il est précisé que :

- sont qualifiés d'"adultes" le participant ainsi que, le cas échéant, son conjoint lorsque ce dernier est couvert par le socle collectif, et ce quel que soit leur âge ;
- sont qualifiés d'"enfants" les ayants droit couverts par le socle collectif. Toutefois, lorsque le socle collectif couvre trois enfants ou plus, seuls deux d'entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation du complément individuel ; tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit. »

XIV. – Au dernier alinéa de l'article 6, à la suite des mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

XV. – Dans le titre des articles 8 et 8.1, les mots « de la participation au complément individuel » sont remplacés par le mot « couverture » (deux occurrences).

XVI. – Dans le titre de l'article 8.1 *a*, le mot « résiliation » est remplacé par les mots « terme de la couverture ».

XVII. – Au deuxième alinéa de l'article 8.1 *a*, le mot « participation » est remplacé par le mot « couverture ».

XVIII. – Le dernier alinéa de l'article 8.1 *a* est modifié comme suit :

« Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission, dans les situations suivantes :
 - le participant a été informé d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information ;
 - le participant ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise adhérente au socle collectif mais continue à bénéficier du maintien des garanties collectives sans contrepartie de cotisations ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, lorsque les dates limites d'exercice du droit à démission n'ont pas été rappelées au participant dans son avis annuel d'échéance de cotisation. »

XIX. – Au deuxième alinéa de l'article 8.1 *b*, le mot « adhésion » est remplacé par les mots « la participation au présent règlement ».

XX. – Au troisième alinéa de l'article 8.1 *b* :

- les mots « l'adhérent » sont remplacés par les mots « le participant » ;
- les mots « l'adhésion au » sont remplacés par les mots « couverture au titre du ».

XXI. – Au quatrième alinéa de l'article 8.1 *b* :

- le mot « réouverts » est remplacé par les mots « ouverts » ;
- les mots « s'il » sont remplacés par les mots « si le participant ».

XXII. – Au cinquième alinéa de l'article 8.1.*b*, les mots « du participant » situés après le mot « exclusion » sont supprimés.

XXIII. – Au titre de l'article 8.2, les mots « l'adhésion » sont remplacés par les mots « la couverture ».

XXIV. – Dans le corps de l'article 8.2, les mots « l'adhésion » sont remplacés par les mots « la couverture ».

XXV. – Le premier alinéa de l'article 12.1 est modifié et remplacé par deux alinéas désormais rédigés comme suit :

« Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de BTP-Prévoyance, le droit à prestations est fonction du niveau du complément individuel choisi par le participant.

Le montant de la prestation est calculé :

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

XXVI. – Au premier point du troisième alinéa (nouveau) de l'article 12.1, les mots « les couvertures relevant du présent règlement » sont remplacés par les mots « la couverture globale découlant du dispositif de couverture de santé à étages ».

XXVII. – Après le troisième alinéa (nouveau) de l'article 12.1, se terminant par les mots « la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil », il est ajouté un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

XXVIII. – Au cinquième alinéa (nouveau) de l'article 12.1, commençant par les mots « Le cumul des remboursements effectués auprès de l'adhérent », les mots « du présent règlement » sont remplacés par les mots « du dispositif de couverture santé à étages ».

XXIX. – A la dernière puce du même alinéa de l'article 12.1, les mots « s'il est » sont remplacés par le mot « si ».

XXX. – Les deux derniers alinéas de l'article 12.1 sont inversés ; ce qui signifie que l'alinéa qui commence par les mots « En cas de soins dispensés à l'étranger » et se termine par les mots « leur régime de base d'assurance maladie » précède désormais l'alinéa qui commence par les mots « Sous réserve des dispositions du second alinéa » et se termine par les mots « et sur proposition du conseil d'administration ».

XXXI. – Au nouveau dernier alinéa de l'article 12.1, le mot « second » est remplacé par le mot « troisième » et après les mots « commission paritaire » sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

XXXII. – Au premier alinéa de l'article 12.2, les mots « par an et par » sont remplacés par les mots « défini pour chaque bénéficiaire ».

