

Accords collectifs nationaux

BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

Avenant n° 36 du 13 décembre 2022

à l'accord collectif du 1^{er} octobre 2001
instituant BTP-prévoyance

NOR : ASET2350210M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CAPEB ;

FNTP ;

FFB ;

FFIE ;

SCOP BTP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

BATIMAT-TP CFTC ;

CFDT FNCB ;

CFE-CGC BTP ;

FG FO construction,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Titre I^{er} Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO » :

I. Le texte du sous-article 2.2 « Modalités de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

II. Le texte du sous-article 4.1 « Assiette » :

« L'entreprise est tenue d'inclure dans l'assiette de cotisations :

- le montant total des indemnités versées par les caisses congés intempéries BTP dont relève l'entreprise adhérente, comprenant notamment les indemnités de congés payés, les primes de vacances, les jours de fractionnement et les jours d'ancienneté... ;
- le montant total des indemnités versées aux salariés placés en position d'activité partielle (indemnités légales d'activité partielle et, le cas échéant, indemnités complémentaires versées par l'employeur en application d'une décision unilatérale ou d'un accord collectif). »

est remplacé par :

« L'entreprise est tenue d'inclure dans l'assiette de cotisations :

- le montant total des indemnités versées par la caisse congés intempéries BTP dont relève l'entreprise adhérente, comprenant notamment les indemnités de congés payés, les primes de vacances, les jours de fractionnement et les jours d'ancienneté... ;
- le montant total des revenus de remplacement qu'elle verse aux salariés affiliés, notamment au bénéfice de ceux placés en position d'activité partielle (dans ce cas, il s'agit des indemnités légales d'activité partielle et, le cas échéant, des indemnités complémentaires versées par l'employeur en application d'une décision unilatérale ou d'un accord collectif). »

III. Le texte du sous-article 5.1.c « Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail » :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe compétent de se prononcer sur la poursuite des adhésions. Si l'organe administrateur indique sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ou en cas d'absence de réponse dans le délai de 30 jours suivant la mise en demeure, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit soit au jour de la notification à l'institution, par l'organe compétent, du refus de poursuivre l'adhésion soit, en cas d'absence de réponse de l'organe compétent, au terme du délai de 30 jours rappelé ci-avant. En l'absence de mise en demeure, l'institution se réserve néanmoins la possibilité de demander à faire prononcer judiciairement la résiliation de la présente adhésion. »

est remplacé par :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe administrateur ou le liquidateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;

- soit, en cas d’absence de réponse de l’organe administrateur ou du liquidateur, au terme d’un délai de 30 jours suivant la mise en demeure. »

IV. Le texte du sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l’adhésion » :

- « – à défaut, les prestations continuent d’être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. La revalorisation des prestations en cours de service est également assurée par BTP-Prévoyance, sauf lorsque la résiliation est à l’initiative de l’entreprise ; dans cette dernière situation, le financement de la revalorisation des prestations en cours de service sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l’entreprise elle-même, soit par l’organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

est remplacé par :

- « – à défaut, les prestations continuent à être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. Au-delà, la revalorisation des prestations en cours de service n’est poursuivie par BTP-Prévoyance que dans les situations suivantes :
 - en cas de résiliation dans le cadre des dispositions de l’article 5.1.c ;
 - ou lorsque l’entreprise n’a plus de salarié ouvrier.

Dans les autres cas (et notamment en cas de changement d’organisme assureur), le financement de la revalorisation des prestations en cours de service – qui ne peut être inférieure à celle pratiquée par BTP-Prévoyance – sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l’entreprise elle-même, soit par l’organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

V. Le titre de la section « Section II “Dispositions relatives aux garanties” » est remplacé par « Section II “Dispositions générales relatives aux garanties” ».

VI. Le texte du sous-article 8.2 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » :

- « En cas de suspension du contrat de travail pour cause d’activité partielle, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant calculé sur la base des indemnités entrant dans l’assiette des cotisations définie à l’article 4.1.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail avec versement d’un revenu de remplacement par l’entreprise adhérente (hors situation d’activité partielle), les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant calculé sur la base du montant de l’indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail. »

est remplacé par :

- « En cas de suspension du contrat de travail avec versement par l’entreprise d’une indemnité d’activité partielle ou de tout autre revenu de remplacement, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant calculé sur la base des indemnités entrant dans l’assiette des cotisations définie à l’article 4.1. »

VII. Le texte du sous-article 9.2 « Déclarations tardives. Paiement rétroactif » est intégralement remplacé par :

- « Pour les prestations de rentes en cas de décès (rente au conjoint survivant, rentes d’éducation), est considérée comme tardive la déclaration de l’existence de l’ayant

droit faite à BTP-Prévoyance après un délai de deux années suivant la date du fait générateur.

Pour les rentes liées à l'invalidité, la déclaration tardive intervient après un délai de deux ans à compter de la notification en invalidité par la sécurité sociale.

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

VIII. Le texte du sous-article 10.2 « Notion d'enfant à charge » :

« Sont considérés comme à charge les enfants nés de l'ouvrier, ou adoptés par l'ouvrier :

- âgés de moins de 18 ans (ou, pour le bénéfice de la garantie définie à l'article 19.2, de moins de 21 ans si orphelins de père et de mère) ;
- 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 ; »

est remplacé par :

« Sont considérés comme à charge les enfants nés de l'ouvrier, ou adoptés par l'ouvrier :

- âgés de moins de 18 ans (ou, pour le bénéfice de la garantie définie à l'article 19.2, de moins de 21 ans si orphelins de père et de mère) ;
- 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 (en France, dans un autre pays de l'espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ; »

IX. Le texte de l'article 12 « Base de calcul des prestations » :

« Toutes les prestations prévues par le présent régime sont calculées, selon les cas, en fonction :

- soit d'une valeur en point unitaire, désignée par le symbole SR (salaire de référence). La valeur du SR est fixée à 5,90 € au 1^{er} juillet 2021 (5,90 € au 1^{er} juillet 2020). Cette valeur est revalorisée, chaque année au 1^{er} juillet, proportionnellement à l'évolution du salaire moyen annuel des ouvriers du bâtiment et des travaux publics au cours de l'année précédente ; »

est remplacé par :

« Toutes les prestations prévues par le présent régime sont calculées, selon les cas, en fonction :

- soit d'une valeur en point unitaire, désignée par le symbole SR (Salaire de Référence). La valeur du SR est fixée à 6,05 € au 1^{er} juillet 2022 (5,90 € au 1^{er} juillet 2021). Cette valeur est revalorisée, chaque année au 1^{er} juillet, proportionnellement à l'évolution du salaire moyen annuel des ouvriers du bâtiment et des travaux publics au cours de l'année précédente ; »

X. Le dernier paragraphe du sous-article 13.1 « Revalorisation des prestations d'indemnités journalières, de rente d'invalidité, de rente en cas de décès » est modifié comme suit :

« En cas de changement d'organisme assureur, il appartient à l'entreprise de s'assurer que le nouvel organisme poursuit la revalorisation des prestations visées à l'alinéa précédent, à un niveau au moins équivalent à celui pratiqué par BTP-Prévoyance, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale. »

XI. Le texte du sous-article 18.2 « Transformation en rente viagère » est intégralement remplacé par :

« À la date à laquelle l'ouvrier aurait pu bénéficier d'une pension vieillesse à taux plein du régime général de sécurité sociale, sauf si à cette date le conjoint n'a pas atteint lui-même son 55^e anniversaire ou a encore un enfant à charge, la rente est transformée en une rente viagère dans la limite de 12 % de SB et y compris toutes pensions de réversion versées par une institution de retraite complémentaire adhérente à la fédération AGIRC-ARRCO.

Le montant de cette rente est égal à la fraction de pension de réversion qu'aurait acquise l'intéressé, entre :

- la date de décès de l'ouvrier ;
- et la date à laquelle l'ouvrier aurait pu bénéficier d'une pension vieillesse à taux plein du régime général de sécurité sociale, sans pouvoir excéder l'âge défini au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, si ce dernier avait poursuivi son activité.

Pour ce calcul, il sera fait application des dispositions du règlement de l'AGIRC-ARRCO, dans la limite du taux de cotisation contractuel qui était en vigueur au 01.01.85 pour les ouvriers du bâtiment et des travaux publics.

Le versement de cette rente est effectué à la condition que le bénéficiaire, précédemment marié au participant décédé, ait préalablement transmis à BTP-Prévoyance toutes les informations nécessaires pour l'appréciation des droits à pension de réversion dont il bénéficie au titre du régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO. »

XII. Le titre de l'article 19 « Garantie rente d'éducation » est remplacé par l'article 19 « Rente d'éducation ».

XIII. Le texte du sous-article 20.2 « Montant de l'indemnité journalière » est intégralement remplacé par :

- « Le montant de l'indemnité journalière est égal à :
- maladie ou accident non professionnel : 75 % de SB (y compris les indemnités journalières versées par la sécurité sociale), sans pouvoir être inférieur à SB/2 000 ou à SR ;
 - maladie ou accident couvert par la législation des accidents du travail ou des maladies professionnelles : SB/4 000 (sans pouvoir être inférieur à SR).

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

Pour les périodes indemnisées dans les conditions définies à l'article 20.1, ces dispositions ne peuvent conduire les ouvriers à percevoir des indemnités journalières inférieures aux indemnités complémentaires définies dans le cadre de l'article L. 1226-1 du code du travail.

Une fraction des indemnités journalières versées en cas de maladie ou d'accident non professionnel relève de la SURBASE obligatoire : cette fraction correspond au coût de

l'indemnisation journalière versée au titre du présent règlement, minoré de SB/2000 (sans que cette minoration puisse être inférieure à SR). »

XIV. Le texte du sous-article 23.2 « Frais pris en charge » :

« Les garanties servies au titre du présent règlement s'entendent après déduction des dépenses prises en charge par la couverture santé collective obligatoire de l'entreprise. »

est remplacé par :

« Les garanties exprimées dans les alinéas précédents s'entendent y compris la part de ces dépenses éventuellement prise en charge par la couverture complémentaire santé de l'intéressé. Tout remboursement servi au titre du présent règlement est en conséquence calculé après déduction du remboursement de cette couverture complémentaire santé. »

XV. À la fin de l'article 25 « Réglementation LCB-FT », le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

XVI. Le texte de l'article 26 « Information des entreprises adhérentes et des participants » :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édictés postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édictés postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

XVII. Le dernier paragraphe du sous-article 26.1 « Information lors de l'adhésion » est modifié comme suit :

- « L'entreprise adhérente est informée :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne les satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
 - ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
 - soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;

- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP) ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

XVIII. Les deux premiers paragraphes du sous-article 27.2 « Modalités de fonctionnement du fonds des indemnités de fin de carrière » sont modifiés comme suit :

- « Le "fonds des indemnités de fin de carrière des ouvriers" est crédité par :
- la fraction relative aux indemnités de fin de carrière dans la cotisation fixée à l'article 4.3 ;
- les produits financiers nets résultant de la gestion du fonds, ces produits nets ne pouvant être négatifs ;
- toute alimentation exceptionnelle décidée par la commission paritaire extraordinaire.

Le fonds est débité chaque année des éléments suivants :

- les indemnités de fin de carrière versées aux bénéficiaires définis à l'article 24.1, en application des règles fixées aux articles 24.2 à 24.4, majorées des frais au titre de leur règlement sur la base d'un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 1,5 % du montant total versé (ce dernier correspondant au cumul des indemnités nettes versées aux participants et des cotisations et contributions sociales afférentes),

les autres frais de gestion du régime, sur la base d'un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 5 % des cotisations acquises des entreprises adhérentes, »

XIX. Le texte du sous-article 27.3 « Conséquences du terme de l'adhésion concernant les indemnités de fin de carrière » :

- « À compter du terme de l'adhésion d'une entreprise au présent règlement :
- le fonds des indemnités de fin de carrière ne couvre plus aucune indemnité au titre des ouvriers en activité dans cette entreprise ;
- BTP-Prévoyance transfère au nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise la quote-part du fonds des indemnités de fin de carrière qui correspond aux ouvriers en activité dans cette entreprise. »

est remplacé par :

- « À compter du terme de l'adhésion d'une entreprise au présent règlement, le fonds des indemnités de fin de carrière ne couvre plus aucune indemnité au titre des ouvriers en activité dans cette entreprise.

En cas de changement d'organisme assureur, l'entreprise est tenue d'organiser la poursuite de la couverture prévue à l'article 24, au bénéfice tant des ouvriers dont le

contrat de travail est en cours qu'à celui des ouvriers dont le contrat a été rompu avant la date du transfert. Sur demande de l'entreprise, BTP-Prévoyance doit :

- transférer au nouvel organisme assureur la quote-part du fonds des indemnités de fin de carrière qui correspond aux ouvriers dont le contrat de travail est en cours au sein de l'entreprise à la date de résiliation ;
- l'informer sur leur ancienneté dans le bâtiment ou les travaux publics, à cette même date. »

XX. L'article 29 « Provisions pour participation aux excédents » est intégralement modifié comme suit :

« Article 29 | *Provision pour participation aux excédents*

Il est constitué une provision pour participation aux excédents pour la première section financière visée à l'article 28.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration. Lors de son examen annuel, le conseil d'administration tient compte :

- de la situation financière de la section ;
- des orientations qui ont été définies, le cas échéant, par les partenaires sociaux signataires de l'accord collectif national du 31 juillet 1968.

La dotation annuelle ne peut excéder le solde positif du compte du régime défini à l'article 30.1 (compte non tenu de la ressource visée au *f* de l'article et des charges visées aux *f* et *h*).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des entreprises adhérentes et des membres participants au régime.

L'utilisation de la provision pour participation aux excédents peut être décidée annuellement par le conseil d'administration :

- en priorité pour le financement de la revalorisation des prestations, dans le respect des dispositions de l'article 13.1 ;
- le cas échéant, pour la compensation de la revalorisation prévue à l'article 13.2, lorsque le taux minimum réglementaire est négatif.

La commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance peut également décider d'autres modalités de distribution de la provision pour participation aux excédents. De telles modalités peuvent notamment prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des ouvriers affiliés à l'institution ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des entreprises et des ouvriers affiliés à l'institution ;
- l'octroi d'aides financières à destination des entreprises adhérentes et/ou des ouvriers affiliés à l'institution et de leurs ayants droit, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des ouvriers affiliés à l'institution et/ou de leurs ayants droit ;
- la prise en charge de certaines actions de prévention.

La provision pour participation aux excédents doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

XXI. Le texte du sous-article 30.1 « Le “compte du régime” » est intégralement remplacé par :

« Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) Les cotisations acquises des entreprises adhérentes (selon les différents taux de cotisations définis à l'article 4 du présent règlement) ;
- b) Les autres produits techniques, incluant notamment d'éventuelles majorations et pénalités de retard ;
- c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Les produits nets des placements de la présente section financière ;
- e) S'il y a lieu, toute reprise sur la provision d'égalisation antérieurement constituée pour faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de chaque section financière ;
- f) Le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au “compte du régime” comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de chaque section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Les autres charges techniques ;
- d) Des prélèvements pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon les règles suivantes :
 - pour la section financière relative aux indemnités de fin de carrière, les termes de ces prélèvements sont définis à l'article 27.2 ;
 - pour la section financière relative aux garanties visées aux articles 17 à 23 du présent règlement, le prélèvement est assis sur les cotisations selon un taux fixé par le conseil d'administration, dans la limite de 6 % des cotisations acquises des entreprises adhérentes ;
- e) Toute dotation pour le financement de prestations sociales en faveur des participants ;
- f) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents dans les conditions définies à l'article 29 ;
- g) Le cas échéant, toute dotation à une provision d'égalisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de chaque section financière ;
- h) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire d'affecter, pour chaque section financière, le solde de ce compte à la réserve définie à l'article 28. »

XXII. Le texte de l'article 31 « Dispositions générales » est intégralement remplacé par :

« Conformément aux dispositions de l'accord collectif national du 31 juillet 1968, il est créé un fonds d'action sociale prévoyance ouvriers délivrant des garanties présentant un degré élevé de solidarité (telles que mentionnées au premier alinéa du I de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale).

Ce fonds est destiné à prendre en charge les réalisations dans le cadre de la politique d'action sociale Prévoyance définie annuellement par le conseil d'administration :

- afin de participer directement ou indirectement à des réalisations sociales collectives ainsi que de délivrer des aides sociales individuelles ;

- en faveur des ouvriers couverts en prévoyance par l’institution, des anciens participants ouvriers ou de leurs ayants droit respectifs. »

Titre II Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE » :

I. Le texte du sous-article 2.2 « Modalités de l’adhésion » est intégralement remplacé par :

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

La signature du bulletin d’adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l’entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l’entreprise adhérente à poursuivre le processus d’adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d’adhésion est signé électroniquement. »

II. Le texte du sous-article 4.1 « Assiette » :

« L’entreprise est tenue d’inclure dans l’assiette de cotisations :

- le montant total des indemnités versées par les caisses congés intempéries BTP dont relève l’entreprise adhérente, comprenant notamment les indemnités de congés payés, les primes de vacances, les jours de fractionnement et les jours d’ancienneté... ;
- le montant total des indemnités versées aux salariés placés en position d’activité partielle (indemnités légales d’activité partielle et, le cas échéant, indemnités complémentaires versées par l’employeur en application d’une décision unilatérale ou d’un accord collectif). »

est remplacé par :

« L’entreprise est tenue d’inclure dans l’assiette de cotisations :

- le montant total des indemnités versées par la caisse congés intempéries BTP dont relève l’entreprise adhérente, comprenant notamment les indemnités de congés payés, les primes de vacances, les jours de fractionnement et les jours d’ancienneté... ;
- le montant total des revenus de remplacement qu’elle verse aux salariés affiliés, notamment au bénéfice de ceux placés en position d’activité partielle (dans ce cas, il s’agit des indemnités légales d’activité partielle et, le cas échéant, des indemnités complémentaires versées par l’employeur en application d’une décision unilatérale ou d’un accord collectif). »

III. Le texte du sous-article 5.1.c « Terme de l’adhésion suite à procédure collective ou cessation d’activité sans reprise de contrat de travail » :

« Dans ce cadre, l’institution peut mettre en demeure l’organe compétent de se prononcer sur la poursuite des adhésions. Si l’organe administrateur indique sa volonté de ne pas poursuivre l’adhésion ou en cas d’absence de réponse dans le délai de

30 jours suivant la mise en demeure, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit soit au jour de la notification à l'institution, par l'organe compétent, du refus de poursuivre l'adhésion soit, en cas d'absence de réponse de l'organe compétent, au terme du délai de 30 jours rappelé ci-avant. En l'absence de mise en demeure, l'institution se réserve néanmoins la possibilité de demander à faire prononcer judiciairement la résiliation de la présente adhésion. »

est remplacé par :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe administrateur ou le liquidateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;
- soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur ou du liquidateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure. »

IV. Le texte du sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l'adhésion » :

« – à défaut, les prestations continuent d'être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. La revalorisation des prestations en cours de service est également assurée par BTP-Prévoyance, sauf lorsque la résiliation est à l'initiative de l'entreprise ; dans cette dernière situation, le financement de la revalorisation des prestations en cours de service sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l'entreprise elle-même, soit par l'organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

est remplacé par :

« – à défaut, les prestations continuent à être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. Au-delà, la revalorisation des prestations en cours de service n'est poursuivie par BTP-Prévoyance que dans les situations suivantes :

- en cas de résiliation dans le cadre des dispositions de l'article 5.1.c ;
- ou lorsque l'entreprise n'a plus de salarié ETAM.

Dans les autres cas (et notamment en cas de changement d'organisme assureur), le financement de la revalorisation des prestations en cours de service – qui ne peut être inférieure à celle pratiquée par BTP-Prévoyance – sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l'entreprise elle-même, soit par l'organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

V. Le titre de la section « Section II "Dispositions relatives aux garanties" » est remplacé par « Section II "Dispositions générales relatives aux garanties" »

VI. Le texte du sous-article 8.2 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » :

« En cas de suspension du contrat de travail pour cause d'activité partielle, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant calculé sur la base des indemnités entrant dans l'assiette des cotisations définie à l'article 4.1.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail avec versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente (hors situation d'activité partielle), les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant calculé sur la base du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail. »

est remplacé par :

« En cas de suspension du contrat de travail avec versement par l'entreprise d'une indemnité d'activité partielle ou de tout autre revenu de remplacement, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant calculé sur la base des indemnités entrant dans l'assiette des cotisations définie à l'article 4.1. »

VII. Le texte du sous-article 9.2 « Déclarations tardives. Paiement rétroactif » est intégralement remplacé par :

« 9.2. Déclaration tardive. Paiement rétroactif

Pour les prestations de rentes en cas de décès (rente au conjoint survivant, rentes d'éducation), est considérée comme tardive la déclaration de l'existence de l'ayant droit faite à BTP-Prévoyance après un délai de deux années suivant la date du fait générateur.

Pour les rentes liées à l'invalidité, la déclaration tardive intervient après un délai de deux ans à compter de la notification en invalidité par la sécurité sociale.

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

VIII. Le texte du sous-article 10.2 « Notion d'enfant à charge » :

« Sont considérés comme à charge les enfants nés de l'ETAM, ou adoptés par l'ETAM :
– âgés de moins de 18 ans ;
– âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
– apprentis ;
– scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
– en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
– demandeurs d'emploi inscrits au Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ; »

est remplacé par :

« Sont considérés comme à charge les enfants nés de l'ETAM, ou adoptés par l'ETAM :
– âgés de moins de 18 ans ;
– âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
– apprentis ;
– scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
– en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
– demandeurs d'emploi inscrits au Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ; »

IX. Le dernier paragraphe du sous-article 13.1 « Revalorisation des prestations d'indemnités journalières, de rente d'invalidité, de rente en cas de décès » est modifié comme suit :

« En cas de changement d'organisme assureur, il appartient à l'entreprise de s'assurer que le nouvel organisme poursuit la revalorisation des prestations visées à l'ali-

née précédent, à un niveau au moins équivalent à celui pratiqué par BTP-Prévoyance, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale. »

X. Le titre de l'article 19 « Garantie. Rente d'éducation » est remplacé par l'article 19 « Rente d'éducation ».

XI. À la fin du sous-article 20.2 « Montant de l'indemnité journalière », le paragraphe suivant est ajouté :

« Pour les périodes indemnisées dans les conditions définies à l'article 20.1, ces dispositions ne peuvent conduire les ETAM à percevoir des indemnités journalières inférieures aux indemnités complémentaires définies dans le cadre de l'article L. 1226-1 du code du travail. »

XII. Le texte du sous-article 23.2 « Frais pris en charge » :

« Les garanties servies au titre du présent règlement s'entendent après déduction des dépenses prises en charge par la couverture santé collective obligatoire de l'entreprise. »

est remplacé par :

« Les garanties exprimées dans les alinéas précédents s'entendent y compris la part de ces dépenses éventuellement prise en charge par la couverture complémentaire santé de l'intéressé. Tout remboursement servi au titre du présent règlement est en conséquence calculé après déduction du remboursement de cette couverture complémentaire santé. »

XIII. Il est créé un article 24 :

« Réservé »

XIV. À la fin de l'article 24 « Règlementation LCB-FT », renuméroté 25, le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

XV. Le texte de l'article 25 « Information des entreprises adhérentes et des participants », renuméroté 26 :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

XVI. Le dernier paragraphe du sous-article 25.1 « Information lors de l'adhésion », renuméroté 26.1, est modifié comme suit :

- « L'entreprise adhérente est informée :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne les satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
- ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

XVII. Il est créé un article 27 :

« Réservé ».