XXXIII. – A la suite du premier alinéa de l'article 12.2 est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ce forfait couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an :

- pour les mineurs ;
- en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ;
- pour les lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la sécurité sociale. »

XXXIV. – Au troisième alinéa (nouveau) de l'article 12.2 : le mot « adhésion » est remplacé par le mot « participation » et la formulation « , avec l'octroi éventuel d'un bonus responsable intermédiaire ou maximal » est ajoutée à la suite des mots « consommation des exercices écoulés ».

XXXV. – Après ce troisième alinéa (nouveau) de l'article 12.2, est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base. »

XXXVI. – Au cinquième alinéa (nouveau) de l'article 12.2, les mots « intermédiaire ou maximal » sont remplacés par les mots « (intermédiaire ou maximal) et les conditions d'octroi du supplément pour fortes corrections ».

XXXVII. – Au dernier alinéa de l'article 12.2 :

- les mots « le cas échéant » sont ajoutés à la suite des mots « forfait annuel de base et » ;
- les mots « et celui du supplément pour forte correction » sont ajoutés à la suite des mots « bonus responsable ».

XXXVIII. – Après le deuxième alinéa de l'article 12.3 se terminant par les mots « est fixé à 10 000 € par an et par bénéficiaire », est ajouté un troisième alinéa rédigé comme suit :

« L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements, dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale, pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale. »

XXXIX. – Il est créé un article 12.4 ainsi rédigé :

« 12.4. Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge
des dépassements d'honoraires

Dans le cas des modules S3+, S4, S5 et S6 qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, l'annexe des garanties prévoit une prise en charge différenciée selon que le médecin a ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

XL. – A l'article 14 :

- les mots « au 1^{er} janvier 2014 » sont remplacés par les mots « au 1^{er} janvier 2015 » ;
- le dernier alinéa est supprimé.

XLI. – L'article 19 est modifié comme suit :

« Dans certains départements, les couvertures prévues par le présent règlement sont mises en œuvre dans le cadre de coassurances territoriales entre BTP-Prévoyance et certaines mutuelles relevant de l'article L. 211-1 du code de la mutualité.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles ont été adoptées par BTP-Prévoyance et par chaque mutuelle concernée. En cas d'incohérence entre ces dispositions réglementaires :

- pour les options de la gamme nationale, ce sont les dispositions du présent règlement et celles du code de la sécurité sociale qui prévalent ;
- pour les options régionales, ce sont les dispositions du règlement mutualiste et celles du code de la mutualité qui l'emportent.

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

BTP-Prévoyance est désigné comme apéritur pour les adhésions aux options de la gamme nationale ; la mutuelle partenaire est désignée comme apéritur pour les adhésions aux options régionales. L'apéritur a notamment pour mission de proposer à la décision des deux coassureurs les évolutions de cotisations et de prestations d'une année sur l'autre.

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 de l'adhérent sont poursuivis en totalité :

- auprès de BTP-Prévoyance pour les adhésions aux options de la gamme nationale ;
- auprès de la mutuelle concernée pour les adhésions aux options régionales. »

XLII. – A l'article 21.1, les mots « autorité de contrôle et de résolution » sont remplacés par les mots « autorité de contrôle prudentiel et de résolution ».

XLIII. – Au dernier alinéa de l'article 23.3 :

- à la suite des mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais rédigé en italique.

XLIV. – Au dernier alinéa de l'article 24, après les mots « commission paritaire » sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance ».

TITRE XIX

RÈGLEMENT DU RÉGIME DES OPTIONS INDIVIDUELLES D'EXTENSION FAMILIALE DE LA COUVERTURE SANTÉ

Il est créé un nouveau règlement intitulé : « Règlement du régime des options individuelles d'extension familiale de la couverture santé ».

Le contenu de ce règlement est le suivant.

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de définir les conditions de couverture santé, sur la base d'une contribution financière exclusivement individuelle et à des conditions tarifaires préférentielles, de personnes qui sont liées à des salariés couverts à titre collectif par BTP-Prévoyance. L'accès à cette couverture santé implique que les conditions suivantes soient réunies :

- le salarié est couvert par son entreprise dans le cadre d'un régime de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance (régime non-cadres ou régime cadres) ;
- la personne liée au salarié (conjoint ou enfant à charge) ne peut pas être reconnue comme ayant droit au titre du règlement du régime de frais médicaux collectifs, du fait de la formulation d'adhésion retenue par l'entreprise ;

- le salarié souhaite néanmoins que son conjoint et/ou ses enfants à charge puissent bénéficier de la même couverture complémentaire santé que lui, sur la base d’une contribution financière exclusivement individuelle.

Pendant toute la durée de couverture par le présent règlement, le niveau de garantie de la personne liée est obligatoirement aligné sur celui dont bénéficie le salarié (au titre de sa couverture collective d’entreprise et, le cas échéant, au titre d’un complément individuel facultatif). La cessation de couverture du salarié à titre collectif emporte automatiquement cessation de la couverture de toute personne liée, selon les modalités détaillées à l’article 8.

Dans la suite du règlement, sont appelés :

- garanties du salarié : les garanties globales de frais médicaux dont le salarié bénéficie, issues du cumul des couvertures suivantes :
 - socle collectif : le niveau de couverture du régime de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance (régime non-cadres ou régime cadres) à laquelle l’entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le participant ;
 - complément individuel : le niveau complémentaire de couverture dont le salarié bénéficie, s’il a choisi de relever du régime des compléments individuels de frais médicaux de BTP-Prévoyance ;
- participant ou salarié : le salarié ou ancien salarié qui bénéficie des garanties du socle collectif ;
- option individuelle d’extension familiale de frais médicaux ou extension familiale : la mise en place d’une couverture identique à celle dont bénéficie le salarié, au bénéfice de son conjoint et/ou de son (ses) enfant(s) à charge, sur la base d’une contribution financière exclusivement individuelle. Cette couverture est régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance.

Article 2

Accès aux options individuelles d’extension familiale de frais médicaux

Lorsqu’elles adhèrent à un régime de frais médicaux collectif de BTP-Prévoyance (régime non-cadres ou régime cadres) et qu’elles ont choisi une formulation tarifaire « famille sans conjoint » ou « salarié seul », les entreprises ouvrent automatiquement aux salariés couverts la possibilité d’accéder aux options individuelles d’extension familiale de frais médicaux.

Lors de son affiliation par l’entreprise au socle collectif dans le cadre d’une formulation tarifaire « famille sans conjoint » ou « salarié seul », chaque salarié est informé par BTP-Prévoyance de sa faculté d’accéder à une option individuelle d’extension familiale de frais médicaux.

Article 3

Modalités de mise en œuvre

La décision du salarié de faire bénéficier son conjoint et/ou ses enfants à charge d’une extension familiale se formalise par la signature d’un bulletin de participation. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

Le bulletin de participation précise notamment :

- le nom, la date de naissance et le lieu de domiciliation du participant ;
- l’entreprise dont il relève ;
- le nom et la date de naissance des personnes couvertes par l’extension de garantie ;
- la date d’effet de l’extension familiale.

Le bulletin de participation précise que le niveau de garantie de l’extension familiale correspond strictement aux garanties du salarié, sans possibilité d’autre choix.

Le bulletin de participation comporte également l'engagement du participant que ses bénéficiaires au titre de la présente extension familiale ne soient pas couverts, à compter du jour d'effet de la demande, par une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une institution de prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la couverture maladie universelle complémentaire), sauf si cette autre couverture résulte d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'intérim. A défaut de cet engagement, la participation ne peut être acceptée. Par ailleurs, en cas de non-respect ultérieur de cet engagement, l'institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant toute période de double couverture (que ces versements aient été effectués à l'intéressé ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant).

La signature du bulletin de participation s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours qui s'ensuivent. Ce droit à renonciation est pris en compte par l'institution si les deux conditions suivantes sont remplies :

- le droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ;
- aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu, tant auprès du salarié qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant, entre la date d'adhésion et la date de réception de la demande de renonciation.

L'institution est alors tenue de rembourser les cotisations perçues.