XVIII. L'article 27 « Section financière et réserve » est renuméroté 28.

XIX. L'article 28 « Provisions pour participation aux excédents », renuméroté 29, est intégralement modifié comme suit :

« Article 29 | Provision pour participation aux excédents »

Il est constitué une provision pour participation aux excédents pour la première section financière visée à l'article 28.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration. Lors de son examen annuel, le conseil d'administration tient compte :

- de la situation financière de la section ;
- des orientations qui ont été définies, le cas échéant, par les partenaires sociaux signataires de l'accord collectif national du 13 décembre 1990.

La dotation annuelle ne peut excéder le solde positif du compte du régime défini à l'article 30.1 (compte non tenu de la ressource visée au *f* de l'article et des charges visées aux *f* et *h*).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des entreprises adhérentes et des membres participants au régime.

L'utilisation de la provision pour participation aux excédents peut être décidée annuellement par le conseil d'administration :

- en priorité pour le financement de la revalorisation des prestations, dans le respect des dispositions de l'article 13.1 ;
- le cas échéant, pour la compensation de la revalorisation prévue à l'article 13.2, lorsque le taux minimum réglementaire est négatif.

La commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance peut également décider d'autres modalités de distribution de la provision pour participation aux excédents. De telles modalités peuvent notamment prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des ETAM affiliés à l'institution ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des entreprises et des ETAM affiliés à l'institution ;
- l'octroi d'aides financières à destination des entreprises adhérentes et/ou des ETAM affiliés à l'institution et de leurs ayants droit, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des ETAM affiliés à l'institution et/ou de leurs ayants droit ;
- la prise en charge de certaines actions de prévention.

La provision pour participation aux excédents doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

XX. L'article 29 « Ressources et charges de la section financière » est renuméroté 30.

XXI. Le sous-article 29.1, renuméroté 30.1 « Le "Compte du régime" », est intégralement modifié comme suit :

« 30.1. Le "Compte du régime" »

Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) Les cotisations acquises des entreprises adhérentes ;
- b) Les autres produits techniques, incluant notamment d'éventuelles majorations et pénalités de retard ;
- c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Les produits nets des placements de la section financière ;
- e) S'il y a lieu, toute reprise sur la provision d'égalisation antérieurement constituée pour faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la section financière ;
- f) Le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au "compte du régime" 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) Les autres charges techniques ;
- 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 6 % des cotisations acquises des entreprises adhérentes au titre du présent règlement et de 20 % des

cotisations acquises des adhérents au titre du "régime des compléments individuels de prévoyance des ETAM") ;

e) Toute dotation pour le financement de prestations sociales en faveur des participants ;

f) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents dans les conditions définies à l'article 29 ;

g) Le cas échéant, toute dotation à une provision d'égalisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la section financière ;

h) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire d'affecter le solde de ce compte à la réserve définie à l'article 28. »

XXII. Le texte du sous-article 29.3 « Le "Compte d'action sociale prévoyance ETAM" », rémunéré 30.3, est intégralement modifié comme suit :

« Le compte d'action sociale prévoyance ETAM est destiné à prendre en charge les réalisations dans le cadre de la politique d'action sociale prévoyance définie annuellement par le conseil d'administration :

- afin de participer directement ou indirectement à des réalisations sociales collectives ainsi que de délivrer des aides sociales individuelles ;
- en faveur des ETAM couverts en prévoyance par l'institution, des anciens participants ETAM ou de leurs ayants droit respectifs.

Ce compte peut être alimenté par toute dotation sociale prélevée sur les régimes, décidée annuellement par le conseil d'administration. »

Titre III Règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics » :

I. Les articles :

« Article 6 "Conditions d'ouverture des droits. Fait générateur. Niveau de garantie applicable"

Article 7 "Maintien et cessation des garanties"

Article 8 "Délai de déclaration et prescription"

Article 9 "Définition des ayants droit"

Article 10 "Base de calcul des prestations"

Article 12 "Revalorisation"

Article 13 "Limitation des garanties, indemnités journalières et rente d'invalidité"

Article 14 "Modalités de paiement des rentes"

Article 15 "Garantie capital décès"

Article 17 "Garantie rente d'éducation"

Article 18 "Garantie Indemnités journalières"

Article 19 "Garantie Rente d'invalidité"

Article 21 "Forfait parentalité/accouchement"

Article 24 "Réglementation LCB-FT"

Article 27 "Section financière et réserve"

Article 28 "Provision pour participation aux excédents".
Article 29 "Ressources et charges de la section financière". »

sont renumérotés comme suit :

« Article 7 "Conditions d'ouverture des droits. Fait générateur. Niveau de garantie applicable".
Article 8 "Maintien et cessation des garanties".
Article 9 "Délai de déclaration et prescription".
Article 10 "Définition des ayants droit".
Article 12 "Base de calcul des prestations".
Article 13 "Revalorisation".
Article 14 "Limitation des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité".
Article 15 "Versement des rentes".
Article 17 "Garantie capital décès".
Article 19 "Rente d'éducation".
Article 20 "Indemnités journalières".
Article 21 "Rente d'invalidité".
Article 22 "Forfait parentalité/accouchement".
Article 25 "Règlementation LCB-FT".
Article 28 "Section financière et réserve".
Article 29 "Provision pour participation aux excédents".
Article 30 "Ressources et charges de la section financière". »

II. Le texte du sous-article 2.2 « Modalités de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

« L'acte d'adhésion se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion par l'entreprise dans lequel figurent les informations nécessaires à l'affiliation de son personnel cadres. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique.

Le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

III. Le texte du sous-article 4.1 « Assiette » :

« L'entreprise est tenue d'inclure dans l'assiette de cotisations :

- le montant total des indemnités versées par les caisses congés intempéries BTP dont relève l'entreprise adhérente, comprenant notamment les indemnités de congés payés, les primes de vacances, les jours de fractionnement et les jours d'ancienneté...
- le montant total des indemnités versées aux salariés placés en position d'activité partielle (indemnités légales d'activité partielle et, le cas échéant, indemnités complémentaires versées par l'employeur en application d'une décision unilatérale ou d'un accord collectif). »

est remplacé par :

- « L'entreprise est tenue d'inclure dans l'assiette de cotisations :
- le montant total des indemnités versées par la caisse congés intempéries BTP dont relève l'entreprise adhérente, comprenant notamment les indemnités de congés payés, les primes de vacances, les jours de fractionnement et les jours d'ancienneté... ;
 - le montant total des revenus de remplacement qu'elle verse aux salariés affiliés, notamment au bénéfice de ceux placés en position d'activité partielle (dans ce cas, il s'agit des indemnités légales d'activité partielle et, le cas échéant, des indemnités complémentaires versées par l'employeur en application d'une décision unilatérale ou d'un accord collectif). »

IV. Le texte du sous-article 5.1.c « Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail » :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe compétent de se prononcer sur la poursuite des adhésions. Si l'organe administrateur indique sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ou en cas d'absence de réponse dans le délai de 30 jours suivant la mise en demeure, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit soit au jour de la notification à l'institution, par l'organe compétent, du refus de poursuivre l'adhésion soit, en cas d'absence de réponse de l'organe compétent, au terme du délai de 30 jours rappelé ci-avant. En l'absence de mise en demeure, l'institution se réserve néanmoins la possibilité de demander à faire prononcer judiciairement la résiliation de la présente adhésion. »

est remplacé par :

- « Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe administrateur ou le liquidateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :
- soit au jour où l'organe administrateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;
 - soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur ou du liquidateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure. »

V. Le texte du sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

« Les garanties dont bénéficiaient les salariés au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion, à l'exception des maintiens de garanties sans contrepartie de cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 8 du présent règlement.

Concernant les prestations en cours, acquises ou nées avant le terme de l'adhésion :

- en cas de reprise intégrale des engagements par un autre organisme assureur (dans les conditions définies à l'article 5.1.a, BTP-Prévoyance est dégagée de tout engagement ;
- à défaut, les prestations continuent à être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. Au-delà, la revalorisation des prestations en cours de service n'est poursuivie par BTP-Prévoyance que dans les situations suivantes :
 - en cas de résiliation dans le cadre des dispositions de l'article 5.1.c ;
 - ou lorsque l'entreprise n'a plus de salarié cadres ou assimilés.

Dans les autres cas (et notamment en cas de changement d'organisme assureur), le financement de la revalorisation des prestations en cours de service – qui ne peut être inférieure à celle pratiquée par BTP-Prévoyance – sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l'entreprise elle-même, soit par l'organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

VI. Il est créé un article 6 :

« Réservé ».

VII. Le texte du sous-article 6.2 « Fait générateur », renuméroté 7.2 :

« la date de notification par la sécurité sociale du classement en invalidité 3^e catégorie (ou d'octroi de la majoration pour tierce personne de l'incapacité permanente), pour le versement du capital défini à l'article 15.4, »

est remplacé par :

« la date de notification par la sécurité sociale du classement en invalidité 3^e catégorie (ou d'octroi de la majoration pour tierce personne de l'incapacité permanente), pour le versement du capital défini à l'article 17.3, »

VIII. Le texte du sous-article 7.2 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail », renuméroté 8.2, est intégralement remplacé par :

« En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux cadres ou assimilés en activité.

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

En cas de suspension du contrat de travail avec versement par l'entreprise d'une indemnité d'activité partielle ou de tout autre revenu de remplacement, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant calculé sur la base des indemnités entrant dans l'assiette des cotisations définie à l'article 4.1.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail (sans maintien de salaire ou sans versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente), les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues. »

IX. Le sous-article 8.2 « Déclarations tardives. Paiement rétroactif », renuméroté 9.2, est intégralement modifié comme suit :

« 9.2. Déclaration tardive. Paiement rétroactif

Pour les prestations de rentes en cas de décès (rentes d'éducation), est considérée comme tardive la déclaration de l'existence de l'ayant droit faite à BTP-Prévoyance après un délai de deux années suivant la date du fait générateur.

Pour les rentes liées à l'invalidité, la déclaration tardive intervient après un délai de deux ans à compter de la notification en invalidité par la sécurité sociale.

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

X. Le texte du sous-article 9.2 « Notion d'enfant à charge », renuméroté 10.2 :

- « Sont considérés comme à charge les enfants nés du participant, ou adoptés par le participant :
- âgés de moins de 18 ans ;
 - âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis, scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
 - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
 - demandeurs d'emploi inscrits au Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée. »

est remplacé par :

- « Sont considérés comme à charge les enfants nés du participant, ou adoptés par le participant :
- âgés de moins de 18 ans ;
 - âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis ;
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
 - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
 - demandeurs d'emploi inscrits au Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée. »

XI. Le dernier paragraphe de l'article 11 « Bénéficiaires en cas de décès » est ainsi modifié :

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

XII. Le sous-article 12.1 « Revalorisation des prestations d'indemnités journalières, de rentes d'invalidité, de rentes en cas de décès », renuméroté 13.1, est intégralement modifié comme suit :

« 13.1. Revalorisation des prestations d'indemnités journalières, de rentes d'invalidité, de rentes en cas de décès »

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

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

Les coefficients de revalorisation sont décidés annuellement par le conseil d'administration de BTP-Prévoyance, dans le respect de l'équilibre des régimes.

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

Lors de son examen annuel, le conseil d'administration de BTP-Prévoyance tient notamment compte de la situation financière du régime et de la solvabilité de l'organisme, ainsi que :

- de l'évolution des prix et des salaires (en particulier pour les participants affiliés à BTP-Prévoyance) ;
- du solde disponible au sein de la provision pour participation aux excédents constituée en application de l'article 29.

Sauf décision contraire du conseil d'administration de BTP-Prévoyance, la charge résultant de la décision de revalorisation est imputée par priorité sur la provision pour participation aux excédents constituée au titre du présent règlement.

Le niveau des prestations servies aux bénéficiaires suite à l'application de ces revalorisations est acquis.

En cas de changement d'organisme assureur, il appartient à l'entreprise de s'assurer que le nouvel organisme poursuit la revalorisation des prestations visées à l'alinéa précédent, à un niveau au moins équivalent à celui pratiqué par BTP-Prévoyance, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale. »

XIII. Le titre de l'article 14 « Modalités de paiements des rentes » est remplacé par l'article 15 « Versement des rentes ».

XIV. Le sous-article 14.1 « Point de départ des rentes », renuméroté 15.1, est intégralement modifié comme suit :

« 15.1. Point de départ des rentes et fin de versement des rentes en cas de décès

Les rentes en cas de décès sont versées :

- à compter du premier jour du mois civil qui suit le fait générateur, dès lors que les conditions d'attribution des droits sont réunies ;
- jusqu'au dernier jour du mois à compter duquel les conditions d'attribution des droits ne sont plus réunies. »

XV. Le sous-article 14.2 « Modalités de versement des rentes », renuméroté 15.2, est intégralement modifié comme suit :

« 15.2. Modalités de versement des rentes

Les rentes qui prennent naissance consécutivement au décès de l'adhérent sont versées d'avance (terme à échoir) ; les rentes qui font suite à une invalidité de l'adhérent sont versées à terme échu.

Dès réception de l'ensemble des pièces justificatives par BTP-Prévoyance, le premier versement doit intervenir au plus tard :

- dans les 30 jours, pour les rentes en cas de décès ;
- avant la fin du premier terme, pour les rentes en cas d'invalidité. »

XVI. Le sous-article 14.4 « Fin de versement des rentes » est supprimé.

XVII. L'article 16 :

« Réservé »

est remplacé par :

« Article 16 | Risques couverts

Sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions d'ouverture des droits, les cadres ou leurs ayants droit au titre du présent règlement bénéficient des avantages suivants :

- en cas de décès du cadre :
 - versement d'un capital en cas de décès ;

- versement d’une rente d’éducation aux enfants du cadre ;
- en cas de maladie ou accident du cadre :
 - versement d’une indemnité journalière en cas d’incapacité de travail ;
 - versement d’une rente en cas d’invalidité ;
 - versement d’une prestation frais de chirurgie ;
- en cas de naissance :
 - versement d’un forfait parentalité/accouchement. »

XVIII. Le titre de l’article 17 « Garantie rente d’éducation » est remplacé par l’article 19 « Rente d’éducation ».

XIX. Le titre de l’article 18 « Garantie indemnités journalières » est remplacé par l’article 19 « Indemnités journalières »

XX. À la fin du sous-article 18.2 « Montant de l’indemnité journalière », renuméroté 20.2, le paragraphe suivant est ajouté :

« Pour les périodes indemnisées dans les conditions définies à l’article 20.1, ces dispositions ne peuvent conduire les salariés cadres et assimilés à percevoir des indemnités journalières inférieures aux indemnités complémentaires définies dans le cadre de l’article L. 1226-1 du code du travail. »

XXI. Le texte du sous-article 19.1 « Rente en cas d’invalidité de droit commun », renuméroté 21.1, est intégralement remplacé par :

- « Bénéficiaire d’une rente d’invalidité servie au titre du présent règlement :
- les participants atteints d’une invalidité partielle, classés en 1^{re} catégorie au sens de l’article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.
- Les prestations correspondantes, versements de la sécurité sociale inclus, sont fixées à 39 % du salaire de base cotisé en tranche A et en tranche B. La rente est majorée de 5 % du même salaire de base si le participant a un ou plusieurs enfants à charge au sens de l’article 10.2 ;
- les participants qui sont classés en 2^e catégorie par la sécurité sociale au sens de l’article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.
- Les prestations correspondantes, versements de la sécurité sociale inclus, sont fixées à 65 % du salaire de base cotisé en tranche A et en tranche B. La rente est majorée de 5 % du même salaire de base si le participant a un ou plusieurs enfants à charge au sens de l’article 10.2 ;
- les participants qui sont classés en 3^e catégorie au sens de l’article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.
- Les prestations correspondantes, versements de la sécurité sociale inclus, sont fixées à 85 % du salaire de base cotisé en tranche A et en tranche B. »

XXII. Le texte du sous-article 19.3 « Date d’effet, versement et obligations déclaratives », renuméroté 21.3 :

« Il appartient à l’adhérent de signaler à BTP-Prévoyance tout changement de situation individuelle conduisant à modifier son droit à rente au titre de l’article 19 du présent règlement, notamment le changement de composition familiale et/ou l’atteinte de la date de fin du versement de la rente. »

est remplacé par :

« Il appartient à l’adhérent de signaler à BTP-Prévoyance tout changement de situation individuelle conduisant à modifier son droit à rente au titre du présent article 21,

notamment le changement de composition familiale et/ou l'atteinte de la date de fin du versement de la rente. »

XXIII. Il est créé un sous-article 22.3 « Délai de versement » ainsi rédigé :

« 22.3. Délai de versement »

Dès réception de l'ensemble des pièces justificatives par BTP-Prévoyance, le versement du forfait intervient au plus tard dans les 30 jours qui s'ensuivent. »

XXIV. L'article 22 « Réserve » est supprimé.

XXV. Le texte du sous-article 23.2 « Bénéficiaires » :

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

est remplacé par :

« Les personnes couvertes sont le participant, son conjoint (au sens de l'article 10.1) et leurs ayants droit à charge au sens du code de la sécurité sociale. Les dispositions de l'article 10.2 relatives aux ayants droit ne sont pas applicables pour cette garantie. »

XXVI. Le texte du sous-article 23.3 « Frais pris en charge » :

« Les garanties servies au titre du présent règlement s'entendent après déduction :
– des dépenses prises en charge par le régime de sécurité sociale dont relèvent le participant et ses ayants droit ;
– des dépenses prises en charge par la couverture santé collective obligatoire de l'entreprise. »

est remplacé par :

« Les garanties exprimées à l'article 23.4 s'entendent y compris la part des dépenses correspondantes prise en charge :
– par le régime obligatoire de sécurité sociale dont relèvent le participant et ses ayants droit ;
– et par la couverture complémentaire santé de l'intéressé.
Tout remboursement par BTP-Prévoyance au titre de la présente garantie est en conséquence calculé après déduction des remboursements correspondants. »

XXVII. À la fin de l'article 24 « Règlementation LCB-FT », renuméroté 25, le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

XXVIII. Le texte de l'article 26 « Information des entreprises adhérentes et des participants » :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édictés postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

XXIX. Le dernier paragraphe du sous-article 26.1 « Information lors de l'adhésion » est modifié comme suit :

- « L'entreprise adhérente est informée :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne les satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
 - ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
 - soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

XXX. Le texte du sous-article 26.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » :

« Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, et ce conformément aux modalités prévues par l'article 26, de toute modification apportée aux articles des sections I à IV du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations ou les garanties. »

est remplacé par :

« Les entreprises adhérentes sont informées par écrit de toute modification apportée aux articles des sections I à IV du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations ou les garanties. »

XXXI. Il est créé un article 27 :

« Réservé ».

XXXII. L'article 28 « Provisions pour participation aux excédents », renuméroté 29, est intégralement modifié comme suit :

« Article 29 | Provision pour participation aux excédents »

Il est constitué une provision pour participation aux excédents pour la première section financière visée à l'article 28.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration. Lors de son examen annuel, le conseil d'administration tient compte de la situation financière de la section financière.

La dotation annuelle ne peut excéder le solde positif du compte du régime défini à l'article 30.1 (compte non tenu de la ressource visée au *f* de l'article et des charges visées aux *f* et *h*).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des entreprises adhérentes et des membres participants au régime.

L'utilisation de la provision pour participation aux excédents peut être décidée annuellement par le conseil d'administration :

- en priorité pour le financement de la revalorisation des prestations, dans le respect des dispositions de l'article 13.1 ;
- le cas échéant, pour la compensation de la revalorisation prévue à l'article 13.2, lorsque le taux minimum réglementaire est négatif.

La commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance peut également décider d'autres modalités de distribution de la provision pour participation aux excédents. De telles modalités peuvent notamment prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des cadres et assimilés affiliés à l'institution ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des entreprises et des cadres et assimilés affiliés à l'institution ;
- l'octroi d'aides financières à destination des entreprises adhérentes et/ou des cadres et assimilés affiliés à l'institution et de leurs ayants droit, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des cadres et assimilés affiliés à l'institution et/ou de leurs ayants droit ;
- la prise en charge de certaines actions de prévention.

La provision pour participation aux excédents doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

XXXIII. Le sous-article 29.1 « Le "compte du régime" », renuméroté 30.1, est intégralement modifié comme suit :

« 30.1. Le "compte du régime" »

Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) Les cotisations acquises des entreprises adhérentes ;
- b) Les autres produits techniques, incluant notamment d'éventuelles majorations et pénalités de retard ;
- c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;

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

Les charges imputées au "compte du régime" 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) Les autres charges techniques ;
- 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 6 % des cotisations acquises des entreprises adhérentes ;
- e) Toute dotation pour le financement de prestations sociales en faveur des participants ;
- f) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents dans les conditions définies à l'article 29 ;
- g) Le cas échéant, toute dotation à une provision d'égalisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la section financière ;
- h) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire d'affecter le solde de ce compte à la réserve définie à l'article 28. »

XXXIV. Le sous-article 29.3 « Le "Compte d'action sociale prévoyance cadres" », renuméroté 30.3, est intégralement modifié comme suit :

« 30.3. Le "Compte d'action sociale prévoyance cadres" »

Le compte d'action sociale prévoyance cadres est destiné à prendre en charge les réalisations dans le cadre de la politique d'action sociale prévoyance définie annuellement par le conseil d'administration :

- afin de participer directement ou indirectement à des réalisations sociales collectives ainsi que de délivrer des aides sociales individuelles ;
- en faveur des cadres couverts en prévoyance par l'institution, des anciens participants cadres ou de leurs ayants droit respectifs.

Ce compte peut être alimenté par toute dotation sociale prélevée sur les régimes, décidée annuellement par le conseil d'administration. »

Titre IV Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers » :

I. Le texte du sous-article 2.2 « Modalités de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

II. Le texte du sous-article 5.1.c « Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail » :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe compétent de se prononcer sur la poursuite des adhésions. Si l'organe administrateur indique sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ou en cas d'absence de réponse dans le délai de 30 jours suivant la mise en demeure, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit soit au jour de la notification à l'institution, par l'organe compétent, du refus de poursuivre l'adhésion soit, en cas d'absence de réponse de l'organe compétent, au terme du délai de 30 jours rappelé ci-avant. En l'absence de mise en demeure, l'institution se réserve néanmoins la possibilité de demander à faire prononcer judiciairement la résiliation de la présente adhésion. »

est remplacé par :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe administrateur ou le liquidateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;
- soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur ou du liquidateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure. »

III. Le texte du sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l'adhésion » :

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

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

est remplacé par :

« Concernant les prestations en cours, acquises ou nées avant le terme de l'adhésion :

- en cas de reprise intégrale des engagements par un autre organisme assureur (dans les conditions définies à l'article 5.1.a, BTP-Prévoyance est dégagée de tout engagement ;
- à défaut, les prestations continuent à être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. Au-delà, la revalorisation des prestations en cours de service n'est poursuivie par BTP-Prévoyance que dans les situations suivantes :
 - en cas de résiliation dans le cadre des dispositions de l'article 5.1.c ;
 - ou lorsque l'entreprise n'a plus de salarié ouvriers.