Article 4

Bénéficiaires

L'option individuelle d'extension familiale de frais médicaux peut couvrir les bénéficiaires suivants :

- le conjoint du salarié, si les conditions suivantes sont réunies :
 - l'entreprise a choisi une formulation tarifaire « famille sans conjoint » ou « salarié seul » ;
 - le conjoint relève des dispositions de l'article 4.1 ;
- le conjoint ne relève pas simultanément d'une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une institution de prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la couverture maladie universelle complémentaire), sauf si cette autre couverture résulte d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'intérim. A défaut, l'institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant la période de double couverture (que ces montants aient été versés à l'intéressé, au conjoint, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant) ;
- ses enfants à charge si les conditions suivantes sont réunies :
 - l'entreprise a choisi une formulation tarifaire « salarié seul » ;
 - l'enfant à charge relève des dispositions de l'article 4.2 ;
- de manière générale, toute personne reconnue comme ayant droit au sens de la législation de la sécurité sociale.

Dans tous les cas, 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 du mois suivant la déclaration.

Toutefois, lorsque la modification de la liste des bénéficiaires fait suite à l'un des événements suivants :

- mariage, divorce, séparation de corps ;
- conclusion ou rupture d'un Pacs ;
- naissance, décès d'un ayant droit ;
- admission d'un ayant droit au bénéfice d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé) ;
- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé),

les cotisations et les droits à prestation peuvent être ajustés avec rétroactivité au jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent.

4.1. Notion de conjoint du salarié

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec l'adhérent ;
- à défaut, la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité (Pacs), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que l'adhérent ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ou si le salarié et son concubin ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés ou à naître de leur union) ;
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
 - c) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que l'adhérent.

L'existence d'un domicile commun au sens du *a* s'entend par l'une des justifications suivantes :

- le salarié et son concubin ont domicilié leur déclaration annuelle de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent ;
- le salarié et son concubin sont domiciliés à la même adresse auprès de leur(s) organisme(s) de base d'assurance maladie ;
- le salarié et son concubin font l'objet d'une facturation commune par la société qui fournit leur domicile principal en électricité et/ou en gaz ;
- le salarié et son concubin disposent d'un compte bancaire conjoint.

4.2. Notion d'enfant(s) 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 salarié ou adoptés par le salarié, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

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

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts :

- jusqu’au 31 décembre suivant la fin de l’année scolaire justifiée :
 - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
 - demandeurs d’emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d’assurance chômage, célibataires, n’exerçant pas d’activité régulière rémunérée ;
- sans limite d’âge, s’ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d’une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l’enfant doit être à 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 salarié ;
- 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. – Changement de domiciliation

La date d’effet de l’option individuelle d’extension familiale de frais médicaux est fixée au premier jour du mois qui suit la demande de couverture, et ne peut être rétroactive. Par exception, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit l’affiliation au socle collectif, cette date peut être fixée à la demande du participant rétroactivement au jour de son affiliation.

La date d’effet est spécifiée sur le bulletin de participation.

La participation à l’option individuelle d’extension familiale de frais médicaux est conclue jusqu’à la fin de l’exercice civil et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf terme de la participation tel que défini dans l’article 8 du présent règlement.

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

Article 6

Cotisations

6.1. Règles générales de fixation des cotisations

Le montant de la cotisation annuelle est défini dans l’annexe tarifaire jointe au présent règlement. Ce montant est fonction :

- du niveau des garanties du salarié, qui s’applique à l’identique aux bénéficiaires de l’extension familiale ;
- du nombre de bénéficiaires de l’extension familiale ;
- de l’âge de chacun des bénéficiaires ;
- du lieu de résidence du participant (apprécié au 1^{er} janvier de l’exercice).

Toute actualisation de l’annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l’article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d’administration.

6.2. Gratuité de couverture de certains enfants

Certains enfants sont couverts gratuitement par BTP-Prévoyance. Cette couverture gratuite est mise en œuvre dans les situations suivantes :

- a) Tout enfant lié au salarié au sens de l’article 4.2 est couvert à titre gratuit jusqu’au dernier jour du 6^e mois suivant sa naissance ou son adoption par le salarié ;

b) Lorsque l'option individuelle d'extension familiale de frais médicaux couvre trois enfants à charge (au sens de l'article 4.2) ou plus, seuls deux d'entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation. Tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

6.3. Remises de cotisations lors de la mise en place de la couverture

Pour tout bénéficiaire nouvellement admis au présent régime, les deux premiers mois de cotisations bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première couverture à titre individuel de l'intéressé (hors compléments individuels de frais médicaux) auprès de BTP-Prévoyance ou d'une des entités relevant des comptes combinés de l'institution.

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

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

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

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

Article 7

Versement des cotisations

L'entreprise adhérente au socle collectif ne peut être tenue pour responsable du paiement de la cotisation qui correspond à l'option individuelle d'extension familiale de frais médicaux.

Le salarié, par la signature du bulletin de participation, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant qu'il n'a pas été mis de terme à la couverture découlant du présent règlement. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement est fractionné par mois. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance sur compte bancaire, ou par toute autre solution mise en œuvre par l'institution.

Les éventuels frais d'impayés peuvent être imputés au participant.

Article 8

Terme de la couverture. – Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

8.1. Terme de la couverture

Le terme de la couverture découlant du présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de terme de couverture à l'initiative du participant (démission) ;
- en cas de cessation d'affiliation du salarié au socle collectif ;
- lorsque les bénéficiaires ne sont plus liées au salarié dans les conditions prévues à l'article 4 (notamment lorsque les enfants à charge ont dépassé les limites d'âge correspondantes) ;
- en cas d'exclusion à l'initiative de l'institution (exclusion) ;
- automatiquement : au jour du décès du dernier bénéficiaire, ou à compter du jour où il ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

a) Terme de la couverture à l'initiative du participant (démission)

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

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

Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission, dans les situations suivantes :
 - le salarié a été informé d'une augmentation de la cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information ;
 - le salarié a changé de régime matrimonial au cours des 3 derniers mois ;
 - le salarié a été admis au bénéfice de la CMU complémentaire ;
 - le salarié ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise adhérente au socle collectif mais continue à bénéficier du maintien des garanties collectives sans contrepartie de cotisations ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, lorsque les dates limites d'exercice du droit à démission n'ont pas été rappelées au participant dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

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

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

Indépendamment du droit pour l'institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice :

- l'institution est fondée à émettre une mise en demeure à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance ;
- la garantie est suspendue 30 jours après l'émission de la mise en demeure lorsque cette dernière est restée sans suite ;
- la participation au présent règlement pourra être résiliée après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la suspension de la garantie et interviendra au dernier jour du 3^e mois civil qui suit la date d'effet de la suspension.

Lors de la mise en demeure, le salarié est informé :

- que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion de couverture au titre du présent règlement, selon le calendrier prévu à l'alinéa qui précède ;
- que la suspension des garanties et l'exclusion emportent cessation d'octroi de tout droit à prestations.

Toutefois, les droits à prestations des bénéficiaires sont intégralement réouverts au titre de la période de suspension :

- si le salarié justifie, durant la période qui a immédiatement précédé le défaut de paiement, d'au moins 12 mois de cotisations acquittées au titre du présent règlement ;
- et s'il régularise l'intégralité de ses cotisations arriérées ou venues à échéance durant la période de suspension.

En cas de fausse déclaration constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin de participation ou de fraude intervenant à tout moment de la vie du contrat, l'exclusion peut être prononcée sans préavis. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'institution, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

c) Conséquence de la cessation d'affiliation du salarié au socle collectif

Lorsque le salarié n'est plus couvert par le socle collectif, les garanties nées du présent règlement cessent automatiquement :

- au 31 décembre de l'année en cours si l'institution a eu connaissance de la cessation de l'affiliation du salarié au socle collectif de BTP-Prévoyance avant le 1^{er} octobre ;

- au 31 décembre de l'année suivante, si l'institution a eu connaissance de la cessation de l'affiliation du salarié après le 1^{er} octobre.

Préalablement à la cessation des garanties, l'institution informe les ayants droit majeurs qu'ils peuvent conserver le bénéfice de leurs garanties en adhérant à l'un des régimes de frais médicaux individuels de l'institution (régimes des actifs ou régime des retraités).

8.2. Prestations et cotisations en cours au terme de la couverture

Les droits à prestations dont bénéficiaient les ayants droit du salarié au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de la couverture.

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

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

Article 9

Réservé

Article 10

Condition d'ouverture des droits. – Fait générateur

10.1. Conditions d'ouverture des droits

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

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de BTP-Prévoyance au titre de l'extension familiale en qualité d'ayant droit du salarié ;
- le salarié ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de cotisations au titre du complément individuel.

10.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux ;
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux ;
- la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation ;
- ou, pour les soins et prestations en établissement de santé public, la date de l'avis de somme à payer émis par le Trésor public si elle est postérieure.