Dans les autres cas (et notamment en cas de changement d'organisme assureur), le financement de la revalorisation des prestations en cours de service – qui ne peut être inférieure à celle pratiquée par BTP-Prévoyance – sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l'entreprise elle-même, soit par l'organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

IV. Le texte de l'article 6 « Conditions générales régissant les garanties » est intégralement remplacé par :

« Sauf dispositions particulières :

- les dispositions générales relatives aux garanties telles qu'elles sont prévues, pour le "règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO", notamment dans ses articles 8 (Maintien et cessation des garanties), 9 (Délai de déclaration et prescription), 10 (Définition des ayants droit), 11 (Bénéficiaires en cas de décès), 12 (Base de calcul des prestations), 13 (Revalorisation), 14 (Limitation des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité), 15 (Versement des rentes), et 17.4 (Conversion du capital en rente) sont applicables au titre du présent régime collectif supplémentaire ;
- les dispositions spécifiques aux prestations du "règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO", telles qu'elles sont prévues en matière d'attribution, de calcul et de versement, et notamment les dispositions des articles 20.1, 20.3, 20.4 et 21.3 sont applicables à la prestation correspondante définie au titre du présent régime collectif supplémentaire.

En cas de décès, les bénéficiaires au titre du présent règlement sont les mêmes que ceux qui ont été désignés dans le cadre du "règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO", en complément duquel le présent régime intervient. »

V. Sont créés les articles 18 à 24 « Réservés ».

VI. À la fin de l'article 18 « Règlementation LCB-FT », renuméroté 25, le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

VII. Le texte de l'article 19 « Information des entreprises adhérentes et des participants », renuméroté 26 :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

VIII. Le dernier paragraphe du sous-article 19.1 « Information lors de l'adhésion », renuméroté 26.1, est modifié comme suit :

- « L'entreprise adhérente est informée :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne les satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
 - ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
 - soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

IX. Il est créé un article 27 « Réservé ».

X. L'article 20 « Section financière et réserve », renuméroté 28, est intégralement modifié comme suit :

« Article 28 | Section financière et réserve

Il est institué une section financière unique, ainsi qu'une réserve distincte dans les fonds propres de l'institution, pour le suivi des opérations nées :

- du présent règlement ;
- du régime de prévoyance supplémentaire des ETAM et du régime de prévoyance individuelle des ETAM ;
- du régime de prévoyance supplémentaire des cadres, du régime de prévoyance individuelle des cadres et du régime de prévoyance des cadres en tranche C.

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

- par l'affectation de tout ou partie du solde du "compte des régimes" tel que défini à l'article 30.1 du présent règlement,
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie du résultat du "compte de gestion" défini à l'article 30.2 du présent règlement. »

XI. L'article 21 « Provision pour participation aux excédents », renuméroté 29, est intégralement modifié comme suit :

« Article 29 | Provision pour participation aux excédents »

Il est constitué une provision pour participation aux excédents pour la section financière visée à l'article 28.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration. Lors de son examen annuel, le conseil d'administration tient compte de la situation financière de la section financière.

La dotation annuelle ne peut excéder le solde positif du "compte des régimes" défini à l'article 30.1 du présent règlement (compte non tenu de la ressource visée au *f* et des charges visées aux *e* et *g*).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des entreprises adhérentes et des membres participants relevant de la section financière.

L'utilisation de la provision pour participation aux excédents peut être décidée annuellement par le conseil d'administration :

- en priorité pour le financement de la revalorisation des prestations ;
- le cas échéant, pour la compensation de la revalorisation du capital décès, lorsque le taux minimum réglementaire est négatif.

La commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance peut également décider d'autres modalités de distribution de la provision pour participation aux excédents. De telles modalités peuvent notamment prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des participants ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des entreprises et des participants ;
- l'octroi d'aides financières à destination des entreprises adhérentes et/ou des participants et de leurs ayants droit, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des participants et/ou de leurs ayants droit ;
- la prise en charge de certaines actions de prévention.

La provision pour participation aux excédents doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

XII. L'article 22 « Comptes de résultats », renuméroté 30, est intégralement modifié comme suit :

« Article 30 | Comptes de résultats »

Les opérations nées de la présente section financière sont suivies dans deux comptes :

30.1. Le "Compte des régimes"

Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) Les cotisations acquises des adhérents au titre de la présente section financière ;
- b) Les autres produits techniques, incluant notamment d'éventuelles majorations et pénalités de retard correspondantes ;
- c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Les produits nets des placements au titre de la présente section financière ;

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

Les charges imputées au "compte des régimes" comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la présente section financière, déduction faite de la part de ces charges relevant du régime national de prévoyance des ouvriers, du régime national de prévoyance des ETAM et du régime national de prévoyance des cadres ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Les autres charges techniques ;
- 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 20 % des cotisations acquises des adhérents au titre de la présente section financière ;
- e) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents dans les conditions définies à l'article 29 ;
- f) Le cas échéant, toute dotation à une provision d'égalisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la présente section financière ;
- g) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté sur décision de la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d'administration) :

- a) Lorsqu'il est excédentaire, pour tout ou partie à la réserve du règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO, à la réserve du règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE et/ou à la réserve du règlement du régime national de prévoyance des cadres ;
- b) Pour le solde, à la réserve définie à l'article 28.

30.2. Le "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.

À cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 30.1.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d'administration) d'affecter le résultat annuel du compte de gestion. »

Titre V Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ETAM

Les modifications suivantes sont apportées au « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » :

- I. Le sous-article 2.2 « Modalités de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique, le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

II. Le texte du sous-article 5.1.c « Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail » :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe compétent de se prononcer sur la poursuite des adhésions. Si l'organe administrateur indique sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ou en cas d'absence de réponse dans le délai de 30 jours suivant la mise en demeure, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit soit au jour de la notification à l'institution, par l'organe compétent, du refus de poursuivre l'adhésion soit, en cas d'absence de réponse de l'organe compétent, au terme du délai de 30 jours rappelé ci-avant. En l'absence de mise en demeure, l'institution se réserve néanmoins la possibilité de demander à faire prononcer judiciairement la résiliation de la présente adhésion. »

est remplacé par :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe administrateur ou le liquidateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;
- soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur ou du liquidateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure. »

III. Le texte du sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l'adhésion » :

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

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

est remplacé par :

« Concernant les prestations en cours, acquises ou nées avant le terme de l'adhésion :

- en cas de reprise intégrale des engagements par un autre organisme assureur (dans les conditions définies à l'article 5.1.a, BTP-Prévoyance est dégagée de tout engagement ;
- à défaut, les prestations continuent à être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. Au-delà, la revalorisation des prestations en cours de service n'est poursuivie par BTP-Prévoyance que dans les situations suivantes :
 - en cas de résiliation dans le cadre des dispositions de l'article 5.1.c ;
 - ou lorsque l'entreprise n'a plus de salarié ETAM.

Dans les autres cas (et notamment en cas de changement d'organisme assureur), le financement de la revalorisation des prestations en cours de service – qui ne peut être inférieure à celle pratiquée par BTP-Prévoyance – sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l'entreprise elle-même, soit par l'organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

IV. Le texte de l'article 6 « Conditions générales régissant les garanties » est intégralement remplacé par :

« Sauf dispositions particulières :

- les dispositions générales relatives aux garanties telles qu'elles sont prévues, pour le "règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE", notamment dans ses articles 8 (Maintien et cessation des garanties), 9 (Délai de déclaration et prescription), 10 (Définition des ayants droit), 11 (Bénéficiaires en cas de décès), 12 (Base de calcul des prestations), 13 (Revalorisation), 14 (Limitation des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité), 15 (Versement des rentes), et 17.6 (Conversion du capital en rente) sont applicables au titre du présent régime collectif supplémentaire ;
- les dispositions spécifiques aux prestations du "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE", telles qu'elles sont prévues en matière d'attribution, de calcul et de versement, et notamment les dispositions des articles 20.1, 20.3, 20.4 et 21.3 sont applicables à la prestation correspondante définie au titre du présent régime collectif supplémentaire.

En cas de décès, les bénéficiaires au titre du présent règlement sont les mêmes que ceux qui ont été désignés dans le cadre du "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE", en complément duquel le présent régime intervient. »

V. Le texte du sous-article 7.2 « Fait générateur » :

« La date de l'accident en cas d'invalidité accidentelle ou la date de la reconnaissance de la maladie professionnelle par la sécurité sociale, pour les prestations prévues à l'article 15.2 au titre de la garantie décès invalidité accidentels. »

est remplacé par :

« La date de l'accident en cas d'invalidité accidentelle ou la date de la reconnaissance de la maladie professionnelle par la sécurité sociale, pour les prestations prévues à l'article 16.2 du présent règlement au titre de la garantie décès invalidité accidentels. »

VI. Sont créés les articles 18 à 24 « Réservés ».

VII. À la fin de l'article 18 « Règlementation LCB-FT », renuméroté 25, le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

VIII. Le texte de l'article 19 « Information des entreprises adhérentes et des participants », renuméroté 26 :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édictés postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en

cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

IX. Le dernier paragraphe du sous-article 19.1 « Information lors de l'adhésion », renuméroté 26.1, est modifié comme suit :

« L'entreprise adhérente est informée :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne les satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
- ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris ;**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP) ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

X. Il est créé un Article 27 « Réserve ».

XI. L'article 20 « Section financière et réserve », renuméroté 28, est intégralement modifié comme suit :

« Article 28 | Section financière et réserve

Le suivi des opérations nées du présent règlement est mis en œuvre dans le cadre des dispositions des articles 28 à 30 du règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers. »

XII. L'article 21 « Provision pour participation aux excédents » et l'article 22 « Comptes de résultats » sont supprimés.

Titre VI Règlement du régime de prévoyance individuelle des ETAM

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

- I.** Sont créés les articles 9 à 27 « Réservés ».
- II.** L'article 9 « Section financière et réserve » renuméroté 28 est intégralement modifié comme suit :

« Article 28 | Section financière et réserve »

Le suivi des opérations nées du présent règlement est mis en œuvre dans le cadre des dispositions des articles 28 à 30 du règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers. »

Titre VII Règlement des compléments individuels de prévoyance des ETAM

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement des compléments individuels de Prévoyance des ETAM » :

- I.** Le texte de l'article 3 « Modalités de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- le nom, la date et le lieu de naissance ainsi que le lieu de domiciliation de l'adhérent ;
- l'entreprise dont il relève ;
- la date d'effet de son adhésion ;
- l'option choisie.

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 30 jours qui suivent la date de réception du certificat d'adhésion.

Pour être pris en compte par l'institution, le droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale.

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

II. Le texte du sous-article 8.1.c « Terme automatique de l'adhésion » :

- « Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient automatiquement à compter du jour où :
- l'ETAM n'est plus affilié par son entreprise au "règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE" :
 - soit que le salarié ne fasse plus partie des effectifs ETAM de l'entreprise ;
 - soit que l'adhésion de l'entreprise ait été radiée, résiliée ou dénoncée dans les conditions prévues par l'article 8 du "règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE." »

est remplacé par :

- « Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient automatiquement à compter du jour où :
- l'ETAM n'est plus affilié par son entreprise au "règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE" :
 - soit que le salarié ne fasse plus partie des effectifs ETAM de l'entreprise ;
 - soit que l'adhésion de l'entreprise ait été radiée, résiliée ou dénoncée dans les conditions prévues par l'article 5 du "règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE." »

III. Sont créés les articles 12 à 24 « Réservés ».

IV. À la fin de l'article 12 « Règlementation LCB-FT », renuméroté 25, le paragraphe suivant est ajouté :

- « BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

V. Le texte de l'article 13 « Information des adhérents », renuméroté 26 :

- « L'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

- « Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

VI. Le dernier paragraphe du sous-article 13.1 « Information lors de l'adhésion », renuméroté 26.1, est modifié comme suit :

- « L'adhérent est informé :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après

l'envoi de la première réclamation écrite, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :

– soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP) 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

VII. Il est créé un article 27 « Réserve ».

L'article 14 « Section financière et réserve » est renuméroté 28.

Titre VIII Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des cadres

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

I. Le texte du sous-article 2.2 « Modalités de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

II. Le texte de l'article 3 « Affiliation des participants » est intégralement remplacé par :

« L'adhésion de l'entreprise l'engage à affilier d'une façon permanente au présent règlement tous ses salariés cadres et assimilés.

Peuvent ainsi prétendre au bénéfice du présent règlement les salariés suivants, appelés membres participants :

- les ingénieurs et cadres qui relèvent des dispositions de l'article 2.1 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 ;
- les assimilés cadres qui s'entendent des salariés relevant :
 - de l'article 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 ;

- de tout accord agréé par la commission paritaire de l'APEC ;
- ou, jusqu'au 31 décembre 2024, de l'article 36 de la convention collective nationale du 14 mars 1947 dans sa version en vigueur au 31 décembre 2018, à la condition qu'aucune modification du champ des bénéficiaires du présent règlement ne soit intervenue depuis le 1^{er} janvier 2022 ;
- leurs ayants droit tels qu'ils sont définis pour chaque prestation par le présent règlement.

Tout salarié cadre est automatiquement affilié avec les mêmes bénéficiaires que pour son affiliation au titre du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC). »

III. Le texte du sous-article 5.1.c « Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail » :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe compétent de se prononcer sur la poursuite des adhésions. Si l'organe administrateur indique sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ou en cas d'absence de réponse dans le délai de 30 jours suivant la mise en demeure, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit soit au jour de la notification à l'institution, par l'organe compétent, du refus de poursuivre l'adhésion soit, en cas d'absence de réponse de l'organe compétent, au terme du délai de 30 jours rappelé ci-avant. En l'absence de mise en demeure, l'institution se réserve néanmoins la possibilité de demander à faire prononcer judiciairement la résiliation de la présente adhésion. »

est remplacé par :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe administrateur ou le liquidateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;
- soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur ou du liquidateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure. »

IV. Le texte du sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l'adhésion » :

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

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

est remplacé par :

« Concernant les prestations en cours, acquises ou nées avant le terme de l'adhésion :

- en cas de reprise intégrale des engagements par un autre organisme assureur (dans les conditions définies à l'article 5.1.a, BTP-Prévoyance est dégagée de tout engagement ;

- à défaut, les prestations continuent à être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. Au-delà, la revalorisation des prestations en cours de service n'est poursuivie par BTP-Prévoyance que dans les situations suivantes :
- en cas de résiliation dans le cadre des dispositions de l'article 5.1.c ;
- ou lorsque l'entreprise n'a plus de salarié cadres ou assimilés.

Dans les autres cas (et notamment en cas de changement d'organisme assureur), le financement de la revalorisation des prestations en cours de service – qui ne peut être inférieure à celle pratiquée par BTP-Prévoyance – sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l'entreprise elle-même, soit par l'organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

V. Le texte l'article 6 « Conditions générales régissant les garanties » est intégralement remplacé par :

« Sauf dispositions particulières :

- les dispositions générales relatives aux garanties telles qu'elles sont prévues, pour le "Règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" institué par l'accord collectif national du 1^{er} décembre 2001, dans ses articles 8 (Maintien et cessation des garanties), 9 (Délai de déclaration et prescription), 10 (Définition des ayants droit), 11 (Bénéficiaires en cas de décès), 12 (Base de calcul des prestations), 13 (Revalorisation), 14 (Limitation des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité), 15 (Versement des rentes), et 17.6 (Conversion du capital en rente) sont applicables au titre du présent régime collectif supplémentaire ;
- les dispositions spécifiques aux prestations du régime de prévoyance conventionnelle des cadres du BTP, telles qu'elles sont prévues en matière d'attribution, de calcul et de versement, et notamment les dispositions des articles 20.1, 20.3, 20.4 et 21.3 sont applicables à la prestation correspondante définie au titre du présent régime collectif supplémentaire.

En cas de décès, les bénéficiaires au titre du présent règlement sont les mêmes que ceux qui ont été désignés dans le cadre du "Règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC), en complément duquel le présent régime intervient. »

VI. Le texte du sous-article 7.2 « Fait générateur » :

« La date de l'accident en cas d'invalidité accidentelle ou la date de la reconnaissance de la maladie professionnelle par la sécurité sociale, pour les prestations prévues à l'article 15.2 au titre de la garantie décès invalidité accidentels. »

est remplacé par :

« La date de l'accident en cas d'invalidité accidentelle ou la date de la reconnaissance de la maladie professionnelle par la sécurité sociale, pour les prestations prévues à l'article 16.2 du présent règlement au titre de la garantie décès invalidité accidentels. »

VII. Sont créés les articles 18 à 24 « Réservés ».

VIII. À la fin de l'article 18 « Règlementation LCB-FT », renuméroté 25, le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

IX. Le texte de l'article 19 « Information des entreprises adhérentes et des participants », renuméroté 26 :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édictées postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édictées postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

X. Le dernier paragraphe du sous-article 19.1 « Information lors de l'adhésion », renuméroté 26.1, est modifié comme suit :

- « L'entreprise adhérente est informée :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne les satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
 - ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
 - soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP) ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

XI. Il est créé l'article 27 « Réserve ».

XII. L'article 20 « Section financière et réserve », renuméroté 28, est intégralement modifié comme suit :

« Le suivi des opérations nées du présent règlement est mis en œuvre dans le cadre des dispositions des articles 28 à 30 du règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers. »

XIII. L'article 21 « Provision pour participation aux excédents » et l'article 22 « Comptes de résultats » sont supprimés.

Titre IX Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des cadres en tranche C

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

I. Sont créés les articles 9 à 27 « Réservés ».

II. L'article 9 « Section financière et réserve », renuméroté 28, est intégralement modifié comme suit :

« Le suivi des opérations nées du présent règlement est mis en œuvre dans le cadre des dispositions des articles 28 à 30 du règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers. »

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. Sont créés les articles 9 à 27 « Réservés ».

II. L'article 9 « Section financière et réserve », renuméroté 28, est intégralement modifié comme suit :

« Le suivi des opérations nées du présent règlement est mis en œuvre dans le cadre des dispositions des articles 28 à 30 du règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers. »

Titre XI Règlement des couvertures « Pro BTP capital décès »

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement des couvertures Pro BTP capital décès » :

I. Le texte de l'article 3 « Modalités d'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

– l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;

- après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

II. Le texte du sous-article 8.1.b « Résiliation à l'initiative de l'institution » :

« il appartient à la commission paritaire de déterminer les modalités de reversement aux adhérents des fonds gérés dans la provision pour participation aux excédents définie à l'article 23. »

est remplacé par :

« il appartient à la commission paritaire de déterminer les modalités de reversement aux adhérents des fonds gérés dans la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24. »

III. À la fin de l'article 20 « Règlementation LCB-FT », le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

IV. Le texte de l'article 21 « Information des adhérents » :

« L'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

V. Le dernier paragraphe du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » est remplacé par :

- « L'adhérent est informé :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
 - soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/ mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée,

ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

VI. Le texte du sous-article 23.1 « Le "Compte du régime" » est intégralement remplacé par :

« Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) Les cotisations individuelles acquises des adhérents ;
- b) Les autres produits techniques ;
- c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Les produits nets des placements de la section financière ;
- e) Le cas échéant, toute reprise sur la provision d'égalisation antérieurement constituée pour faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la section financière ;
- f) Le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au "compte du régime" 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) Les autres charges techniques ;
- 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 6.4 ;
- e) Le cas échéant, toute dotation à une provision d'égalisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la section financière ;
- f) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24 ;
- g) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté sur décision de la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d'administration) :

- a) Lorsqu'il est excédentaire, pour tout ou partie à la réserve du règlement du régime des frais médicaux individuels des retraités ;
- b) Pour le solde, à la réserve définie à l'article 22. »

VII. Le texte de l'article 24 « Provision pour participation aux excédents » est intégralement remplacé par :

« Il est constitué une provision pour participation aux excédents pour la section financière définie à l'article 22.

Cette provision est alimentée annuellement conformément aux dispositions de l'article D. 932-1 du code de la sécurité sociale.

Le cas échéant, un complément d'alimentation de cette provision peut être 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 et des charges visées aux f et g).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des adhérents au présent régime. Elle doit être utilisée à leur profit exclusif, dans un délai qui correspond à l'espérance résiduelle de vie des adhérents après chaque alimentation annuelle.

L'utilisation de la provision pour participation aux excédents peut être décidée annuellement par le conseil d'administration :

- pour le financement de réductions de cotisations, dont le montant peut être variable en fonction de l'âge des adhérents et/ou de leur ancienneté d'adhésion au présent règlement ;
- le cas échéant, pour la compensation de la revalorisation prévue à l'article 13 du présent règlement, lorsque le taux minimum réglementaire est négatif.

La commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance peut également décider d'autres modalités de distribution de la provision pour participation aux excédents. De telles modalités peuvent notamment prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- le financement de tout ou partie de l'amélioration des capitaux versés en cas de décès ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des adhérents ;
- l'accompagnement de l'adhérent (et/ou de son conjoint) dans sa couverture en matière de santé ou en matière de perte d'autonomie ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des adhérents.

La provision pour participation aux excédents doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

Titre XII Règlement de la section financière des contrats sur mesure de prévoyance

Il est créé un « Règlement de la section financière des contrats sur mesure de prévoyance ».

Le contenu du règlement est le suivant :

Règlement de la section financière des contrats sur mesure de prévoyance

Article 1^{er} | Objet

Conformément à ses statuts, BTP-Prévoyance peut être amenée à conclure des contrats sur mesure avec des entreprises (ou d'autres organisations collectives ayant compétence à cet effet), afin d'assurer la couverture de prévoyance au bénéfice de leurs salariés (ou membres), ainsi le cas échéant que de leurs anciens salariés et de leurs ayants droit.

Pour chacun de ces contrats sur mesure, les droits et obligations sont définis dans les conditions générales et conditions particulières du contrat.

Articles 2 à 21 | Réservés

Article 22 | Section financière et réserve

Pour le suivi des opérations nées des contrats sur mesure de prévoyance, il est institué une section financière spécifique dans les comptes de l'institution.

La réserve de la section financière des contrats sur mesure de prévoyance est alimentée au 31 décembre de l'exercice :

- par l'affectation du solde du "compte des opérations contractuelles" tel que défini à l'article 23.1 du présent règlement ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion.

Article 23 | Comptes de résultats

Pour la section financière définie à l'article 22, les opérations sont suivies dans deux comptes :

23.1. Le "compte des opérations contractuelles"

Ce compte reprend l'ensemble des produits et charges résultant des dispositions contractuelles des contrats sur mesure de prévoyance.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire d'affecter le solde du compte des opérations contractuelles à la réserve définie à l'article 22.