Article 11

Réservé

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 des garanties du salarié, composées du socle collectif et, s'il y a lieu, du complément individuel.

Le calcul de la prestation s'effectue :

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

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 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. En outre, les remboursements sont toujours complémentaires et versés dans la limite des sommes déclarées à la sécurité sociale. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

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

Sous réserve des dispositions du second alinéa du présent article (en vue d'assurer le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale), toute actualisation de l'annexe des garanties relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance, 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 défini pour chaque bénéficiaire. Ce plafond est également appelé forfait.

Ce forfait couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an :

- pour les mineurs ;
- en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ;
- pour les lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la sécurité sociale.

Pour les participations 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, avec l'octroi éventuel d'un bonus responsable intermédiaire ou maximal.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base.

Les conditions d'octroi du bonus responsable (intermédiaire ou maximal) et du supplément pour fortes corrections au titre du présent règlement sont identiques à celles qui résultent de l'article 12.2 du règlement du socle collectif.

Le montant du forfait annuel de base et, le cas échéant, celui du bonus responsable et celui du supplément forte correction, qui dépendent du niveau des garanties du salarié, sont définis dans l'annexe des garanties.

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

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

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

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

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

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements, dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale, pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dento-faciale.

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, l'adhérent peut être conduit à fournir tous les 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 (50 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2015, 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 participant dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

Article 15

Tiers payant

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

Au terme de leur adhésion, tel que défini à l'article 8 :

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

Article 16

Délai de stage et de carence

Les garanties accordées s'appliquent au premier jour d'effet de l'affiliation du bénéficiaire au niveau de garanties retenu.

Article 17

Prescription. – Déclaration tardive

17.1. Prescription du droit à prestation

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

17.2. Prescription des actions en justice

Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent régime sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

17.3. Dispositions diverses

L'historisation par BTP-Prévoyance des données conditionnant l'accès aux mesures d'attractivité de l'article 6.3 est fixée à 5 ans à compter du terme de la dernière affiliation à un régime individuel. Cette durée fixe le délai de prescription au-delà duquel le droit aux dispositions dudit article est définitif, quelles qu'aient été les couvertures antérieures.

Article 18

Recours contre tiers responsable

BTP-Prévoyance est 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 conditions et limites légales.

Article 19

Mise en œuvre de coassurance

Dans certains départements, les couvertures prévues par le présent règlement sont mises en œuvre dans le cadre de coassurances territoriales entre BTP-Prévoyance et des mutuelles mentionnées à l'article L. 211-1 du code de la mutualité.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles ont été adoptées par BTP-Prévoyance et par chaque mutuelle concernée. En cas d'incohérence entre ces dispositions réglementaires :

- pour les options de la gamme nationale, ce sont les dispositions du présent règlement et celles du code de la sécurité sociale qui prévalent ;
- pour les options régionales, ce sont les dispositions du règlement mutualiste et celles du code de la mutualité qui l'emportent.

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

BTP-Prévoyance est désigné comme apériteur pour les adhésions aux options de la gamme nationale ; la mutuelle partenaire est désignée comme apériteur pour les adhésions aux options régionales. L'apériteur a notamment pour mission de proposer à la décision des deux coassureurs les évolutions de cotisations et de prestations d'une année sur l'autre.

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 nés de l'adhésion de l'entreprise sont poursuivis en totalité :

- auprès de BTP-Prévoyance pour les adhésions aux options de la gamme nationale ;
- auprès de la mutuelle concernée pour les adhésions aux options régionales.

Article 20

Effet de la coassurance

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

En cas de changement de domiciliation de l'adhérent en dehors du territoire de coassurance dont il relève :

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

Article 21

Information des adhérents

21.1. Information lors de l'adhésion

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

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

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

Le participant est informé :

- qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, il peut s'adresser par écrit au médiateur de PRO BTP à l'adresse suivante : Médiateur de PRO BTP, 7, rue du Regard, 75294 Paris Cedex 06 ;
- 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 ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, situé au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

21.2. Information en cas de modifications des conditions de couverture

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

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

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

Article 22

Section financière et réserve

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

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

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

Article 23

Ressources et charges de la section financière

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

23.1. Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

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

- c) Des produits nets des placements de la section financière ;
- d) Du solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- e) Du produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent règlement au titre de l'exercice écoulé.