23.2. Le "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.

À cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations des contrats sur mesure de prévoyance, conformément aux dispositions définies dans chaque contrat.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d'administration) d'affecter le résultat annuel du compte de gestion de la section financière susvisée. »

Titre XIII Règlement du régime de GAT

Le règlement du « Régime de GAT » est intégralement modifié.

Le contenu du règlement modifié est le suivant :

« Règlement du régime de GAT

Section I^{er} Dispositions relatives aux entreprises adhérentes et aux salariés pris en compte

Article 1^{er} | Conditions générales

En adhérant au présent règlement, et sous réserve du paiement des cotisations afférentes, l'entreprise fait le choix de transférer à BTP-Prévoyance tout ou partie de ses obligations d'employeur en cas d'arrêt de travail de ses salariés.

La couverture GAT engage BTP-Prévoyance à prendre en charge :

- en fonction de l'option retenue par l'entreprise, tout ou partie du coût de l'obligation de maintien de salaire qui incombe à l'employeur en cas d'arrêt de travail de ses salariés en vertu des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail – et de ses textes d'application – ainsi que des dispositions des conventions collectives du bâtiment et des travaux publics (ci-après "obligations légales et conventionnelles de l'employeur") ;
- le coût des cotisations patronales correspondantes.

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

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

- un niveau assurant le coût du maintien de salaire en cas d'arrêt de travail des salariés, tel que résultant des obligations légales et conventionnelles de l'employeur (dans la limite de 90 jours) ;
- une ou plusieurs options couvrant une fraction du coût de ce maintien de salaire.

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

Article 2 | Adhésion des entreprises

Peuvent adhérer au présent règlement les entreprises du bâtiment et des travaux publics relevant du champ d'application :

- de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ;
- et de l'accord collectif national du 13 décembre 1990.

En conséquence, l'adhésion est ouverte aux entreprises du bâtiment et des travaux publics dont le siège social est établi en France métropolitaine, Corse comprise.

2.1. Périmètre et date d'effet de l'adhésion

Dans le cadre de sa demande d'adhésion (ainsi que de toute demande de modifications ultérieure), l'entreprise précise :

- le ou les collège(s) concerné(s) (ouvriers, ETAM, cadres) ;
- pour chaque collège d'adhésion, le niveau de garantie retenu ;
- pour le collège ouvriers, si les indemnités complémentaires sont versées à l'entreprise, ou si elle décide de confier à BTP-Prévoyance la gestion du paiement au salarié et auprès des organismes collecteurs des cotisations et prélèvement sociaux et fiscaux.

L'adhésion n'est possible que si l'entreprise est parallèlement adhérente :

- pour le collège ouvriers, au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO ;
- pour le collège ETAM, au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE ;
- pour le collège cadres, au règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP (RNPC).

Pour les options propres au collège ouvriers qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations conventionnelles, le choix de l'entreprise s'effectue conformément aux dispositions prévues par le code de la sécurité sociale :

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

La date d'effet de l'adhésion (ou de toute modification ultérieure) est fixée au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande. Toutefois, lorsque la demande d'adhésion est réalisée simultanément au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO pour le collège ouvriers, au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE pour le collège ETAM ou au règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP (RNPC) pour le collège cadres, la date d'effet est concomitante.

2.2. Modalités de l'adhésion

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

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

2.3. Enregistrement et renouvellement de l'adhésion

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

L'adhésion, ou toute modification ultérieure apportée, porte effet jusqu'au 31 décembre de l'exercice de mise en place, ci-après appelé terme annuel ; elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation dans les conditions prévues à l'article 5 par l'une des parties.

BTP-Prévoyance peut subordonner l'acceptation de l'adhésion (ou la demande de modification ultérieure) au résultat d'analyses supplémentaires, notamment liées à la sinistralité passée ou éventuellement médicales.

Article 3 | *Salariés inscrits*

L'entreprise adhérente est tenue d'inscrire au présent règlement tous les membres de son personnel relevant du (des) collège(s) d'adhésion.

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

- au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO ;
- au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE ;
- au règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP.

Article 4 | *Cotisations*

Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion, pour l'ensemble des salariés inscrits au titre du présent règlement. Elles sont réglées et déterminées dans les conditions suivantes :

4.1. Assiette

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

- au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO, concernant le collège ouvriers ;
- au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE, concernant le collège ETAM ;
- au règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP, concernant le collège cadres.

4.2. Taux

Le taux de cotisation, fonction de l'option et du collège d'adhésion, est précisé dans l'annexe tarifaire lorsque l'entreprise relève du mode direct.

Lorsque l'entreprise relève du mode déclaratif, le taux de cotisation applicable est déterminé par les services gestionnaires de l'institution en divisant par 1,14 le taux qui figure dans l'annexe tarifaire pour l'option correspondante.

La cotisation est à charge exclusive de l'employeur.

Par exception, pour les options qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur, la fraction de la cotisation GAT qui finance ces garanties additionnelles aux obligations légales et conventionnelles est répartie librement entre l'employeur et les salariés.

Le taux de cotisation défini dans l'annexe tarifaire dépend du nombre de salariés de l'entreprise. Pour déterminer le taux de cotisation applicable au 1^{er} janvier de l'année suivante, l'institution prend en compte le nombre de salariés de l'entreprise au cours du mois d'octobre de l'année en cours, sur la base des déclarations transmises par cette dernière via la DSN.

4.3. Autres dispositions

La couverture GAT assumant des prestations relevant des obligations conventionnelles des employeurs, et reposant sur des cotisations à leur charge exclusive, aucun règlement de prestation ne peut intervenir en l'absence de paiement des cotisations se rapportant à la période considérée.

Les cotisations sont exigibles mensuellement. Par exception, pour les entreprises dont les cotisations de retraite AGIRC-ARRCO sont exigibles trimestriellement, la même périodicité s'applique pour les cotisations du présent règlement.

La date limite de paiement des cotisations est fixée au 25 du mois suivant la période mensuelle ou trimestrielle à laquelle elle se réfère.

En complément, sont applicables au présent règlement les dispositions des articles 4.2, 4.5 et 4.6 du règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO.

Article 5 | Terme de l'adhésion. Conséquences sur les prestations en cours

5.1. Terme de l'adhésion

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

- en cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;
- en cas de procédure collective ou cessation d'activité sans reprise du contrat de travail ;
- en cas de modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance dans le cadre des articles L. 114-1 et suivants du code du travail.

5.1.a. Résiliation à l'initiative de l'entreprise

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

- signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale, en indiquant la date d'effet de la résiliation ;
- pour les options de GAT propres au collège ouvriers qui assurent un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur, s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et des procédures prévues – le cas échéant – par le code du travail.

La résiliation à l'initiative de l'entreprise prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant.

Par exception, la résiliation prend effet au plus tard le dernier jour du trimestre civil suivant la date de réception de la demande écrite si l'entreprise relève d'une des situations suivantes :

- l'entreprise a changé de secteur d'activité et de relève plus du champ du bâtiment et des travaux publics ;
- en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire a exercé le droit dont il dispose légalement de résilier l'adhésion conformément aux dispositions du code de commerce ;
- l'entreprise a été informée d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement, et a formulé sa demande dans les 60 jours qui s'ensuivent.

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

- au dernier jour du mois suivant, si l'entreprise a fait le choix d'une cadence de paiement mensuel ;
- ou au dernier jour du trimestre civil suivant, si l'entreprise a fait le choix d'une cadence de paiement trimestriel.

5.1.b. Résiliation à l'initiative de l'institution

L'institution peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise au 31 décembre de l'exercice, sous réserve de l'avoir signifié à l'entreprise au moins deux mois avant cette échéance.

L'institution peut également suspendre les garanties ou mettre un terme à l'adhésion en cours d'exercice, dans le cadre suivant :

- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour BTP-Prévoyance de poursuivre l'exécution de l'engagement né de l'adhésion en justice), l'institution est fondée à émettre une mise en demeure passé un délai de 10 jours après l'échéance. Suite à l'émission de cette mise en demeure, et à défaut de régularisation de la cotisation (ou d'accord de règlement), l'institution est en droit :
 - de suspendre les garanties, 30 jours après la mise en demeure ;
 - de résilier l'adhésion, 40 jours après la mise en demeure ;
- la mise en demeure informe l'entreprise des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé.

Pour les options de GAT propres au collège ouvriers qui assurent un maintien du salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur, il appartient alors à l'entreprise de s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et des procédures prévues – le cas échéant – par le code du travail.

5.1.c. Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail

En cas de liquidation d'une entreprise adhérente, le terme de l'adhésion prend effet au jour du jugement de clôture.

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement, ou de liquidation judiciaire, outre les cas prévus aux 5.1.a et 5.1.b, le terme de l'adhésion peut intervenir dans les conditions du III des articles L. 622-13 et L. 641-11-1 du code de commerce.

Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure le liquidateur ou l'organe administrateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;
- soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure.

En cas de cessation d'activité sans reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion prend effet à la date de cessation d'activité. Cette dernière doit être notifiée à BTP-Prévoyance dans le délai d'un mois qui s'ensuit, à défaut de quoi les prestations indûment versées depuis la cessation d'activité seront portées à la charge de l'entreprise.

Pour tout arrêt de travail survenant à compter de la date d'un jugement d'ouverture d'une procédure collective, le remboursement des indemnités journalières sera effectué sur la fraction supérieure, le cas échéant, à la somme acquise au titre de l'AGS (association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés) calculée conformément à l'article D. 3253-5 du code du travail et après versement effectif de cette garantie au représentant des salariés de l'entreprise.

5.1.d. Terme de l'adhésion suite à modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail

Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 1124-1 et suivants du code du travail :

- en cas d'absorption de l'entreprise adhérente par une autre entreprise ;
- en cas de cessation d'activité de l'entreprise adhérente avec reprise de contrat de travail par une autre entreprise ;
- en cas d'absorption d'autres entreprises par l'entreprise adhérente,

il appartient à l'entreprise (ou à son représentant) de notifier cette évolution à l'institution dans un délai de 60 jours à compter de la modification de la situation juridique de l'employeur. L'adhésion est alors automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties.

5.2. Prestations en cours au terme de l'adhésion

Toutes les garanties prévues par le présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion. Notamment, à compter du lendemain de ce terme, il revient à l'entreprise d'assurer :

- auprès de ses salariés en arrêt de travail, le maintien de salaire en application des obligations légales et conventionnelles de l'employeur ;
- auprès des organismes sociaux, la gestion des obligations déclaratives et de paiement relatives aux indemnités complémentaires de maintien de salaire ainsi qu'aux indemnités journalières de prévoyance.

Article 6 | *Réservé*

Section II Dispositions relatives aux garanties

Article 7 | *Condition d'ouverture des droits. Fait générateur. Niveau de garantie applicable*

7.1. Conditions d'ouverture des droits

Les droits prévus par le présent règlement sont ouverts pour tout nouvel arrêt de travail à intervenir au titre d'un salarié inscrit au sens de l'article 3, durant la période d'adhésion de l'entreprise.

En aucun cas, la garantie liée au présent règlement ne s'applique pour des arrêts de travail ayant débuté antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

7.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur la date de l'arrêt de travail au sens de la sécurité sociale.

7.3. Niveau de garantie applicable

En cas de réalisation du risque, le niveau de la garantie servie est fonction des dispositions du présent règlement, applicables à la date du fait générateur.

Article 8 | *Réservé*

Article 9 | *Délai de déclaration et prescription*

9.1. Délai de déclaration du droit à prestation

Toute demande de prestation doit être présentée à l'institution dans un délai de cinq ans.

Le niveau de la prestation versée est celui en vigueur à la date du fait générateur.

À défaut de demande ou déclaration dans ce délai, les droits à prestations sont prescrits.

9.2. Prescription des actions en justice

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

Toutefois, ce délai ne court pas en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance.

La prescription de l'action est interrompue :

- en cas d'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés :
 - soit à l'entreprise adhérente, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
 - soit à l'entreprise adhérente ou à son salarié (en cas de versement direct à ce dernier), en ce qui concerne le remboursement d'une prestation induue ;
 - soit à BTP-Prévoyance, en ce qui concerne le règlement d'une prestation ;
- en cas de désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- ou par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
 - une action en justice (art. 2241 du code civil) ;
 - la reconnaissance par le débiteur de droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;

- une mesure conservatoire prise en exécution du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil).

Article 10 | *Réservé*

Article 11 | *Base de calcul et montant des prestations*

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

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

Concernant les options qui assurent un maintien du salaire au niveau des obligations légales et conventionnelles de l'employeur, l'indemnisation est calculée conformément aux dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail (et de ses textes d'application) et dans les conventions collectives nationales des ouvriers, des ETAM et des cadres du bâtiment et des travaux publics. Pour chaque salarié inscrit, ces textes définissent notamment :

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

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

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

- 30 % pour les indemnisations au titre du collège ouvriers ;
- 45 % pour les indemnisations au titre des collèges ETAM et cadres.

Article 12 | *Réservé*

Article 13 | *Destinataire du paiement, option de prise en charge des obligations de l'employeur*

13.1. Destinataire du paiement

Lorsque l'adhésion concerne des salariés relevant des collèges ETAM et cadres, les indemnités complémentaires sont versées auprès de l'entreprise adhérente.

Lorsque l'adhésion concerne des salariés relevant du collège ouvriers, il appartient à l'entreprise de définir dans le bulletin d'adhésion si les versements réalisés par l'institution s'effectuent :

- auprès de l'entreprise ;
- ou directement auprès de l'ouvrier en arrêt de travail, ainsi que des organismes collecteurs des cotisations et prélèvement sociaux et fiscaux.

13.2. Option de prise en charge des obligations de l'employeur au titre des arrêts de travail des salariés ouvriers

En optant lors de son adhésion pour un versement direct à l'ouvrier, l'entreprise adhérente accepte de transférer intégralement à BTP-Prévoyance les droits et obligations qui se rattachent à la gestion des formalités administratives au titre des indemnités complémentaires :

- du premier jusqu'au dernier jour de versement d'indemnités complémentaires par l'institution ;
- au titre des prestations de maintien de salaire versées en application du présent règlement, ainsi qu'au titre des indemnités journalières versées par l'institution du fait de l'adhésion de l'entreprise :
 - au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO ;
 - et, le cas échéant, au règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers.

La responsabilité de l'institution s'entend dans le cadre et dans la limite des dispositions convenues avec l'ACOSS et/ou avec tout autre organisme collecteur, sous réserve d'avoir préalablement informé l'entreprise adhérente des limites de responsabilité qui en découlent.

Concrètement, il appartient alors à BTP-Prévoyance, pour les indemnités complémentaires concernées :

- de déterminer les montants des prélèvements obligatoires sociaux et fiscaux qui y sont associés (part employeur et part salarié) ;
- de réaliser les formalités déclaratives et les paiements correspondants auprès des organismes collecteurs concernés ;
- de verser à l'ouvrier le solde des indemnités complémentaires dues, nettes des précomptes sociaux et fiscaux.

Lors de l'adhésion, l'option de versement directement à l'ouvrier n'est ouverte qu'aux conditions suivantes :

- l'entreprise adhère à une option qui couvre l'intégralité des obligations légales et conventionnelles de l'employeur ;
- et l'entreprise n'est pas engagée à une obligation d'avance à l'ouvrier des indemnités versées par les régimes de prévoyance, du fait des dispositions de la convention collective nationale de référence.

Article 14 | *Déclaration des sinistres. Justification*

Tout arrêt de travail/incapacité donnant droit à maintien de salaire doit être déclaré auprès de BTP-Prévoyance.

Pour tout arrêt de travail déclaré par l'entreprise, le montant de l'indemnisation au titre du présent règlement est déterminé :

- sur la base des informations communiquées par la caisse d'assurance maladie dont relève le salarié en arrêt de travail, dans le cadre de flux d'informations dématérialisés ("PrestIJ" ...) ;
- à défaut, sur la base de la transmission des décomptes d'indemnités journalières de la sécurité sociale (et/ou toute autre pièce justificative demandée par BTP-Prévoyance). L'entreprise est tenue de porter à la connaissance de l'institution toute modification intervenant dans l'indemnisation de la sécurité sociale, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci susceptible d'entraîner une révision des prestations de BTP-Prévoyance.

BTP-Prévoyance se réserve le droit de subordonner le paiement de ses prestations à un contrôle de l'état d'incapacité du salarié assuré par le médecin qu'elle désignera. L'entreprise est tenue de relayer ce contrôle auprès de son salarié qui devra s'y soumettre, conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables.

L'utilisation de documents inexacts, faits de mauvaise foi, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles ayant pour objet d'induire BTP-Prévoyance en erreur sur les effets et les causes de l'arrêt de travail, entraînent la perte de tout droit à indemnisation et le droit pour BTP-Prévoyance d'exiger le remboursement des indemnisations versées indûment.

Article 15 | Terme du paiement

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

La date limite de versement des prestations ne peut en aucun cas être postérieure au 90^e jour au-delà duquel l'entreprise n'est plus tenue à une obligation de maintien de salaire en application des obligations légales et conventionnelles de l'employeur.

Articles 16 à 24 | Réserve

Section III Information des adhérents. Modification des conditions de couverture

Article 25 | Réglementation LCB-FT

Dans le cadre de la réglementation LCB-FT (lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme), BTP-Prévoyance est tenue à diverses obligations de vigilance spécifique. À ce titre :

- l'entreprise adhérente s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour le versement des indemnités directement à leur bénéfice, les salariés ouvriers de l'entreprise adhérente doivent communiquer toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT.

BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande.

Article 26 | Information des entreprises adhérentes

Les informations et documents utiles à la bonne exécution du contrat sont adressés par l'entreprise adhérente sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet www.probtp.com.

Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise adhérente peut à tout moment revenir à des échanges papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande.

En outre, si BTP-Prévoyance constate le caractère inadapté de ce mode de communication, l'institution pourra décider du retour à une relation par échanges sur support papier.

26.1. Information lors de l'adhésion

Sont réalisés conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement :

- le recueil des besoins des entreprises non encore adhérentes ;
- l'information des entreprises adhérentes.

En particulier, pour toute option qui assure un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur, lors de son adhésion et à chaque modification ultérieure du présent règlement, l'entreprise adhérente se voit remettre une notice d'information définissant notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des salariés inscrits, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations ainsi que les modalités de financement et les sanctions du non-paiement des cotisations. L'entreprise est tenue de remettre la notice d'information à ses salariés inscrits.

Lorsque BTP-Prévoyance se substitue à l'employeur dans le paiement du maintien de salaire et/ou pour toute option qui assure un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur, sont communiquées aux salariés inscrits les coordonnées des services gestionnaires afin qu'ils puissent obtenir toute précision concernant la gestion de sa couverture.

Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés (lorsque BTP-Prévoyance se substitue à l'employeur dans le paiement du maintien de salaire et/ou pour toute option qui assure un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur) devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

**Pro BTP – Réclamations,
93901 Bobigny Cedex 9**

- soit par le biais de leur espace client (www.probtp.com).

L'entreprise adhérente est informée :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne les satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
- ses salariés (lorsque BTP-Prévoyance se substitue à l'employeur dans le paiement du maintien de salaire et/ou pour toute option qui assure un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur) ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;

- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

26.2. Information en cas de modification des conditions de couverture

Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, conformément aux modalités prévues au premier alinéa de l'article 26, de toute modification apportée aux articles des sections I à III du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations ou les garanties.

Après information des entreprises et pour celles qui n'ont pas exercé leur droit à résiliation dans les conditions définies à l'article 5.1.a du présent règlement, ces modifications s'appliquent de plein droit.

Pour les options qui assurent un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur, conformément à la réglementation, il appartient :

- à BTP-Prévoyance de mettre à disposition de l'entreprise une notice d'information exposant les nouvelles garanties applicables ;
- à l'entreprise, lorsque l'option qu'elle a retenue assure un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur et que les garanties sont modifiées, de diffuser cette notice aux salariés concernés.

26.3. Protection des données personnelles

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles :

- BTP-Prévoyance est responsable des traitements qu'elle réalise sur les données personnelles des salariés de l'entreprise adhérente pour la mise en œuvre de la couverture de GAT (garantie arrêt de travail), conformément aux dispositions du présent règlement ;
- et l'entreprise adhérente reste responsable des traitements qu'elle réalise sur les données de ses salariés en qualité d'employeur. Dans ce cadre, l'entreprise adhérente est responsable des obligations qui lui incombent en qualité de responsable de traitement.

Pour la mise en œuvre de la couverture de GAT, BTP-Prévoyance est susceptible de collecter et de traiter les données suivantes des salariés inscrits : informations personnelles, données de contact, données d'identification, NIR (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de vie privée, données professionnelles, données économiques et financières, données opérationnelles liées à la couverture de GAT, données de santé ou autres données particulières (dans les cas autorisés par la loi uniquement).

Ces données ainsi collectées ont vocation à être traitées par BTP-Prévoyance aux fins :

- (i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de GAT ;
- (ii) De réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de ses collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation et prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, e-mail, SMS et MMS) pour des produits et services analogues à ceux déjà souscrits, sauf opposition des bénéficiaires à tout moment, évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de BTP-Prévoyance ;
- (iii) Et avec l'accord des salariés de l'entreprise adhérente, aux fins de prospection commerciale par e-mail, SMS ou MMS par les entités du groupe Pro BTP pour tous les produits et services non analogues à ceux déjà souscrits.

Elles sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales. D'une manière générale, elles sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de BTP-Prévoyance, ainsi qu'à son sous-traitant l'association de moyens Pro BTP, et, si nécessaire, à des intermédiaires, réassureurs, prestataires et partenaires. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires.

Certaines des données traitées peuvent être transférées à des prestataires en dehors de l'Union européenne, notamment aux fins d'assurer la maintenance et les opérations d'hébergement des données dans le respect de la réglementation applicable.

Au titre de la sécurité et de la confidentialité des données à caractère personnel, BTP-Prévoyance déploie les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour :

- (i) Garder les données personnelles strictement confidentielles ;
- (ii) Et assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

L'entreprise adhérente informe ses salariés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées, le cas échéant en remettant aux salariés leur notice d'information (lorsqu'elle a adhéré à une option qui assure un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur).

Dans le cas de relations avec les salariés au titre du versement direct de leurs indemnités complémentaires, BTP-Prévoyance leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture de GAT ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés sont titulaires des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données à caractère personnel, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données personnelles après décès. Ces droits et la façon de les exercer leurs sont rappelés, le cas échéant, dans le bulletin d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente (lorsqu'elle a adhéré à une option qui assure un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur). En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

BTP-Prévoyance est susceptible de collecter des données à caractère personnel relatives à ses interlocuteurs au sein de l'entreprise adhérente en charge de la prépa-

ration, de la conclusion et du suivi de l'adhésion. Ces données sont collectées par BTP-Prévoyance en tant que responsable de traitement, aux fins de gestion et exécution de la couverture. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation dans le cadre du présent règlement. Les personnes concernées à ce titre peuvent exercer leurs droits par courrier auprès du service avec lequel ils sont en contact. De son côté, l'entreprise adhérente, au même titre que BTP-Prévoyance, est susceptible de collecter également des données de ses contacts au sein de BTP-Prévoyance et s'engage dans les mêmes termes.