23.2. Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de coréassurance ;
- d) Un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 10 % des cotisations acquises des adhérents avant réductions au titre des mesures définies aux articles 6.3 et 6.5 ;
- e) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24 ;
- f) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent règlement au titre de l'exercice écoulé.

23.3. Compte de gestion

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

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

Il appartient à la commission paritaire ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations de la présente section financière.

Article 24

Provision pour participation aux excédents

Il est constitué une provision pour participation aux excédents au titre du présent règlement.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration, dans la limite du solde positif des ressources et des charges définies à l'article 23 (compte non tenu de la ressource visée au e de l'article 23.1 et des charges visées aux e et f de l'article 23.2).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des membres participants au présent régime. Elle doit être utilisée à leur profit exclusif.

Toute décision d'utilisation de la provision pour participation aux excédents, qui relève d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance, peut prendre les formes suivantes :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des participants et de leurs ayants droit ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des membres participants, le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des participants.

TITRE XX

RÈGLEMENT DU RÉGIME INDIVIDUEL DE PRESTATION ADDITIONNELLE DE CAPITAL DÉCÈS

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime individuel de prestation additionnelle de capital décès » :

I. – Au dernier alinéa de l'article 6.1 :

- après les mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais rédigé en italique.

II. – L'article 6.3 est modifié comme suit :

« Lorsque l'adhésion est simultanée à un régime de frais médicaux individuels de BTP-Prévoyance (régime des actifs ou régimes des retraités) et au présent règlement, les dispositions de suspension puis de remise de cotisations prévues à l'article 6.3 du règlement du régime de frais médicaux individuels s'appliquent à l'identique aux cotisations nées du présent règlement. »

III. – Il est créé un article 6.4 ainsi rédigé :

« 6.4. Autres remises de cotisations

Les adhérents qui ont bénéficié des dispositifs de remises de cotisations prévus à l'article 6.3 bénéficient d'une remise complémentaire de 2 mois de cotisations au cours de leur deuxième année d'adhésion au présent règlement. »

IV. – Au dernier alinéa de l'article 23.3 :

- à la suite des mots « commission paritaire », sont ajoutés les mots « ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- le mot « santé » est désormais rédigé en italique.

V. – Au dernier alinéa de l'article 24 :

- les mots « commission paritaire du bâtiment et des travaux publics » sont remplacés par les mots « commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-Prévoyance » ;
- les mots « en faveur des adhérents » sont insérés à la suite des mots « aides individuelles à caractère sociale ».

TITRE XXI

TRANSFORMATION DE COUVERTURES

Au 1^{er} janvier 2015 :

- les garanties et les tarifs applicables aux entreprises relevant du régime général qui ont adhéré à l'option « Ancienne option 2 avant 1993. – ETAM » sont alignés sur les garanties et les tarifs en régime général de l'option « S3+ P3+ » du régime de frais médicaux collectifs des salariés non cadres ;
- les garanties et les tarifs applicables aux entreprises relevant du régime général qui ont adhéré à l'option « Ancienne option 2 avant 1993. – Cadres » sont alignés sur les garanties et les tarifs en régime général de l'option « S3+ P3+ » du régime de frais médicaux collectifs des salariés non cadres ;
- les garanties et les tarifs applicables aux adhérents relevant du régime général qui sont couverts par l'option « Ancienne gamme ETAM GFMIA option base » sont alignés sur les garanties et les tarifs en régime général de l'option « S2P1 » du régime de frais médicaux individuel des actifs ;
- les garanties et les tarifs applicables aux adhérents relevant du régime général qui sont couverts par l'option « Ancienne gamme ETAM GFMIA option 1 » sont alignés sur les garanties et les tarifs en régime général de l'option « S2P1 » du régime de frais médicaux individuel des actifs ;