Profondément engagé en faveur du respect de la vie privée et des droits des personnes, le groupe Pro BTP s'est doté d'un délégué à la protection des données (DPO) et a mis en place une politique générale de protection des données, accessible depuis la page d'accueil de son site internet www.probtp.com.

Section IV Dispositions financières

Article 27 | *Réservé*

Article 28 | *Section financière et réserve*

Il est constitué une section financière unique, ainsi qu'une réserve distincte dans les fonds propres de l'institution, pour le suivi des opérations nées :

- du présent règlement ;
- du règlement de la couverture "Option charges sur arrêts de travail de longue durée" (OCALD) ;
- de la quote-part de BTP-Prévoyance dans les contrats "Garanties arrêt de travail" coassurés avec les entités de la SGAM BTP.

La réserve est alimentée, au 31 décembre de l'exercice par l'affectation pour l'exercice écoulé :

- du solde du "compte du régime" défini à l'article 30.1 du présent règlement ;
- le cas échéant, d'une partie du résultat des comptes de gestion.

Article 29 | *Provision pour participation aux excédents*

Il est constitué une provision pour participation aux excédents pour la première section financière visée à l'article 28.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration. Lors de son examen annuel, le conseil d'administration tient compte de la situation financière de la section.

La dotation annuelle ne peut excéder le solde positif du compte du régime défini à l'article 30.1 (compte non tenu de la ressource visée au e et des charges visées aux e et f de l'article).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des entreprises adhérentes.

Toute utilisation de la provision pour participation aux excédents relève d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance. Elle peut notamment prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties du présent règlement ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des entreprises adhérentes et à charge, le cas échéant, des salariés affiliés (lorsque l'entreprise a adhéré à une

- option qui assure un maintien de salaire au-delà des obligations légales et conventionnelles de l'employeur) ;
- l'octroi d'aides financières à destination des entreprises adhérentes, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des entreprises adhérentes et de leurs salariés inscrits.

La provision pour participation aux excédents doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle.

Article 30 | Ressources et charges de la section financière

Les opérations de la section financière définie à l'article 28 sont suivies dans deux comptes :

30.1. Le "Compte du régime"

Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) Les cotisations acquises des entreprises adhérentes ;
- b) Les autres produits techniques, incluant notamment d'éventuelles majorations et pénalités de retard ;
- c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Les produits nets des placements de la section financière ;
- e) Le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au "compte du régime" comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière, déduction faite de la part de maintien de salaire qui est déjà couverte au titre du 20.1.b du règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Les autres charges techniques ;
- 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 8 % des cotisations de la GAT et de 15 % des cotisations de la couverture OCALD acquises des entreprises adhérentes ;
- e) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents dans les conditions définies à l'article 29 ;
- f) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire d'affecter le solde de ce compte à la réserve définie à l'article 28.

30.2. Le "Compte de gestion"

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

À cette fin, il est alimenté par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 30.1.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire, sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion. »

Titre XIV Règlement du régime d'OCALD

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du Régime d'OCALD » :

I. Les articles :

« Article 6 "Conditions d'ouverture des droits. Fait générateur. Niveau de prestation applicable".
Article 7 "Délai de déclaration et prescription".
Article 8 "Réserve".
Article 9 "Paiement de la prestation".
Article 10 "Limite de responsabilité au titre de la couverture OCALD".
Article 11 "Réglementation LCB-FT".
Article 12 "Information des entreprises adhérentes".
Article 13 "Section financière et fonds de réserve". »

sont renumérotés comme suit :

« Article 7 "Conditions d'ouverture des droits. Fait générateur. Niveau de prestation applicable".
Article 9 "Délai de déclaration et prescription".
Article 10 "Réserve".
Article 11 "Paiement de la prestation".
Article 12 "Limite de responsabilité au titre de la couverture OCALD".
Article 25 "Réglementation LCB-FT".
Article 26 "Information des entreprises adhérentes".
Article 28 "Section financière et fonds de réserve". »

II. Le texte du sous-article 2.1 « Modalités de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

« L'acte d'adhésion se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion par l'entreprise. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.
La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :
– l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
– après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
– le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

III. L'article 3 « Participants affiliés » est intégralement modifié comme suit :

« Article 3 | *Salariés inscrits*

L'entreprise adhérente est tenue d'inscrire au présent règlement tous les membres de son personnel relevant du collège ouvrier.

Ces salariés sont les mêmes ouvriers que ceux que l'entreprise a affilié au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO. »

IV. L'article 4 « Cotisations » est intégralement modifié comme suit :

« Article 4 | *Cotisations*

Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion, pour l'ensemble des salariés inscrits au titre du présent règlement. Elles sont réglées et déterminées dans les conditions suivantes :

4.1. Assiette

L'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique pour les adhésions au règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO.

4.2. Taux

Le taux de cotisation est précisé dans l'annexe tarifaire. Il diffère selon que l'entreprise :

- ait ou non mis en œuvre une couverture des arrêts de travail de plus de 90 jours au-delà du niveau qui est prévu par le régime national de prévoyance des ouvriers ;
- ait ou non souscrit un contrat "Garantie arrêt de travail tous collègues" assurant la couverture des arrêts de travail de moins de 90 jours de ses ouvriers.

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

4.3. Autres dispositions

La couverture OCALD assumant des cotisations patronales et reposant sur des cotisations à la charge exclusive des employeurs, aucun règlement de prestation ne peut intervenir en l'absence de paiement des cotisations se rapportant à la période considérée.

Les cotisations sont exigibles mensuellement. Par exception, pour les entreprises dont les cotisations de retraite AGIRC-ARRCO sont exigibles trimestriellement, la même périodicité s'applique pour les cotisations du présent règlement.

La date limite de paiement des cotisations est fixée au 25 du mois suivant la période mensuelle ou trimestrielle à laquelle elle se réfère.

En complément, sont applicables au présent règlement les dispositions des articles 4.2, 4.5 et 4.6 du règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO. »

V. Le texte du sous-article 5.1.c « Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail » :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe compétent de se prononcer sur la poursuite des adhésions. Si l'organe administrateur indique sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ou en cas d'absence de réponse dans le délai de 30 jours suivant la mise en demeure, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit soit au jour de la notification à l'institution, par l'organe compétent, du refus de poursuivre l'adhésion soit, en cas d'absence de réponse de l'organe compétent, au terme du délai de 30 jours rappelé ci-avant. En l'absence de mise en demeure, l'institution se réserve néanmoins la possibilité de demander à faire prononcer judiciairement la résiliation de la présente adhésion. »

est remplacé par :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure le liquidateur ou l'organe administrateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;
- soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure. »

VI. Sont créés les article 6 – Réserve, article 8 – Réserve, article 10 – Réserve et articles 13 à 24 – Réservés.

VII. À la fin de l'article 11 « Règlementation LCB-FT », renuméroté 25, le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

VIII. Le texte de l'article 12 « Information des entreprises adhérentes et des participants », renuméroté 26 :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édictées postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise adhérente peut à tout moment à revenir à des échanges papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édictées postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

IX. Le dernier paragraphe du sous-article 12.1 « Information lors de l'adhésion », renuméroté 26.1, est modifié comme suit :

- « L'entreprise adhérente est informée :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne la satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
 - elle peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
 - soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

X. Il est créé l'article 27 – Réserve.

XI. Le texte de l'article 13 « Section financière et fonds de réserve », renuméroté 28, est intégralement remplacé par :

« Le suivi des opérations nées du présent règlement est réalisé dans le cadre des dispositions des articles 28 à 30 du règlement du régime de GAT. »

Titre XV Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre de la prévoyance des cabinets d'économistes de la construction (régime des non-cadres)

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre de la prévoyance des cabinets d'économistes de la construction (régime des non-cadres) » :

I. Le texte suivant du sous-article 2.2 « Modalités de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

II. Le texte du sous-article 5.1.c « Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail » :

« En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, outre les cas prévus aux 5.1.a et 5.1.b, le terme de l'adhésion peut intervenir dans les conditions du III de l'article L. 622-13 du code de commerce.

Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe compétent de se prononcer sur la poursuite des adhésions. Si l'organe administrateur indique sa volonté de ne pas poursuivre le l'adhésion ou en cas d'absence de réponse dans le délai de 30 jours suivant la mise en demeure, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit soit au jour de la notification à l'institution, par l'organe compétent, du refus de poursuivre l'adhésion soit, en cas d'absence de réponse de l'organe compétent, au terme du délai de 30 jours rappelé ci-avant. En l'absence de mise en demeure, l'institution se réserve néanmoins la possibilité de demander à faire prononcer judiciairement la résiliation de la présente adhésion. »

est remplacé par :

« En cas de procédure de sauvegarde, de redressement, ou de liquidation judiciaire, outre les cas prévus aux 5.1.a et 5.1.b, le terme de l'adhésion peut intervenir dans les conditions du III des articles L. 622-13 et L. 641-11-1 du code de commerce.

Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe administrateur ou le liquidateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;
- soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur ou du liquidateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure. »

III. Le texte du sous-article 5.2 « Prestations en cours au terme de l'adhésion » :

« à défaut, les prestations continuent d'être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. La revalorisation des prestations en cours de service est également assurée par BTP-Prévoyance, sauf lorsque la résiliation est à l'initiative de l'entreprise ; dans cette dernière situation, le financement de la revalorisation des prestations en cours de service sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l'entreprise elle-même, soit par l'organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

est remplacé par :

« à défaut, les prestations continuent à être servies par BTP-Prévoyance au niveau atteint à cette date. Au-delà, la revalorisation des prestations en cours de service n'est poursuivie par BTP-Prévoyance que dans les situations suivantes :

- en cas de résiliation dans le cadre des dispositions de l'article 5.1.c ;
- ou lorsque l'entreprise n'a plus de salarié non-cadres.

Dans les autres cas (et notamment en cas de changement d'organisme assureur), le financement de la revalorisation des prestations en cours de service – qui ne peut être inférieure à celle pratiquée par BTP-Prévoyance – sera supporté intégralement, selon le choix de chaque entreprise concernée, soit par l'entreprise elle-même, soit par l'organisme assureur auprès duquel elle aura transféré sa couverture de prévoyance. »

IV. À la fin de l'article 8 « Règlementation LCB-FT », le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

V. Le texte de l'article 9 « Information des entreprises adhérentes et des participants » :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales éditées postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'en-

semble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

VI. Le dernier paragraphe du sous-article 9.1 « Information lors de l'adhésion » est modifié comme suit :

- « L'entreprise adhérente est informée :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne les satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
 - ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
 - soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

VII. Le texte du sous-article 9.3 « Information du chef d'entreprise sur les comptes du régime » :

« Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise a choisi d'adhérer à une mutualisation couvrant des obligations conventionnelles de prévoyance, mutualisation régie par l'accord collectif national du 1^{er} octobre 2001. Dans ce cadre, elle prend acte que le rapport en question porte sur les effectifs et les comptes d'ensemble de cette mutualisation, élaborés à partir des données de la section financière définie à l'article 9. »

est remplacé par :

« Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise a choisi d'adhérer à une mutualisation couvrant des obligations conventionnelles de prévoyance, mutualisation régie par l'accord collectif national du 1^{er} octobre 2001. Dans ce cadre, elle prend acte que le rapport en question porte sur les effectifs et les comptes d'ensemble de cette mutualisation, élaborés à partir des données de la section financière définie à l'article 10. »

VIII. Le texte de l'article 11 « Provision pour participation aux excédents » est intégralement modifié comme suit :

« Il est constitué une provision pour participation aux excédents pour la section financière visée à l'article 10.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration. Lors de son examen annuel, le conseil d'administration tient compte de la situation financière de la section.

La dotation annuelle ne peut excéder le solde positif du compte du régime défini à l'article 11.1 (compte non tenu de la ressource visée au *f* de l'article et des charges visées aux *e* et *g*).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des entreprises adhérentes et des membres participants au régime.

La provision pour participation aux excédents est utilisée en priorité au financement de la revalorisation des prestations en application de l'article 7.

La commission paritaire de BTP-Prévoyance peut également décider d'autres modalités de distribution de la provision pour participation aux excédents. De telles modalités peuvent notamment prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des participants affiliés à l'institution ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des entreprises et des participants affiliés à l'institution ;
- l'octroi d'aides financières à destination des entreprises adhérentes et/ou des participants affiliés à l'institution et de leurs ayants droit, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des participants affiliés à l'institution et/ou de leurs ayants droit ;
- la prise en charge de certaines actions de prévention.

La provision pour participation aux excédents doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

IX. Le texte du sous-article 12.1 « Le "Compte du régime" » est intégralement remplacé par :

« 12.1. Le "Compte du régime" »

Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a)* Les cotisations acquises des entreprises adhérentes au titre du présent règlement ;
- b)* Les autres produits techniques, incluant notamment d'éventuelles majorations et des pénalités de retard correspondantes ;
- c)* La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d)* Les produits nets des placements de la section financière ;
- e)* S'il y a lieu, toute reprise sur la provision d'égalisation antérieurement constituée pour faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la section financière ;
- f)* Le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au “compte du régime” comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière ;
- b) 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 ;
- c) Les autres charges techniques ;
- d) Toute dotation pour le financement de prestations sociales en faveur des participants ;
- e) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents dans les conditions définies à l'article 11 ;
- f) Le cas échéant, toute dotation à une provision d'égalisation destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité au titre de la section financière ;
- g) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté à la réserve définie à l'article 10. »

Titre XVI Règlement des régimes de frais médicaux collectifs

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « Régimes standard de frais médicaux collectifs » :

I. Le paragraphe suivant de l'article 1^{er} « Objet » :

« Il a pour objet de rembourser, dans le cadre d'une couverture d'entreprise, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des salariés affiliés et, le cas échéant, de leurs ayants droit par le régime de sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé. »

est remplacé par :

« Il a pour objet de rembourser, dans le cadre d'une couverture d'entreprise, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des salariés affiliés et, le cas échéant, de leurs ayants droit par le régime obligatoire de sécurité sociale français dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé. »

II. Le titre de l'article 2 « Adhésion des entreprises » est remplacé par l'article 2 « Champ d'application, entreprises éligibles ».

III. Le texte de l'article 2 « Champ d'application, entreprises éligibles » est intégralement remplacé par :

« Peuvent adhérer au présent règlement les entreprises du bâtiment et des travaux publics qui relèvent du territoire d'application des accords étendus de protection sociale complémentaire suivants :

- l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ;
- et l'accord collectif national du 13 décembre 1990.

En conséquence, l'adhésion est ouverte aux entreprises du bâtiment et des travaux publics dont le siège social est établi en France métropolitaine, Corse comprise. »

IV. Les paragraphes suivants de l'article 3 « Modalités de l'adhésion » :

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

En fonction du calendrier de déploiement de nouvelles technologies en 2022, l'adhésion au règlement pourra être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet, l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides.

Après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui seront adressés par courrier électronique.

Le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Durant le processus d'adhésion au règlement, l'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, et à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

sont remplacés par :

« L'acte d'adhésion ou sa modification ultérieure se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion par l'entreprise. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

V. Le texte suivant du paragraphe introductif de l'article 4 « Bénéficiaires » :

« La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie de France métropolitaine ou d'un régime agréé équivalent de rattachement de sécurité sociale. »

est remplacé par :

« La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise, ou étudiants relevant des dispositions de l'article 4.2. »

VI. Le texte du sous-article 4.1 « Notion de conjoint du salarié affilié » est intégralement remplacé par :

« Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le salarié affilié ;
- à défaut, la personne liée au salarié affilié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ; si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'une couverture

- de protection sociale complémentaire au titre d'une autre personne que le salarié affilié ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
 - c) Le salarié affilié et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union) ;
 - d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le salarié affilié. »

VII. Les paragraphes suivants du sous-article 4.2 « Notion d'enfant à charge » :

- « Sont considérés comme à charge les enfants ayants droit au sens de la législation de la sécurité sociale.
- Sont également considérés à charge les enfants nés du salarié affilié, ou adoptés par le salarié affilié, 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. »

sont remplacés par :

- « 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 affilié, ou adoptés par le salarié affilié, 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 (en France, dans un autre pays de l'espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d'Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale. »

VIII. Le titre de l'article 5 « Date d'effet et modification de l'adhésion » est remplacé par l'article 5 « Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure ».

IX. Le texte de l'article 5 « Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure » est intégralement remplacé par :

- « La date d'effet de l'adhésion initiale est fixée :
- par défaut au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande ;
 - ou sur demande expresse au 1^{er} jour de tout mois ultérieur spécifié par l'entreprise.
- Lorsque l'employeur souhaite modifier son adhésion :
- pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment retenue, cette modification prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve d'avoir été

- signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant, par courrier recommandé, recommandé électronique ou remise en main propre datée et contresignée ;
- pour une option dont le niveau est supérieur à celle précédemment retenue, cette modification prend effet :
 - par défaut, au premier jour du mois qui suit la demande ;
 - ou sur choix de l'entreprise, au premier jour de tout mois ultérieur spécifié par l'entreprise, et au plus tard au 1^{er} janvier suivant.

Dans les deux cas, l'entreprise doit :

- choisir une formulation tarifaire (au sens de l'article 6) :
 - identique pour ses salariés non-cadres et cadres (si elle adhère au règlement du régime standard de frais médicaux collectifs pour les deux catégories) ;
 - ou identique à celle mise en œuvre pour chaque collège avant la modification ;
- informer ses salariés des changements de garanties collectives par diffusion d'une notice d'information, conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale.

L'adhésion initiale (ou sa modification ultérieure) est conclue pour une période de douze mois à compter de sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n + 1) suivant l'exercice de prise d'effet (n) ;
- puis annuellement jusqu'au 31 décembre de chaque exercice ;

sauf terme anticipé de l'adhésion, tel que défini dans l'article 8 du présent règlement. »

X. Les paragraphes suivants du sous-article 6.1 « Assiette » :

« Lorsque les cotisations sont exprimées en euros, celles-ci sont calculées sur une base mensuelle.

Tout mois commencé est dû : en cas d'embauche ou de rupture du contrat de travail en cours de mois, la totalité de la cotisation est due pour le mois considéré.

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

- en application des dispositions des accords collectifs nationaux du 31 juillet 1968 et du 13 décembre 1990, ainsi que de celles du règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics, sous déduction des indemnités de congés payés versées par la caisse congés intempéries BTP ;
- dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale. »

sont remplacés par :

« Lorsque les cotisations sont exprimées en euros, celles-ci sont calculées sur une base mensuelle.

Tout mois commencé est dû : en cas d'embauche ou de rupture du contrat de travail en cours de mois, la totalité de la cotisation est due pour le mois considéré.

Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération, l'assiette des cotisations dues par l'entreprise est celle des cotisations de sécurité sociale, telle que définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale.

L'entreprise est tenue d'inclure dans l'assiette de cotisations le montant total des revenus de remplacement qu'elle verse aux salariés affiliés, notamment au bénéfice de ceux placés en position d'activité partielle (dans ce cas, il s'agit des indemnités légales d'activité partielle et, le cas échéant, des indemnités complémentaires versées par l'employeur en application d'une décision unilatérale ou d'un accord collectif).

Ne sont pas incluses dans l'assiette des cotisations le montant total des indemnités versées par la caisse congés intempéries BTP, comprenant notamment les indemnités de congés payés, les primes de vacances, les jours de fractionnement et les jours d'ancienneté... »

XI. Le paragraphe suivant du sous-article 8.1.c « Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail » :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe compétent de se prononcer sur la poursuite des adhésions. Si l'organe administrateur indique sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ou en cas d'absence de réponse dans le délai de 30 jours suivant la mise en demeure, la présente adhésion sera alors résiliée de plein droit soit au jour de la notification à l'institution, par l'organe compétent, du refus de poursuivre la présente adhésion soit, en cas d'absence de réponse de l'organe compétent, au terme du délai de 30 jours rappelé ci-avant. En l'absence de mise en demeure, l'institution se réserve néanmoins la possibilité de demander à faire prononcer judiciairement la résiliation de la présente adhésion. »

est remplacé par :

« Dans ce cadre, l'institution peut mettre en demeure l'organe administrateur ou le liquidateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. À défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur ou le liquidateur a informé l'institution de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion ;
- soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur ou du liquidateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure. »

XII. Les paragraphes suivants du sous-article 11.3 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » :

« En cas de suspension du contrat de travail pour cause d'activité partielle, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant :

- calculé sur la base des indemnités entrant dans l'assiette des cotisations définie à l'article 6.1, lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération ;
- ou assuré par le versement du forfait mensuel de cotisation, lorsque cette dernière est exprimée en euros.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail avec versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente (hors situation d'activité partielle), les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant :

- calculé sur la base du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail, lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération ;
- ou assuré par le versement du forfait mensuel de cotisation, lorsque cette dernière est exprimée en euros. »

sont remplacés par :

- « En cas de suspension du contrat de travail avec versement par l'entreprise d'une indemnité d'activité partielle ou de tout autre revenu de remplacement, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant :
- calculé sur la base des indemnités entrant dans l'assiette des cotisations définie à l'article 6.1, lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération ;
 - ou assuré par le versement du forfait mensuel de cotisations lorsque cette dernière est exprimée en euros. »

XIII. Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :

- « Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, 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 ; »

est remplacé par :

- « Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :
- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ; »

le paragraphe suivant :

- « En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime de base d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

est remplacé par :

- « En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

et à la suite de ce paragraphe, le texte suivant est ajouté :

- « En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire ne font l'objet d'aucun remboursement. »

XIV. Le paragraphe suivant de l'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 €, valeur au 1^{er} janvier 2022. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

est remplacé par :

« 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 €, valeur au 1^{er} janvier 2023. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

XV. À la fin de l'article 20 « Règlementation LCB-FT », le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

XVI. Le paragraphe suivant du texte introductif de l'article 21 « Information des entreprises adhérentes et des salariés » :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édictées postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édictées postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

XVII. Les paragraphes suivants du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« L'entreprise adhérente est informée :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations et que la réponse apportée ne leur satisfait pas, et pour le règlement de litige extrajudiciaire :
- ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris

- soit en déposant une demande sur le site Internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;

- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

sont remplacés par :

- « L'entreprise adhérente est informée :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne leur satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :
- ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- l'entreprise peut préalablement s'adresser par écrit à l'intercesseur de Pro BTP, à l'adresse suivante :

**Intercession Pro BTP,
7, rue du Regard,
75006 Paris**

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la première réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), ou l'intercesseur de Pro BTP n'ont 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

XVIII. Le texte suivant de l'article 22 « Section financière et réserve » :

- « La réserve du "régime standard de frais médicaux collectifs" est alimentée au 31 décembre de l'exercice :
- par l'affectation du solde des "comptes du régime" tels que définis aux articles 23.1 du présent règlement et du règlement des compléments collectifs "Renfort dépassements d'honoraires" ;

- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion correspondants ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des excédents des comptes définis à l'article 23.1 des règlements "des frais médicaux individuels des actifs", "des frais médicaux individuels des retraités", "des améliorations de garanties de frais médicaux" et "des extensions familiales de frais médicaux". »

est remplacé par :

- « La réserve du "régime standard de frais médicaux collectifs" est alimentée au 31 décembre de l'exercice :
- par l'affectation du solde du "compte du régime" tel que défini à l'article 23.1 du présent règlement ;
 - le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion ;
 - le cas échéant, par l'affectation d'une partie des excédents des comptes définis à l'article 23.1 des règlements "des frais médicaux individuels des actifs", "des frais médicaux individuels des retraités", "des améliorations de garanties de frais médicaux" et "des extensions familiales de frais médicaux". »

XIX. Le texte introductif suivant à l'article 23 « Comptes de résultats » :

- « Pour la section financière définies à l'article 22, les opérations sont suivies dans trois comptes : »

est remplacé par :

- « Pour la section financière définie à l'article 22, les opérations sont suivies dans trois comptes : »

XX. Le texte du sous-article 23.1 « Le "Compte du régime" » est intégralement remplacé par :

- « Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :
- a) Les cotisations acquises des entreprises adhérentes au titre de la présente section financière ;
 - b) Les autres produits techniques, incluant notamment d'éventuelles majorations et pénalités de retard ;
 - c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
 - d) Les produits nets des placements de la présente section financière ;
 - e) Le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au « compte du régime » comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la présente section financière ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Les autres charges techniques ;
- 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 entreprises adhérentes au titre de la présente section financière ;
- g) Une contribution au financement de remises de cotisations en faveur des anciens participants lorsqu'ils adhèrent au régime des frais médicaux individuels des retraités, dans les conditions définies par le conseil d'administration ;

f) Un prélèvement sur les cotisations pour le financement du compte d'action sociale Santé (tel que défini à l'article 23.3 du présent règlement), dans les conditions fixées par le conseil d'administration et dans la limite de 0,75 % des cotisations acquises des adhérents au titre de la présente section financière ;

g) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24 ;

h) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire d'affecter le solde de ce compte à la réserve définie à l'article 22. »

XXI. Le texte de l'article 24 « Provision pour participation aux excédents » est intégralement remplacé par :

« Il est constitué une provision pour participation aux excédents au titre de la section financière définie à l'article 22.

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 et des charges visées aux g et h).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des entreprises adhérentes et des adhérents relevant de la section financière. Elle doit être utilisée à leur profit exclusif.

Toute décision d'utilisation de la provision pour participation aux excédents relève d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance. Elle peut notamment prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties du présent règlement en faveur des salariés affiliés et de leurs ayants droit ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des entreprises adhérentes et des salariés affiliés ;
- l'octroi d'aides financières à destination des entreprises et/ou des salariés affiliés et de leurs ayants droit, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des salariés affiliés et de leurs ayants droit ;
- la prise en charge de certaines actions de prévention.

La provision pour participation doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

Titre XVII Annexe. Dispositions spécifiques aux groupes fermés non-cadres, cadres et ETAM

Les modifications suivantes sont apportées à l'annexe « Dispositions spécifiques aux groupes fermés non-cadres, cadres et ETAM » :

I. Le titre de l'article 2 « Adhésion des entreprises » est remplacé par article 2 « Champ d'application, entreprises éligibles ».

II. À l'article 2 « Champ d'application », entreprises éligibles, le paragraphe suivant du a « Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres (groupe fermé)" » :

« Par exception, les entreprises qui, avant le 31 octobre 2016, avaient choisi de couvrir leurs salariés dans le cadre d'une "option régionale" en coassurance avec la MBTPSE peuvent adhérer pour cette même catégorie de salariés aux options PCE1, PCE2 ou PCE3 jusqu'au 1^{er} janvier 2022. Au-delà de cette date, seules des entreprises qui relèvent d'un groupe dans lequel des salariés sont couverts par les options PCE1, PCE2 ou PCE3, peuvent continuer à adhérer à ces options à des fins d'harmonisation. »

est remplacé par :

« Par exception, les entreprises qui, avant le 31 octobre 2016, avaient choisi de couvrir leurs salariés dans le cadre d'une "option régionale" en coassurance avec la MBTPSE ont pu adhérer pour cette même catégorie de salariés aux options PCE1, PCE2 ou PCE3 jusqu'au 1^{er} janvier 2022. Depuis cette date, seules des entreprises qui relèvent d'un groupe dans lequel des salariés sont couverts par les options PCE1, PCE2 ou PCE3, peuvent continuer à adhérer à ces options à des fins d'harmonisation. »

III. À l'article 2 « Champ d'application, entreprises éligibles », le paragraphe suivant du *b* « Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des cadres (groupe fermé)" » :

« Par exception, les entreprises qui, avant le 31 octobre 2016, avaient choisi de couvrir leurs salariés dans le cadre d'une "option régionale" en coassurance avec la MBTPSE peuvent adhérer pour cette même catégorie de salariés aux options PCE1, PCE2 ou PCE3 jusqu'au 1^{er} janvier 2022. Au-delà de cette date, seules des entreprises qui relèvent d'un Groupe dans lequel des salariés sont couverts par les options PCE1, PCE2 ou PCE3, peuvent continuer à adhérer à ces options à des fins d'harmonisation. »

est remplacé par :

« Par exception, les entreprises qui, avant le 31 octobre 2016, avaient choisi de couvrir leurs salariés dans le cadre d'une "option régionale" en coassurance avec la MBTPSE ont pu adhérer pour cette même catégorie de salariés aux options PCE1, PCE2 ou PCE3 jusqu'au 1^{er} janvier 2022. Depuis cette date, seules des entreprises qui relèvent d'un groupe dans lequel des salariés sont couverts par les options PCE1, PCE2 ou PCE3, peuvent continuer à adhérer à ces options à des fins d'harmonisation. »

IV. À l'article 5 « Date d'effet et modification de l'adhésion », le paragraphe suivant du *a* « Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres (groupe fermé)" » :

« La date d'effet de toute modification ultérieure de l'adhésion est fixée, selon la cadence de versement des cotisations dont relève l'entreprise, au premier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande. »

est remplacé par :

« La date d'effet de toute modification ultérieure de l'adhésion est fixée :
– par défaut au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande ;
– ou sur demande expresse au 1^{er} jour de tout mois ultérieur spécifié par l'entreprise. »

V. À l'article 5 « Date d'effet et modification de l'adhésion », le paragraphe suivant du *b* « Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux Collectifs des cadres (groupe fermé)" » :

« La date d'effet de toute modification ultérieure de l'adhésion est fixée, selon la cadence de versement des cotisations dont relève l'entreprise, au premier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande. »

est remplacé par :

- « La date d'effet de toute modification ultérieure de l'adhésion est fixée :
 - par défaut au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande ;
 - ou sur demande expresse au 1^{er} jour de tout mois ultérieur spécifié par l'entreprise. »

VI. À l'article 5 « Date d'effet et modification de l'adhésion », le paragraphe suivant du c « Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé)" » :

- « La date d'effet de toute modification ultérieure de l'adhésion est fixée, selon la cadence de versement des cotisations dont relève l'entreprise, au premier jour du mois ou du trimestre civil suivant la date de réception de la demande. »

est remplacé par :

- « La date d'effet de toute modification ultérieure de l'adhésion est fixée :
 - par défaut au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande ;
 - ou sur demande expresse au 1^{er} jour de tout mois ultérieur spécifié par l'entreprise. »

VII. À l'article 6 « Cotisations », le paragraphe suivant du b « Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des cadres (groupe fermé)" » :

Dans le sous-article 6.1, les deux derniers paragraphes sont remplacés par les paragraphes suivants :

- « Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération :
 - si l'entreprise relève du mode direct c'est-à-dire, lorsque la fraction des cotisations due au titre des indemnités de congés payés (y compris primes conventionnelle de congés) est recouvrée par BTP- Prévoyance auprès de la caisse congés intempéries BTP, l'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique à l'employeur pour le régime national de prévoyance des cadres :
 - dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale à un plafond de la sécurité sociale ;
 - sous déduction des indemnités de congés payés versées par la caisse congés intempéries BTP ;
 - il appartient à l'entreprise de proratiser l'application du plafond pour tenir compte de la part déclarée par la caisse congés intempéries BTP ;
 - si l'entreprise relève du mode déclaratif, l'assiette des cotisations est la même que celle qui s'applique à l'employeur au titre du régime national de prévoyance des cadres, dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale à un plafond de la sécurité sociale. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations. »

est remplacé par :

Dans le sous-article 6.1, les quatre derniers paragraphes sont remplacés par les paragraphes suivants :

- « Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération :
 - si l'entreprise relève du mode direct c'est-à-dire, lorsque la fraction des cotisations due au titre des indemnités de congés payés (y compris primes conventionnelle de congés) est recouvrée par BTP- Prévoyance auprès de la caisse congés intempé-

ries BTP, l'assiette des cotisations dues par l'entreprise est celle des cotisations de sécurité sociale, telle que définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale.

L'entreprise est tenue d'inclure dans l'assiette de cotisations le montant total des revenus de remplacement qu'elle verse aux salariés affiliés, notamment au bénéfice de ceux placés en position d'activité partielle (dans ce cas, il s'agit des indemnités légales d'activité partielle et, le cas échéant, des indemnités complémentaires versées par l'employeur en application d'une décision unilatérale ou d'un accord collectif).

Ne sont pas incluses dans l'assiette des cotisations le montant total des indemnités versées par la caisse congés Intempéries BTP, comprenant notamment les indemnités de congés payés, les primes de vacances, les jours de fractionnement et les jours d'ancienneté... ;

- si l'entreprise relève du mode déclaratif, l'assiette des cotisations dues par l'entreprise est celle des cotisations de sécurité sociale, telle que définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale à un plafond de la sécurité sociale.

L'entreprise est tenue d'inclure dans l'assiette de cotisations le montant total des revenus de remplacement qu'elle verse aux salariés affiliés, notamment au bénéfice de ceux placés en position d'activité partielle (dans ce cas, il s'agit des indemnités légales d'activité partielle et, le cas échéant, des indemnités complémentaires versées par l'employeur en application d'une décision unilatérale ou d'un accord collectif).

Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations. »

VIII. À l'article 6 « Cotisations », le paragraphe suivant du c « Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé)" » :

Dans le sous-article 6.1 :

Le premier alinéa est remplacé comme suit :

« Les cotisations sont calculées sur une base mensuelle. »

Sont supprimés les deux derniers paragraphes commençant par « Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de salaire » et se terminant par « pour tenir compte de la part des congés payés »,

est remplacé par :

Dans le sous-article 6.1 :

Le premier alinéa est remplacé comme suit :

« Les cotisations sont calculées sur une base mensuelle. »

Sont supprimés les quatre derniers paragraphes commençant par « Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de salaire » et se terminant par « pour tenir compte de la part des congés payés ».

Titre XVIII Règlement des compléments collectifs

« Renfort dépassements d'honoraires »

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « Compléments collectifs "Renfort dépassements d'honoraires" » :

X. Le texte suivant de l'article 3 « Modalités de l'adhésion » :

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

En fonction du calendrier de déploiement de nouvelles technologies en 2022, l'adhésion au règlement pourra être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet, l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides.

Après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui seront adressés par courrier électronique.

Le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Durant le processus d'adhésion au règlement, l'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, et à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« L'acte d'adhésion ou sa modification ultérieure se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion par l'entreprise. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

XI. Le titre de l'article 5 « Date d'effet et modification dans le niveau de garanties résultantes » est remplacé par article 5 « Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure dans le niveau des garanties ».

XII. Le texte de l'article 5 « Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure dans le niveau des garanties » est intégralement remplacé par :

« La date d'effet de l'adhésion initiale est fixée :

- par défaut au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande ;
- ou sur demande expresse au 1^{er} jour de tout mois ultérieur spécifié par l'entreprise.

Lorsque l'employeur souhaite modifier son adhésion :

- pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment retenue, cette modification prend effet au 1^{er} janvier de l’année suivante, sous réserve d’avoir été signifiée à l’institution au moins deux mois auparavant, par courrier recommandé, recommandé électronique ou remise en main propre datée et contresignée ;
- pour une option dont le niveau est supérieur à celle précédemment retenue, cette modification prend effet :
 - par défaut, au premier jour du mois qui suit la demande ;
 - ou sur choix de l’entreprise, au premier jour de tout mois ultérieur spécifié par l’entreprise, et au plus tard au 1^{er} janvier suivant.

L’adhésion initiale (ou sa modification ultérieure) est conclue pour une période de douze mois à compter de sa date d’effet. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :

- jusqu’au 31 décembre de l’exercice (n + 1) suivant l’exercice de prise d’effet (n) ;
 - puis annuellement jusqu’au 31 décembre de chaque exercice,
- sauf terme anticipé de l’adhésion, tel que défini dans l’article 8 du présent règlement. »

XIII. Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le paragraphe suivant :

- « Les prestations du “Renfort dépassement d’honoraires” sont toujours complémentaires, dans la limite des frais réels, des remboursements effectués :
- par le régime de base d’assurance maladie dont relève le salarié ou son ayant droit ;
 - et par le “Socle responsable”. »

est remplacé par :

- « Les prestations du “Renfort dépassement d’honoraires” sont toujours complémentaires, dans la limite des frais réels, des remboursements effectués :
- par le régime obligatoire d’assurance maladie français dont relève le Salarié ou son ayant droit ;
 - et par le “Socle responsable”. »

Le paragraphe suivant :

- « En cas de soins dispensés à l’étranger, les dépenses faisant l’objet d’une prise en charge par le régime de base d’assurance maladie dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu’en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties “OPTAM” ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l’OPTAM. »

est remplacé par :

- « En cas de soins dispensés à l’étranger, les dépenses faisant l’objet d’une prise en charge par le régime obligatoire d’assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu’en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la

base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

et à la suite de ce paragraphe, le texte suivant est ajouté :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire ne font l'objet d'aucun remboursement. »

XIV. Le paragraphe suivant de l'article 14 « Plancher de versement de la prestation » :

« Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une "Garantie résultante" est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 €, valeur au 1^{er} janvier 2022. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

est remplacé par :

« Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une "Garantie résultante" est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 €, valeur au 1^{er} janvier 2023. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

IX. À la fin de l'article 20 « Règlementation LCB-FT », le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

XV. Le paragraphe suivant du texte introductif de l'article 21 « Information des entreprises adhérentes et des salariés » :

« L'entreprise adhérente peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édictés postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édictés postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

XVI. Le texte de l'article 22 « Section financière et réserve » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Le suivi des opérations nées du présent règlement est réalisé dans le cadre des dispositions des articles 22 à 24 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs. »

XVII. L'article 23 « Comptes de résultats » est supprimé.

Titre XIX Règlement de la section financière des contrats sur mesure de frais médicaux

Il est créé un nouveau règlement intitulé « Règlement de la section financière des contrats sur mesure de frais médicaux ».

Le contenu de ce règlement est le suivant :

« Règlement de la section financière des contrats sur mesure de frais médicaux

Article 1^{er} | Objet

Conformément à ses statuts, BTP-Prévoyance peut être amenée à conclure des contrats sur mesure avec des entreprises (ou d'autres organisations collectives ayant compétence à cet effet), afin d'assurer la couverture de frais médicaux au bénéfice de leurs salariés (ou membres), ainsi le cas échéant que de leurs anciens salariés et de leurs ayants droit.

Pour chacun de ces contrats sur mesure, les droits et obligations sont définis dans les conditions générales et conditions particulières du contrat.

Articles 2 à 21 | Réservés

Article 22 | Section financière et réserve

Pour le suivi des opérations nées des contrats sur mesure de frais médicaux, il est institué une section financière spécifique dans les comptes de l'institution.

La réserve de la section financière des contrats sur mesure de frais médicaux est alimentée au 31 décembre de l'exercice :

- par l'affectation du solde du "compte des opérations contractuelles" tel que défini à l'article 23.1 du présent règlement ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des excédents des comptes définis à l'article 23.1 des règlements "des frais médicaux individuels des actifs" et "des frais médicaux individuels des retraités".

Article 23 | Comptes de résultats

Pour la section financière définie à l'article 22, les opérations sont suivies dans deux comptes :

23.1. Le "Compte des opérations contractuelles"

Ce compte reprend l'ensemble des produits et charges résultant des dispositions contractuelles des contrats sur mesure de frais médicaux.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire d'affecter le solde du compte des opérations contractuelles à la réserve définie à l'article 22.

23.2. Le "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.

À cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations des contrats sur mesure de frais médicaux, conformément aux dispositions définies dans chaque contrat.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d'administration) d'affecter le résultat annuel du compte de gestion de la section financière susvisée. »

Titre XX Règlements de surcomplémentaires « Amplitude » : améliorations de garanties

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « Frais médicaux amplitude. Améliorations de garanties » :

I. À l'article 1^{er} « Objet. Définitions », le texte suivant :

« Les garanties prises en charge par le règlement des "Frais médicaux amplitude. Améliorations de garanties" s'entendent après déduction :

- des dépenses prises en charge par le régime de sécurité sociale dont relèvent l'adhérent et ses ayants droit ;
- des dépenses de santé prises en charge au titre du socle collectif. »

est remplacé par :

« Les garanties prises en charge par le règlement des "Frais médicaux amplitude. Améliorations de garanties" s'entendent après déduction :

- des dépenses prises en charge par le régime obligatoire de sécurité sociale français dont relèvent l'adhérent et ses ayants droit ;
- des dépenses de santé prises en charge au titre du socle collectif. »

II. À l'article 3 « Modalités d'adhésion », les paragraphes suivants :

« La décision du salarié de bénéficier d'améliorations de garantie se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

En fonction du calendrier de déploiement de nouvelles technologies en 2022, l'adhésion au règlement pourra être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet, l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides.

Après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui seront adressés par courrier électronique.

Le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Durant le processus d'adhésion au règlement, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

sont remplacés par :

« La décision du salarié de bénéficier d'améliorations de garanties, ou d'en modifier le niveau, se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

La signature du bulletin d'adhésion au règlement peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides ;
- après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

et le texte suivant :

« Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-Prévoyance (ou aux services de Pro BTP) par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale ;
- et 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 de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation. »

est remplacé par :

« Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-Prévoyance (ou aux services de Pro BTP) par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale ;
- et 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 de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation. »

III. Le titre de l'article 5 « Date d'effet, modifications dans le niveau de garanties résultantes » est remplacé par l'article 5 « Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure dans le niveau des garanties ».

IV. Le titre du sous-article 5.1 « Date d'effet de l'adhésion » est remplacé par 5.1 « Date d'effet de l'adhésion initiale ».

V. Le texte suivant du sous-article 5.1 « Date d'effet de l'adhésion initiale » :

« La date d'effet de l'adhésion aux améliorations de garanties est spécifiée sur le bulletin d'adhésion.

Cette date est fixée au plus tôt au premier jour qui suit la demande d'adhésion et ne peut être rétroactive.

Par exception, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit l'affiliation au socle collectif, cette date peut être fixée à la demande de l'adhérent rétroactivement au jour de son affiliation.

L'adhésion est conclue pour une période de douze mois à compter de la date de l'adhésion. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n + 1) suivant l'exercice d'adhésion (n) ;

– puis annuellement jusqu’au 31 décembre de chaque exercice,
sauf terme anticipé de l’adhésion, tel que défini dans l’article 8 du présent règlement. »

est remplacé par :

« La date d’effet de l’adhésion initiale est spécifiée sur le bulletin d’adhésion.
Cette date est fixée au plus tôt au premier jour qui suit la demande d’adhésion et ne peut être rétroactive.
Par exception, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit l’affiliation au socle collectif, cette date peut être fixée à la demande de l’adhérent rétroactivement au jour de son affiliation.
L’adhésion est conclue pour une période de douze mois à compter de sa date d’effet. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :
– jusqu’au 31 décembre de l’exercice (n + 1) suivant l’exercice de prise d’effet (n) ;
– puis annuellement jusqu’au 31 décembre de chaque exercice,
sauf terme anticipé de l’adhésion, tel que défini dans l’article 8 du présent règlement. »

VI. À la fin du sous-article 5.3 « Autres modifications de l’adhésion », le paragraphe suivant est ajouté :

« Tout changement de situation concernant l’affiliation de l’adhérent ou d’un ayant droit au régime local d’assurance maladie d’Alsace-Moselle doit être déclaré à l’institution. Ce changement sera pris en compte à sa date d’effet, à la condition que la demande ait été formulée dans le délai de 60 jours suivant la modification du régime de rattachement. Au-delà, le changement sera pris en compte au premier jour du mois suivant la réception de l’information. »

VII. Le paragraphe suivant de l’article 6 « Détermination des cotisations » :

« La cotisation annuelle est définie dans l’annexe tarifaire jointe au présent règlement. »

est remplacé par :

« La cotisation annuelle est définie dans l’annexe tarifaire. »

VIII. Au sous-article 8.1.a « Terme de l’adhésion à l’initiative de l’adhérent », le paragraphe suivant :

« Tout salarié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l’institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l’article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale. »

est remplacé par :

« Tout salarié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l’institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l’article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale. »

et le texte suivant :

« La résiliation est également possible à l’initiative de l’adhérent dans les conditions suivantes :
– au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l’adhérent relève d’une des situations suivantes :
– l’adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l’envoi d’une communication l’informant d’une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (“ONDAM”) ou d’une diminution des droits nés du présent règlement ;

- l’adhérent 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, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l’article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale, si les dates limites d’exercice du droit à résiliation n’ont pas été rappelées à l’adhérent dans son avis annuel d’échéance de cotisations ;
- à la date du premier anniversaire de l’adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l’exercice) sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l’institution au moins deux mois auparavant. »

est remplacé par :

- « La résiliation est également possible à l’initiative de l’adhérent dans les conditions suivantes :
- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l’adhérent relève d’une des situations suivantes :
 - l’adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l’envoi d’une communication l’informant d’une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (« ONDAM ») ou d’une diminution des droits nés du présent règlement ;
 - l’adhérent 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, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l’article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale, si les dates limites d’exercice du droit à résiliation n’ont pas été rappelées à l’adhérent dans son avis annuel d’échéance de cotisations ;
 - à la date du premier anniversaire de l’adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l’exercice) sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l’institution au moins deux mois auparavant. »

IX. Le paragraphe suivant du sous-article 8.1.b « Résiliation à l’initiative de l’institution » :

« En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d’adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation peut être prononcée sans préavis par l’institution. 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. »

est remplacé par :

« En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d’adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation de l’adhésion peut être prononcée sans préavis par l’institution. 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. »

X. Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :

- « Sauf stipulation contraire figurant dans l’annexe des garanties ou résultant des dispositions de l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, 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 ; »

est remplacé par :

« Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

– sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ; »

le texte suivant :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime de base d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

est remplacé par :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

et à la suite de ce paragraphe, le texte suivant est ajouté :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire ne font l'objet d'aucun remboursement. »

XI. Le paragraphe suivant de l'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 €, valeur au 1^{er} janvier 2022. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

est remplacé par :

« 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 €, valeur au 1^{er} janvier 2023. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

X. À la fin de l'article 20 « Règlementation LCB-FT », le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

XII. Le paragraphe suivant du texte introductif de l'article 21 « Information des adhérents » :

« L'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

XIII. Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations et que la réponse apportée ne le satisfait pas, et pour le règlement de litige extrajudiciaire, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

est remplacé par :

« L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu’aucune procédure judiciaire n’ait été engagée ou soit sur le point de l’être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d’un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

XIV. Le texte du sous-article 23.1 « Le “Compte du régime” », est intégralement remplacé par :

« Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) Les cotisations individuelles acquises des adhérents ;
- b) Les autres produits techniques ;
- c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Les produits nets des placements au titre du présent règlement ;
- e) Le produit d’impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l’exercice écoulé.