- les garanties et les tarifs applicables aux entreprises relevant du régime général qui ont adhéré au régime frais médicaux ETAM de la gamme nationale, pour lesquelles la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération dans la limite de 125 % du plafond de la sécurité sociale et n'occupant aucune personne relevant du collège ouvriers, sont alignés sur les garanties et les tarifs du régime de frais médicaux collectifs des salariés non cadres :
 - pour une option de même niveau ;
 - dont la cotisation est exprimée :
 - en formulation tarifaire « global famille » ;
 - au titre du régime général ;
 - en pourcentage de la rémunération cotisée dans la limite du plafond de la sécurité sociale (salaire cotisé en tranche A) ;
- les garanties et les tarifs applicables aux entreprises relevant du régime général qui ont adhéré au régime frais médicaux ETAM de la gamme nationale, pour lesquelles la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération dans la limite de 125 % du plafond de la sécurité sociale et occupant du personnel relevant du collège ouvriers couvert par le régime frais médicaux non-cadres en formule global famille avec une cotisation exprimée en pourcentage du salaire cotisé (dans la limite du plafond de la sécurité sociale – salaire cotisé en tranche A) et pour le même niveau de garanties que le collège ETAM, sont alignés sur les garanties et les tarifs du régime de frais médicaux collectifs des salariés non cadres :
 - pour une option de même niveau ;
 - dont la cotisation est exprimée :
 - en formulation tarifaire « global famille » ;
 - au titre du régime général ;
 - en pourcentage de la rémunération cotisée dans la limite du plafond de la sécurité sociale (salaire cotisé en tranche A) ;
- les garanties et les tarifs applicables aux entreprises relevant du régime général qui ont adhéré au régime de frais médicaux collectifs des cadres, pour une cotisation exprimée en pourcentage de la rémunération dans la limite de 125 % du plafond de la sécurité sociale, sont alignés sur les garanties et les tarifs du régime de frais médicaux collectifs des cadres :
 - pour une option de même niveau ;
 - dont la cotisation est exprimée :
 - en formulation tarifaire « global famille » ;
 - au titre du régime général ;
 - en pourcentage de la rémunération cotisée dans la limite du plafond de la sécurité sociale (salaire cotisé en tranche A).

TITRE XXII ⁽¹⁾

La commission paritaire extraordinaire de BTP-Prévoyance décide de ratifier :

- les annexes des garanties et annexes tarifaires du « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers » telles qu'elles figurent en annexe I du présent avenant ;
- les annexes des garanties et annexes tarifaires du « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » telles qu'elles figurent en annexe II du présent avenant ;
- les annexes des garanties et annexes tarifaires du « Règlement des régimes de prévoyance collective des non-cadres des cabinets d'économistes de la construction et de métreurs-vérificateurs » telles qu'elles figurent en annexe III du présent avenant ;
- les annexes des garanties et annexes tarifaires du « Règlement des régimes de prévoyance collective des cadres » telles qu'elles figurent en annexe IV du présent avenant ;

(1) Les annexes ne sont pas publiées.

- les annexes des garanties et annexes tarifaires du « Règlement du régime de la garantie arrêt de travail et de l'option charges sur arrêts de travail de longue durée » telles qu'elles figurent en annexe V du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du « Règlement des régimes de frais médicaux » collège non-cadres telles qu'elles figurent en annexe VI du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du « Règlement des régimes de frais médicaux » collège cadres telles qu'elles figurent en annexe VII du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du « Règlement des régimes de frais médicaux » collège ETAM telles qu'elles figurent en annexe VIII du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du « Règlement des régimes de frais médicaux individuels. – Actifs » collège non-cadres telles qu'elles figurent en annexe IX du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du « Règlement des régimes de frais médicaux individuels. – Retraités » collège non-cadres telles qu'elles figurent en annexe X du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du « Règlement des compléments individuels de frais médicaux » telles qu'elles figurent en annexe XI du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du « Règlement du régime des options individuelles d'extension familiale de la couverture santé » telles qu'elles figurent en annexe XII du présent avenant ;
- les annexes des garanties, annexes tarifaires et annexes de coassurance du « Règlement du régime de prestation additionnelle individuelle de capital décès » telles qu'elles figurent en annexe XIII du présent avenant.

TITRE XXIII

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2015.

TITRE XXIV

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

Fait à Paris, le 11 décembre 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

CAPEB ;
FFB ;
FFIE ;
FNTP ;
FNSCOP BTP.

Syndicats de salariés :

CFE-CGC BTP ;
FNCB CFDT ;
FG FO construction.