Les charges imputées au “compte du régime” comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre du présent règlement ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Les autres charges techniques ;
- 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 18 % des cotisations acquises des adhérents ;
- e) Un prélèvement sur les cotisations pour le financement du compte d’action sociale Santé (tel que défini à l’article 23.3 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs), dans les conditions fixées par le conseil d’administration et dans la limite de 0,75 % des cotisations acquises des adhérents ;
- f) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l’article 24 ;
- g) La charge d’impôt qui découle, s’il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l’exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté, par décision de la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d’administration) :

- a) Lorsqu’il est excédentaire, pour tout ou partie :
 - à la réserve du régime standard de frais médicaux collectifs ;
 - à la réserve de la section financière des contrats sur mesure de frais médicaux collectifs ;
- b) Pour le solde, à la réserve définie à l’article 22. »

XV. Le texte de l’article 24 « Provision pour participation aux excédents », est intégralement remplacé par :

« Il est constitué une provision pour participation aux excédents au titre de la présente section financière.

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 et des charges visées aux f et g).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des adhérents relevant de la section financière. Elle doit être utilisée à leur profit exclusif.

Toute décision d'utilisation de la provision pour participation aux excédents relève d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance. Elle peut notamment prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des adhérents et de leurs ayants droit ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des membres adhérents ;
- l'octroi d'aides financières à destination des adhérents et de leurs ayants droit, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des adhérents et de leurs ayants droits ;
- la prise en charge de certaines actions de prévention.

La provision pour participation doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

Titre XXI Règlements de surcomplémentaires « Amplitude » : extension familiale

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « Frais médicaux Amplitude. Extension familiale » :

I. À l'article 3 « Modalités d'adhésion », les paragraphes suivants :

« La décision du salarié de faire bénéficier ses ayants droit (conjoint et/ou enfants à charge) d'une extension familiale se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

En fonction du calendrier de déploiement de nouvelles technologies en 2022, l'adhésion au règlement pourra être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet, l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides.

Après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui seront adressés par courrier électronique.

Le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Durant le processus d'adhésion au règlement, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

sont remplacés par :

« La décision du salarié de faire bénéficier ses ayants droit (conjoint et/ou enfants à charge) d'une extension familiale se formalise par la signature d'un bulletin d'adhé-

sion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

La signature du bulletin d'adhésion au règlement peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides ;
- après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

et le texte suivant :

« Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-Prévoyance (ou aux services de Pro BTP) par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale ; »

est remplacé par :

« Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-Prévoyance (ou aux services de Pro BTP) par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale ; »

II. Le paragraphe suivant de l'article 4 « Bénéficiaires » :

« 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. »

est remplacé par :

« Dans tous les cas, la couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise, ou étudiants relevant des dispositions de l'article 4.2. »

III. Le texte du sous-article 4.1 « Notion de conjoint du salarié » est intégralement remplacé par :

« 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'une couverture de protection sociale complémentaire au titre d'une autre personne que l'adhérent ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
 - c) L'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union) ;

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

IV. Le texte suivant du sous-article 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. »

est remplacé par :

« 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 (en France, dans un autre pays de l'espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d'Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale. »

V. Le titre de l'article 5 « Date d'effet, modifications de l'adhésion » est remplacé par l'article 5 « Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure ».

VI. Le texte du sous-article 5.1 « Date d'effet de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

« La date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au plus tôt au premier jour du mois qui suit la réception de 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 salarié rétroactivement au jour de son affiliation.

L'adhésion initiale (ou sa modification ultérieure) est conclue pour une période de douze mois à compter de sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n + 1) suivant l'exercice de prise d'effet (n) ;
 - puis annuellement jusqu'au 31 décembre de chaque exercice,
- sauf terme anticipé de l'adhésion, tel que défini dans l'article 8 du présent règlement. »

VII. À la fin du sous-article 5.3 « Autres modifications de l'adhésion », le paragraphe suivant est ajouté :

« Tout changement de situation concernant l'affiliation de l'adhérent ou d'un ayant droit au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle doit être déclaré à l'institution. Ce changement sera pris en compte à sa date d'effet, à la condition que la demande ait été formulée dans le délai de 60 jours suivant la modification du régime

de rattachement. Au-delà, le changement sera pris en compte au premier jour du mois suivant la réception de l'information. »

VIII. Le texte du sous-article 6.1 « Règles générales de fixation des cotisations » est intégralement remplacé par :

« Le montant de la cotisation annuelle est défini dans l'annexe tarifaire. 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, apprécié au 31 décembre de l'exercice ;
- du lieu de résidence de l'adhérent (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 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration. »

IX. Le premier paragraphe suivant du sous-article 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 amélioration de garanties de frais médicaux) auprès de BTP-Prévoyance ou d'une des entités relevant des comptes combinés de l'institution. »

est remplacé par :

« Pour tout nouveau bénéficiaire, 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 relève d'une couverture santé individuelle simultanément :

- assurée (hors amélioration de garanties de frais médicaux) par BTP-Prévoyance ou par une des entités relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP ;
- gérée par l'institution ou par l'association de moyens Pro BTP. »

X. Le texte introductif du sous-article 8.1 « Terme de l'adhésion », est intégralement remplacé par :

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

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;
- 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) ;
- automatiquement : au jour du décès du dernier bénéficiaire, ou à compter du jour où il ne relève plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. »

XI. Au sous-article 8.1.a « Résiliation à l'initiative de l'adhérent », le paragraphe suivant :

« Tout Salarié affilié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale. »

est remplacé par :

« Tout Salarié affilié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale. »

et le texte suivant :

« La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
 - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
 - les bénéficiaires de la couverture ont été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
 - 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, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale, si les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisations,
- à la date du premier anniversaire de l'adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l'exercice), sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant. »

est remplacé par :

« La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
 - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
 - les bénéficiaires de la couverture ont été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
 - 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, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale, si les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisations ;

- à la date du premier anniversaire de l’adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l’exercice), sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l’institution au moins deux mois auparavant. »

XII. Le paragraphe suivant du sous-article 8.1.b « Résiliation à l’initiative de l’institution » :

« En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d’adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation peut être prononcée sans préavis par l’institution. 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. »

est remplacé par :

« En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d’adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation de l’adhésion peut être prononcée sans préavis par l’institution. 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. »

XIII. Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :

« Sauf stipulation contraire figurant dans l’annexe des garanties ou résultante des dispositions de l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, 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 ; »

est remplacé par :

« Sauf stipulation contraire figurant dans l’annexe des garanties ou résultante des dispositions de l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les prestations médicales, pharmaceutiques et d’hospitalisation :

- sont toujours complémentaires d’un remboursement effectué par le régime obligatoire d’assurance maladie français dont relève le bénéficiaire dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ; »

le texte suivant :

« En cas de soins dispensés à l’étranger, les dépenses faisant l’objet d’une prise en charge par le régime de base d’assurance maladie dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu’en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties “OPTAM” ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l’OPTAM. »,

est remplacé par :

« En cas de soins dispensés à l’étranger, les dépenses faisant l’objet d’une prise en charge par le régime obligatoire d’assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu’en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la

base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

et à la suite de ce paragraphe, le texte suivant est ajouté :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire ne font l'objet d'aucun remboursement. »

XIV. Le paragraphe suivant de l'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 €, valeur au 1^{er} janvier 2022. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

est remplacé par :

« 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 €, valeur au 1^{er} janvier 2023. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

XI. À la fin de l'article 20 « Règlementation LCB-FT », le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

XVI. Le paragraphe suivant du texte introductif l'article 21 « Information des adhérents » :

« L'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

XVII. Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations et que la réponse apportée ne le satisfait pas, et pour le règlement de litige extrajudiciaire, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu’aucune procédure judiciaire n’ait été engagée, ou soit sur le point de l’être. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

est remplacé par :

- « L’adhérent est informé :
- qu’après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l’envoi de la première réclamation écrite, il peut s’adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
 - soit à l’adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**
 - soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
 - que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu’aucune procédure judiciaire n’ait été engagée, ou soit sur le point de l’être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d’un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

XVIII. Le texte du sous-article 23.1 « Le “Compte du régime” », est intégralement remplacé par :

- « Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :
- a) Les cotisations individuelles acquises des adhérents ;
 - b) Les autres produits techniques ;
 - c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
 - d) Les produits nets des placements au titre du présent règlement ;
 - e) Le produit d’impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l’exercice écoulé.
- Les charges imputées au “compte du régime” comprennent :
- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre du présent règlement ;
 - b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
 - c) Les autres charges techniques ;
 - 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 15 % des cotisations acquises des adhérents avant réductions au titre des mesures définies à l’article 6.3 ;

e) Un prélèvement sur les cotisations pour le financement du compte d'action sociale santé (tel que défini à l'article 23.3 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs), dans les conditions fixées par le conseil d'administration et dans la limite de 0,75 % des cotisations acquises des adhérents ;

f) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24 ;

g) La charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté, par décision de la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d'administration) :

a) lorsqu'il est excédentaire, pour tout ou partie :

- à la réserve du régime standard de frais médicaux collectifs ;
- à la réserve de la section financière des contrats sur mesure de frais médicaux collectifs ;

b) Pour le solde, à la réserve définie à l'article 22. »

Titre XXII Règlement des frais médicaux individuels des retraités

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « frais médicaux individuels des retraités » :

I. Le paragraphe suivant de l'article 1^{er} « Objet » :

« Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge de retraités et, le cas échéant, de leurs ayants droit par le régime de sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé. »

est remplacé par :

« Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge de retraités et, le cas échéant, de leurs ayants droit par le régime obligatoire de sécurité sociale français dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé. »

II. Le texte suivant de l'article 2 « Adhérents » :

« Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les anciens participants de l'institution (et de manière générale tous les anciens salariés du BTP), à compter de la date d'ouverture de leur dossier d'instruction de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO ou s'ils ont atteint l'âge défini au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale. Pour ces ressortissants, l'adhésion est possible jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 75 ans ou, si la liquidation de leur retraite complémentaire AGIRC-ARRCO intervient au-delà, dans les 12 mois qui s'ensuivent ;
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à une couverture de frais médicaux de l'institution qui remplissent l'ensemble des conditions suivantes :

- ils sont allocataires du régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO (au titre de droits directs ou d'une pension de réversion) ou ils ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ;
- ils ont été reconnus bénéficiaires des garanties santé de BTP-Prévoyance avec leur propre numéro de sécurité sociale ;
- et ils ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès de l'adhérent, divorce, rupture de Pacs, séparation de corps) ;
- les anciens salariés qui ont cessé leur activité dans une entreprise du BTP, s'ils sont bénéficiaires du dispositif de cessation anticipée d'activité liée à l'amiante.

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

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

est remplacé par :

« Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les anciens participants de l'institution (et de manière générale tous les anciens salariés du BTP), à compter de la date d'ouverture de leur dossier d'instruction de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO ou s'ils ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale. Pour ces ressortissants, l'adhésion est possible jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 75 ans ou, si la liquidation de leur retraite complémentaire AGIRC-ARRCO intervient au-delà, dans les 12 mois qui s'ensuivent ;
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à une couverture de frais médicaux de l'institution qui remplissent l'ensemble des conditions suivantes :
 - ils sont allocataires du régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO (au titre de droits directs ou d'une pension de réversion) ou ils ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ;
 - ils ont été reconnus bénéficiaires des garanties santé de BTP-Prévoyance avec leur propre numéro de sécurité sociale ;
 - et ils ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès de l'adhérent, divorce, rupture de Pacs, séparation de corps) ;
- les anciens salariés qui ont cessé leur activité dans une entreprise du BTP, s'ils sont bénéficiaires du dispositif de cessation anticipée d'activité liée à l'amiante ;
- les anciens bénéficiaires de la couverture "Complémentaire santé solidaire" (CSS), quel que soit leur âge, s'ils remplissent les conditions suivantes :
 - leur couverture CSS a été résiliée depuis moins de douze mois ;
 - et ils ont été couverts par l'institution au cours des cinq dernières années.

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise.

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

III. Au sous-article 3.1 « Nouvelle adhésion individuelle auprès de BTP-Prévoyance », les paragraphes suivants :

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

En fonction du calendrier de déploiement de nouvelles technologies en 2022, l'adhésion au règlement pourra être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet, l'adhérent

doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides.

Après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui seront adressés par courrier électronique.

Le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Durant le processus d'adhésion au règlement, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

sont remplacés par :

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

La signature du bulletin d'adhésion au règlement peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :

- l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides ;
- après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

et le texte suivant :

« Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-Prévoyance (ou aux services de Pro BTP) par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale,
- et 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 de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation. »

est remplacé par :

« Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-Prévoyance (ou aux services de Pro BTP) par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale ;
- et 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 de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation. »

IV. Le paragraphe suivant de l'article 4 « Bénéficiaires » :

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

est remplacé par :

« La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise, ou étudiants relevant des dispositions de l'article 4.2. »

V. Le texte du sous-article 4.1 « Notion de conjoint de l'adhérent » est intégralement remplacé par :

« 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'une couverture de protection sociale complémentaire au titre d'une autre personne que l'adhérent ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
 - c) L'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union) ;
 - d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que l'adhérent. »

VI. Le texte suivant du sous-article 4.2 « Notion d'enfant à charge » :

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

Sont également considérés à charge les enfants nés de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, 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. »

est remplacé par :

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

Sont également considérés à charge les enfants nés de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, 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 (en France, dans un autre pays de l'espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d'Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale. »

VII. Le titre de l'article 5 « Date d'effet, modifications de l'adhésion » est remplacé par l'article 5 « Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure ».

VIII. Le titre du sous-article 5.1 « Date d'effet de l'adhésion » est remplacé par 5.1 « Date d'effet de l'adhésion initiale ».

IX. Le texte suivant du sous-article 5.1 « Date d'effet de l'adhésion initiale » :

« L'adhésion est conclue pour une période de douze mois à compter de la date de l'adhésion. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n + 1) suivant l'exercice d'adhésion (n) ;
- puis annuellement jusqu'au 31 décembre de chaque exercice,

sauf terme anticipé de l'adhésion, tel que défini dans l'article 8 du présent règlement. »

est remplacé par :

« L'adhésion initiale est conclue pour une période de douze mois à compter de sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n + 1) suivant l'exercice de prise d'effet (n) ;
- puis annuellement jusqu'au 31 décembre de chaque exercice,

sauf terme anticipé de l'adhésion, tel que défini dans l'article 8 du présent règlement. »

X. À la fin du sous-article 5.3 « Autres modifications de l'adhésion », le paragraphe suivant est ajouté :

« Tout changement de situation concernant l'affiliation de l'adhérent ou d'un ayant droit au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle doit être déclaré à l'institution. Ce changement sera pris en compte à sa date d'effet, à la condition que la demande ait été formulée dans le délai de 60 jours suivant la modification du régime de rattachement. Au-delà, le changement sera pris en compte au premier jour du mois suivant la réception de l'information. »

XI. Le texte suivant du sous-article 6.1 « Règles générales de fixation des cotisations » :

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

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis ;
- du nombre d'adultes couverts ;
- de l'âge de l'adhérent (dans la limite de 67 ans) ;
- de son lieu de résidence (apprécié au premier janvier de l'exercice).

Pour toute adhésion avant l'année d'atteinte des 68 ans, la cotisation annuelle est définie en lecture directe des dispositions de l'annexe tarifaire. Pour toute adhésion à partir de l'âge de 68 ans, la cotisation annuelle est définie en appliquant une majoration aux dispositions de l'annexe tarifaire. Le niveau de cette majoration dépend de l'âge atteint au cours de l'année d'adhésion :

- + 10 % pour les adhésions entre 68 et 70 ans ;
- + 20 % pour les adhésions à partir de 71 ans.

Cette majoration n'est toutefois pas appliquée si l'adhésion intervient avant la fin du 12^e mois qui suit :

- la date de liquidation de retraite AGIRC-ARRCO de l'adhérent ;
- ou, si elle est plus favorable, la date de fin de sa dernière activité salariée (notamment dans le cadre d'un cumul emploi-retraite).

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration. »

est remplacé par :

« Le montant de la cotisation annuelle applicable à l'adhérent est défini dans l'annexe tarifaire.

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis ;
- du nombre d'adultes couverts ;
- de l'âge de l'adhérent apprécié au 31 décembre de l'exercice (dans la limite de 68 ans) ;
- de son lieu de résidence (apprécié au premier janvier de l'exercice).

Pour toute adhésion avant l'exercice où l'adhérent a atteint ses 68 ans, la cotisation annuelle est définie en lecture directe des dispositions de l'annexe tarifaire. Au-delà, la cotisation annuelle est définie en appliquant une majoration aux dispositions de l'annexe tarifaire. Le niveau de cette majoration dépend de l'âge atteint au cours de l'année d'adhésion :

- + 7 % pour les adhésions entre 68 et 70 ans (par exception, aucune majoration n'est applicable pour les adhésions à intervenir en 2023 si l'adhérent a atteint ses 68 ans au cours de l'exercice) ;
- + 18 % pour les adhésions à partir de 71 ans.

Cette majoration n'est toutefois pas appliquée si :

1. l'adhésion intervient avant la fin du 12^e mois qui suit :
 - la date de liquidation de retraite AGIRC-ARRCO de l'adhérent ;
 - ou, si elle est plus favorable, dans les trois mois suivant la date de fin de sa dernière activité salariée (notamment dans le cadre d'un cumul emploi-retraite) ;
2. l'adhérent est un ancien bénéficiaire de la CSS, et remplit les conditions suivantes :
 - sa couverture CSS a été résiliée depuis moins de douze derniers mois,
 - et il a été couvert par l'institution au cours des cinq dernières années.

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration. »

XII. Le texte suivant du sous-article 6.3 « Remises de cotisations à l'adhésion » :

« 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 relève d'une couverture santé individuelle simultanément :

- assurée (hors règlement de frais médicaux amplitude) par BTP-Prévoyance ou par une des entités relevant des comptes combinés de l'institution ;
- gérée par l'institution ou par son sous-traitant l'association de moyens Pro BTP. »

est remplacé par :

« 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 relève d'une couverture santé individuelle simultanément :

- assurée (hors règlement de frais médicaux amplitude) par BTP-Prévoyance ou par une des entités relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP ;
- gérée par l'institution ou par l'association de moyens Pro BTP. »

XIII. Au sous-article 6.6.a « Dispositions générales relatives aux réductions sociales », après le premier paragraphe :

« Dans le cadre de la politique d'action sociale santé mise en œuvre par BTP-Prévoyance, les adhérents peuvent bénéficier d'une réduction sociale sur leur cotisation. »

le texte suivant est ajouté :

« Ces réductions sont décidées annuellement par le conseil d'administration. »

XIV. Le texte du sous-article 6.6.b « Dispositions spécifiques à la "réduction dépendance" » est intégralement remplacé par :

« Une réduction de cotisation est octroyée aux adhérents et à leur conjoint lorsqu'ils bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette réduction de cotisation est appelée "réduction dépendance".

Le droit à "réduction dépendance" est ouvert :

- à compter de la date d'octroi de l'APA par le conseil général, pour les personnes qui en sont devenues bénéficiaires en 2023 ;
- à compter du 1^{er} janvier 2023, pour les personnes qui bénéficiaient déjà de l'APA au 31 décembre 2022 (à la condition qu'ait été transmise à l'institution une pièce justificative prouvant leur droit à APA au cours d'au moins un des exercices 2021 ou 2022).

Le montant mensuel de la "réduction dépendance", tel que défini dans l'annexe sociale, est fonction :

- du lieu de résidence du bénéficiaire de l'APA (à domicile ou en EHPAD) ;
- pour les personnes qui résident à domicile, du niveau de perte d'autonomie apprécié par le conseil général en application de la grille nationale AGGIR.

Pour tout bénéficiaire de la "réduction dépendance", le droit à réduction est irrévocablement acquis jusqu'au 31 décembre 2023 ; par exception, le décès du bénéficiaire de l'APA interrompt automatiquement le droit à réduction.

En cas d'évolution de la situation de dépendance (évolution du niveau de GIR si le bénéficiaire de l'APA réside à domicile, ou installation dans un EHPAD), et sous réserve de transmission d'un justificatif correspondant, le montant de la "réduction dépendance" est actualisé à la date de cette évolution.

En cas de transmission tardive de justificatif de l'ouverture du droit à APA (ou de justificatif d'une évolution de la situation de dépendance), et sous réserve des dispositions de l'avant dernier alinéa de l'article 6.6.a, le droit à « réduction dépendance » est accordé :

- avec une rétroactivité maximale de 24 mois par référence à la date de réception de la pièce correspondante ;
- dans la limite de la durée de couverture au titre du présent règlement. »

XV. Le texte du sous-article 6.7 « Autres réductions de cotisations » est intégralement remplacé par :

« Les adhérents qui, en complément de leur adhésion au présent règlement, ont souscrit simultanément d'autres produits ou services au sein du groupe Pro BTP ont droit à une réduction "multiproduit".

En 2023, cette réduction s'applique :

- pour chaque mois d'abonnement simultané au magazine d'information des retraités du BTP "Le Fil des Ans",
- à hauteur de – 0,50 € par mois (la réduction s'imputant en diminution de la cotisation au titre du présent règlement). »

XVI. Le texte introductif du sous-article 8.1 « Terme de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;
- automatiquement : au jour du décès de l'adhérent, ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. »

XVII. Au sous-article 8.1.a « Résiliation à l'initiative de l'adhérent », le paragraphe suivant :

« Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale. »

est remplacé par :

« Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale. »

et le texte suivant :

« La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
 - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
 - l'adhérent a été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
 - au jour de son affiliation à une couverture obligatoire de frais médicaux d'entreprise, sous réserve que la demande ait été faite au plus tard dans les trois mois suivant cette date, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a été affilié en tant que salarié à la couverture obligatoire de frais médicaux de son entreprise ;
 - l'adhérent a été affilié en tant qu'ayant droit à la couverture obligatoire de frais médicaux de l'entreprise dans laquelle son conjoint exerce une activité salariée.
- Passé le délai de 3 mois après son affiliation, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande ;

- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale, si les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisations ;
- à la date du premier anniversaire de l'adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l'exercice), sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant. »

est remplacé par :

- « La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :
- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
 - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
 - l'adhérent a été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
 - au jour de son affiliation à une couverture obligatoire de frais médicaux d'entreprise, sous réserve que la demande ait été faite au plus tard dans les trois mois suivant cette date, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a été affilié en tant que salarié à la couverture obligatoire de frais médicaux de son entreprise ;
 - l'adhérent a été affilié en tant qu'ayant droit à la couverture obligatoire de frais médicaux de l'entreprise dans laquelle son conjoint exerce une activité salariée.
 Passé le délai de 3 mois après son affiliation, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande ;
 - au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale, si les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisations,
 - à la date du premier anniversaire de l'adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l'exercice), sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant. »

XVIII. Le texte suivant du sous-article 8.1.b « Résiliation à l'initiative de l'institution » :

- « L'institution peut également suspendre les garanties ou mettre un terme à l'adhésion en cours d'exercice, dans le cadre suivant :
- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour BTP-Prévoyance de poursuivre l'exécution de l'engagement né de l'adhésion en justice), l'institution est fondée à émettre une mise en demeure passé un délai de 10 jours après l'échéance. Suite à l'émission de cette mise en demeure, et à défaut de régularisation de la cotisation, l'institution est en droit :
 - de suspendre les garanties, 30 jours après la mise en demeure ;
 - de résilier l'adhésion, au dernier jour du 3^e mois civil qui suit la date d'effet de la suspension, ou au 31 décembre de chaque exercice qui s'ensuit ;
 - la mise en demeure informe l'adhérent des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé. »

est remplacé par :

« L'institution peut également suspendre les garanties ou mettre un terme à l'adhésion en cours d'exercice, dans le cadre suivant :

- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour BTP-Prévoyance de poursuivre l'exécution de l'engagement né de l'adhésion en justice), l'institution est fondée à émettre une mise en demeure passé un délai de 10 jours après l'échéance. Suite à l'émission de cette mise en demeure, et à défaut de régularisation de la cotisation (ou d'accord de règlement), l'institution est en droit :
 - de suspendre les garanties, 30 jours après la mise en demeure ;
 - de résilier l'adhésion, 40 jours après la mise en demeure ;
- la mise en demeure informe l'adhérent des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé. »

XIX. Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :

« Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, 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 ; »

est remplacé par :

« Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ; »

le paragraphe suivant :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime de base d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

est remplacé par :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

et à la suite de ce paragraphe, le texte suivant est ajouté :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire ne font l'objet d'aucun remboursement. »

XX. Le paragraphe suivant de l'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 €, valeur au 1^{er} janvier 2022. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

est remplacé par :

« 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 €, valeur au 1^{er} janvier 2023. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

XXI. Le texte suivant de l'article 16 « Délai de stage et de carence » :

« De manière générale, les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option souscrite.

Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- matériel médical ;
- prothèses auditives ;
- appareillages orthopédiques et autres prothèses.

Les remboursements des options de la gamme nationale sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. Ce plafonnement de remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par BTP-Prévoyance ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de l'institution. »

est remplacé par :

« De manière générale, les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option retenue.

Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- matériel médical ;
- prothèses auditives ;
- appareillages orthopédiques et autres prothèses.

Les remboursements des options de la gamme nationale sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. Ce plafonnement de remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par BTP-Prévoyance ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP. »

XXII. À la fin de l'article 20 « Règlementation LCB-FT », le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

XXIII. Le paragraphe suivant du texte introductif de l'article 21 « Information des adhérents » :

« L'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

XXIV. Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations et que la réponse apportée ne le satisfait pas, et pour le règlement de litige extrajudiciaire, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

est remplacé par :

« L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu’aucune procédure judiciaire n’ait été engagée, ou soit sur le point de l’être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d’un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

XXV. Le texte du sous-article 23.1 « Le “Compte du régime” », est intégralement remplacé par :

« Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) Les cotisations acquises des adhérents ;
- b) Les autres produits techniques ;
- c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;
- d) Les produits nets des placements au titre du présent règlement ;
- e) Le produit d’impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l’exercice écoulé ;
- f) La contribution des régimes de frais médicaux collectifs au financement des remises de cotisations définies à l’article 6.3, dans les conditions définies par le conseil d’administration.

Les charges imputées au “Compte du régime” 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) Les autres charges techniques ;
- 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 à 6.6 ;
- e) Un prélèvement sur les cotisations pour le financement du compte d’action sociale santé (tel que défini à l’article 23.3 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs), dans les conditions fixées par le conseil d’administration et dans la limite de 0,75 % des cotisations acquises des adhérents ;
- f) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l’article 24 ;
- g) La charge d’impôt qui découle, s’il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l’exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté par décision de la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d’administration) :

- a) Lorsqu’il est excédentaire, pour tout ou partie :
 - à la réserve du régime standard de frais médicaux collectifs ;
 - à la réserve de la section financière des contrats sur mesure de frais médicaux collectifs ;
- b) Pour le solde, à la réserve définie à l’article 22. »

XXVI. Le texte de l'article 24 « Provision pour participation aux excédents », est intégralement remplacé par :

« 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 et des charges visées aux f et g).

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

Sur décision du conseil d'administration, la provision pour participation aux excédents peut être utilisée pour l'octroi de garanties en cas de décès en faveur des adhérents et ayants droit de plus de 90 ans, à la condition qu'ils soient couverts par le présent règlement à la date de leur décès.

Toute autre décision d'utilisation de la provision pour participation aux excédents relève d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance. Elle peut prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des adhérents et de leurs ayants droit ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des adhérents ;
- l'octroi d'aides financières à destination des adhérents et de leurs ayants droit, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des adhérents et de leurs ayants droit ;
- la prise en charge de certaines actions de prévention.

La provision pour participation doit être distribuée dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

Titre XXIII 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. Le paragraphe suivant de l'article 1^{er} « Objet » :

« Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge d'actifs et, le cas échéant, de leurs ayants droit, par le régime de sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé. »

est remplacé par :

« Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge d'actifs et, le cas échéant, de leurs ayants droit, par le régime obligatoire de sécurité sociale français dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé. »

II. Le texte suivant de l'article 2 « Adhérents » :

- « L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants :
- qui n'ont pas encore atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale (au-delà, la demande d'adhésion est prise en compte au titre du règlement de frais médicaux individuels retraités) ;
 - et qui sont affiliés à un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.
- Par leur adhésion, ces personnes sont reconnues adhérents de l'institution. »

est remplacé par :

- « L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants :
- qui n'ont pas encore atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale (au-delà, la demande d'adhésion est prise en compte au titre du règlement de frais médicaux individuels retraités) ;
 - et qui relèvent d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise.
- Par leur adhésion, ces personnes sont reconnues adhérents de l'institution. »

III. Au sous-article 3.1 « Nouvelle adhésion individuelle auprès de BTP-Prévoyance », les paragraphes suivants :

- « L'acte d'adhésion se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.
- En fonction du calendrier de déploiement de nouvelles technologies en 2022, l'adhésion au règlement pourra être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet, l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides.
- Après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui seront adressés par courrier électronique.
- Le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.
- Durant le processus d'adhésion au règlement, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

sont remplacés par :

- « L'acte d'adhésion ou sa modification ultérieure se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.
- La signature du bulletin d'adhésion au règlement peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet :
- l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides ;
 - après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
 - le bulletin d'adhésion est signé électroniquement. »

et le texte suivant :

- « Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :
- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-Prévoyance (ou aux services de Pro BTP) par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale ;
- et 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 de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation. »

est remplacé par :

- « Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :
- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-Prévoyance (ou aux services de Pro BTP) par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale ;
- et 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 de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation. »

IV. Le paragraphe suivant de l'article 4 « Bénéficiaires » :

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

est remplacé par :

- « La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise, ou étudiants relevant des dispositions de l'article 4.2. »

V. Le texte du sous-article 4.1 « Notion de conjoint de l'adhérent » est intégralement remplacé par :

- « 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'une couverture de protection sociale complémentaire au titre d'une autre personne que l'adhérent ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
 - b) Il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
 - c) L'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union) ;
 - d) Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que l'adhérent. »

VI. Le titre de l'article 5 « Date d'effet, modifications de l'adhésion » est remplacé par l'article 5 « Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure ».

VII. Le titre du sous-article 5.1 « Date d'effet de l'adhésion » est remplacé par 5.1 « Date d'effet de l'adhésion initiale ».

VIII. Le texte suivant du sous-article 5.1 « Date d'effet de l'adhésion initiale » :

« L'adhésion est conclue pour une période de douze mois à compter de la date de l'adhésion. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :
– jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n + 1) suivant l'exercice d'adhésion (n) ;
– puis annuellement jusqu'au 31 décembre de chaque exercice,
sauf terme anticipé de l'adhésion, tel que défini dans l'article 8 du présent règlement. »

est remplacé par :

« L'adhésion initiale est conclue pour une période de douze mois à compter de sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :
– jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n + 1) suivant l'exercice de prise d'effet (n) ;
– puis annuellement jusqu'au 31 décembre de chaque exercice,
sauf terme anticipé de l'adhésion, tel que défini dans l'article 8 du présent règlement. »

IX. À la fin du sous-article 5.3 « Autres modifications de l'adhésion », le paragraphe suivant est ajouté :

« Tout changement de situation concernant l'affiliation de l'adhérent ou d'un ayant droit au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle doit être déclaré à l'institution. Ce changement sera pris en compte à sa date d'effet, à la condition que la demande ait été formulée dans le délai de 60 jours suivant la modification du régime de rattachement. Au-delà, le changement sera pris en compte au premier jour du mois suivant la réception de l'information. »

X. Le texte suivant du sous-article 6.1 « Règles générales de fixation des cotisations » :

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

Ce montant est fonction :

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

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration. »

est remplacé par :

« Le montant de la cotisation annuelle applicable à l'adhérent est défini dans l'annexe tarifaire.

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis ;

- de la composition familiale déclarée à l'institution (sauf cas de gratuité définis ci-dessous) ;
- de l'âge de l'adhérent apprécié au 31 décembre de l'exercice ;
- de son lieu de résidence (apprécié au premier janvier de l'exercice).

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration. »

XI. Le texte suivant du sous-article 6.3 « Remises de cotisations à l'adhésion » :

« 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 relève d'une couverture santé individuelle assurée et gérée (hors règlement de frais médicaux amplitude) par BTP-Prévoyance ou par une des entités relevant des comptes combinés de l'institution. »

est remplacé par :

« 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 relève d'une couverture santé individuelle simultanément :

- assurée (hors règlement de frais médicaux amplitude) par BTP-Prévoyance ou par une des entités relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP ;
- gérée par l'institution ou par l'association de moyens Pro BTP. »

XII. Au sous-article 6.6 « Réductions sociales », après le premier paragraphe :

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

le texte suivant est ajouté :

« Ces réductions sont décidées annuellement par le conseil d'administration. »

XIII. Le texte introductif du sous-article 8.1 « Terme de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;
- automatiquement : au jour du décès de l'adhérent, ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, ou au jour de transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités. »

XIV. Au sous-article 8.1.a « Résiliation à l'initiative de l'adhérent », le paragraphe suivant :

« Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale. »

est remplacé par :

« Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale. »

et le texte suivant :

- « La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :
- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
 - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
 - l'adhérent a été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
 - au jour de son affiliation à une couverture obligatoire de frais médicaux d'entreprise, sous réserve que la demande ait été faite au plus tard dans les trois mois suivant cette date, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a été affilié en tant que salarié à la couverture obligatoire de frais médicaux de son entreprise ;
 - l'adhérent a été affilié en tant qu'ayant droit à la couverture obligatoire de frais médicaux de l'entreprise dans laquelle son conjoint exerce une activité salariée ;
- Passé le délai de 3 mois après son affiliation, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande :
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale, si les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisations ;
 - à la date du premier anniversaire de l'adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l'exercice), sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant. »

est remplacé par :

- « La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :
- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
 - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
 - l'adhérent a été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
 - au jour de son affiliation à une couverture obligatoire de frais médicaux d'entreprise, sous réserve que la demande ait été faite au plus tard dans les trois mois suivant cette date, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
 - l'adhérent a été affilié en tant que salarié à la couverture obligatoire de frais médicaux de son entreprise ;
 - l'adhérent a été affilié en tant qu'ayant droit à la couverture obligatoire de frais médicaux de l'entreprise dans laquelle son conjoint exerce une activité salariée ;

Passé le délai de 3 mois après son affiliation, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande :

- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale, si les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisations ;
- à la date du premier anniversaire de l'adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l'exercice), sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant. »

XV. Au sous-article 8.1.b « Résiliation à l'initiative de l'institution », le paragraphe suivant :

« En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation peut être prononcée sans préavis par l'institution. »

est remplacé par :

« En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation de l'adhésion peut être prononcée sans préavis par l'institution. »

et le texte suivant :

« L'institution peut également suspendre les garanties ou mettre un terme à l'adhésion en cours d'exercice, dans le cadre suivant :

- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour BTP-Prévoyance de poursuivre l'exécution de l'engagement né de l'adhésion en justice), l'institution est fondée à émettre une mise en demeure passé un délai de 10 jours après l'échéance. Suite à l'émission de cette mise en demeure, et à défaut de régularisation de la cotisation, l'institution est en droit :
 - de suspendre les garanties, 30 jours après la mise en demeure ;
 - de résilier l'adhésion, au dernier jour du 3^e mois civil qui suit la date d'effet de la suspension, ou au 31 décembre de chaque exercice qui s'ensuit ;
- la mise en demeure informe l'adhérent des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé. »

est remplacé par :

« L'institution peut également suspendre les garanties ou mettre un terme à l'adhésion en cours d'exercice, dans le cadre suivant :

- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour BTP-Prévoyance de poursuivre l'exécution de l'engagement né de l'adhésion en justice), l'institution est fondée à émettre une mise en demeure passé un délai de 10 jours après l'échéance. Suite à l'émission de cette mise en demeure, et à défaut de régularisation de la cotisation (ou d'accord de règlement), l'institution est en droit :
 - de suspendre les garanties, 30 jours après la mise en demeure ;
 - de résilier l'adhésion, 40 jours après la mise en demeure ;
- la mise en demeure informe l'adhérent des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé. »

XVI. Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :

« Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, 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 ; »

est remplacé par :

« Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

– sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ; »

le paragraphe suivant :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime de base d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

est remplacé par :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

et à la suite de ce paragraphe, le texte suivant est ajouté :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire ne font l'objet d'aucun remboursement. »

XVII. Le paragraphe suivant de l'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 €, valeur au 1^{er} janvier 2022. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

est remplacé par :

« 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 €, valeur au 1^{er} janvier 2023. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

XVIII. Le texte suivant de l'article 16 « Délai de stage et de carence » :

« De manière générale, les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option souscrite.

Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- matériel médical ;
- prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ;
- prothèses auditives,

les remboursements des options de la gamme nationale sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. Ce plafonnement de remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par BTP-Prévoyance ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de l'institution. »

est remplacé par :

« De manière générale, les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option retenue.

Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- matériel médical ;
- prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ;
- prothèses auditives,

les remboursements des options de la gamme nationale sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. Ce plafonnement de remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par BTP-Prévoyance ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP. »

XIX. À la fin de l'article 20 « Règlementation LCB-FT », le paragraphe suivant est ajouté :

« BTP-Prévoyance se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB-FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande. »

XX. Le paragraphe suivant du texte introductif de l'article 21 « Information des adhérents » :

« L'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

est remplacé par :

« Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande. »

XXI. Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations et que la réponse apportée ne le satisfait pas, et pour le règlement de litige extrajudiciaire, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

est remplacé par :

« L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP),
10, rue Cambacérès,
75008 Paris**

- soit en déposant une demande sur le site internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip ;
- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP), 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, située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

XXII. Le texte du sous-article 23.1 « Le "Compte du régime" » , est intégralement remplacé par :

« Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) Les cotisations acquises des adhérents ;
- b) Les autres produits techniques ;
- c) La part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;

- d) Les produits nets des placements au titre du présent règlement ;
- e) Le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au "Compte du régime" comprennent :

- a) Les charges de prestations versées et provisionnées au titre du présent règlement ;
- b) Le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;
- c) Les autres charges techniques ;
- 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 15 % des cotisations acquises des adhérents avant réductions au titre des mesures définies aux articles 6.3 à 6.6 ;
- e) Un prélèvement sur les cotisations pour le financement du compte d'action sociale santé (tel que défini à l'article 23.3 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs), dans les conditions fixées par le conseil d'administration et dans la limite de 0,75 % des cotisations acquises des adhérents ;
- f) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24 ;
- g) la charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté, par décision de la commission paritaire ordinaire (sur proposition du conseil d'administration) :

- a) Lorsqu'il est excédentaire, pour tout ou partie :
 - à la réserve du régime standard de frais médicaux collectifs ;
 - à la réserve de la section financière des contrats sur mesure de frais médicaux collectifs ;
- b) Pour le solde, à la réserve définie à l'article 22. »

XXIII. Le texte de l'article 24 « Provision pour participation aux excédents », est intégralement remplacé par :

« 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 et des charges visées aux f et g).

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

Toute décision d'utilisation de la provision pour participation aux excédents relève d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance. Elle peut prendre les formes suivantes (sans que cette liste soit limitative) :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des adhérents et de leurs ayants droit ;
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des adhérents ;
- l'octroi d'aides financières à destination des adhérents et de leurs ayants droit, notamment à raison de l'ancienneté de leur adhésion ;
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des adhérents et de leurs ayants droit ;

– la prise en charge de certaines actions de prévention.

La provision pour participation aux excédents peut également être distribuée selon toutes autres modalités, dans un délai de huit ans après chaque alimentation annuelle. »

Titre XXIV Transformation au 1^{er} janvier 2023 de couvertures gérées en groupes fermés en 2022

Les adhérents qui étaient couverts en 2022 par le « règlement du régime des prestations additionnelles individuelles de capital décès (groupe fermé) » sont basculés, au 1^{er} janvier 2023, dans le « règlement des couvertures “Pro BTP capital décès” ».

Titre XXV

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

- l’annexe des tarifs en vigueur du « Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO » telle qu’elle figure en annexe 1 du présent avenant ;
- l’annexe des garanties en vigueur du « Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO » telle qu’elle figure en annexe 2 du présent avenant ;
- l’annexe Barème IFC en vigueur du « Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO » telle qu’elle figure en annexe 3 du présent avenant ;
- l’annexe des tarifs en vigueur du « Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE » telle qu’elle figure en annexe 4 du présent avenant ;
- l’annexe des garanties en vigueur du « Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE » telle qu’elle figure en annexe 5 du présent avenant ;
- l’annexe des tarifs en vigueur du « Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPC » telle qu’elle figure en annexe 6 du présent avenant ;
- l’annexe des garanties en vigueur du « Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPC » telle qu’elle figure en annexe 7 du présent avenant ;
- l’annexe des garanties en vigueur du « Régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers » telle qu’elle figure en annexe 8 du présent avenant ;
- l’annexe des tarifs en vigueur du « Régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers » telle qu’elle figure en annexe 9 du présent avenant ;
- l’annexe des garanties en vigueur du « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » telle qu’elle figure en annexe 10 du présent avenant ;
- l’annexe des tarifs en vigueur du « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » telle qu’elle figure en annexe 11 du présent avenant ;
- l’annexe des garanties en vigueur du « Règlement des compléments individuels de prévoyance des ETAM » telle qu’elle figure en annexe 12 du présent avenant ;
- l’annexe des tarifs en vigueur du « Règlement des compléments individuels de prévoyance des ETAM » telle qu’elle figure en annexe 13 du présent avenant ;
- l’annexe des garanties en vigueur du « Régime de prévoyance supplémentaire des cadres » telle qu’elle figure en annexe 14 du présent avenant ;
- l’annexe des tarifs en vigueur du « Régime de Prévoyance supplémentaire des cadres » telle qu’elle figure en annexe 15 du présent avenant ;
- l’annexe des garanties et des tarifs en vigueur du « Règlement des couvertures “Pro BTP Capital Décès” » telle qu’elle figure en annexe 16 du présent avenant ;

- l’annexe des garanties en vigueur du « Règlement du régime de GAT » telle qu’elle figure en annexe 17 du présent avenant ;
- l’annexe des tarifs en vigueur du « Règlement du régime de GAT » telle qu’elle figure en annexe 18 du présent avenant ;
- l’annexe des tarifs en vigueur du « Règlement du régime d’OCALD » telle qu’elle figure en annexe 19 du présent avenant ;
- les annexes des garanties et les annexes de cotisations du « Règlement du régime standard des frais médicaux collectifs et des groupes fermés des non-cadres, cadres et ETAM » telles qu’elles figurent en annexe 20 du présent avenant ;
- les annexes des garanties et les annexes de cotisations du « Règlement des compléments collectifs “Renfort dépassements d’honoraires” » telles qu’elles figurent en annexe 21 du présent avenant ;
- les annexes des garanties et les annexes de cotisations du « Règlement des frais médicaux amplitude. Améliorations de garanties » telles qu’elles figurent en annexe 22 du présent avenant ;
- les annexes des garanties et les annexes de cotisations du « Règlement des frais médicaux amplitude. Extension familiale » telles qu’elles figurent en annexe 23 du présent avenant ;
- les annexes des garanties et les annexes de cotisations du « Règlement des frais médicaux individuels des retraités » et du « Règlement des frais médicaux individuels des actifs » telles qu’elles figurent en annexe 24 du présent avenant ;
- les annexes des garanties et les annexes de cotisations des « Contrats frais médicaux anciennes gammes fermées collectives et individuelles » telles qu’elles figurent en annexe 25 du présent avenant.

Titre XXVI Pouvoirs de la commission paritaire concernant l’utilisation des provisions pour participation aux excédents (PPAE)

Les partenaires sociaux entendent confirmer que, depuis la création de PPAE dans les régimes standard de l’institution, la commission paritaire de BTP-Prévoyance peut librement décider des modalités d’utilisation de ces PPAE au bénéfice des adhérents (entreprises ou particuliers), des salariés affiliés et/ou de leurs bénéficiaires. À cet effet ils décident de clarifier les dispositions des règlements relatives aux PPAE aux points suivant du présent avenant :

- XX du titre I^{er} ;
- XIX du titre II ;
- XXXII du titre III ;
- XI du titre IV ;
- VII du titre XI ;
- article 29 du titre XIII ;
- VIII du titre XV ;
- XXI du titre XVI ;
- XV du titre XX ;
- XXVI du titre XXII ;
- XXIII du titre XXIII.

Les dispositions du présent titre prennent effet à la date de signature de l’avenant.

Titre XXVII Prise d'effet des modifications concernant les réductions sociales sur cotisations santé

Prennent effet à la date de signature de l'avenant les modifications et précisions apportées aux dispositions des règlements relatives aux conditions d'octroi des réductions sociales sur cotisations santé, telles que figurant aux points suivant du présent avenant :

- XIII et XIV du titre XXII ;
- XII du titre XXIII ;
- annexe 24.1 « Annexe sociale 2022 ».

Titre XXVIII Prise d'effet

À l'exception des spécifications expresses figurant au titre XXVI et au titre XXVII, les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2023.

Titre XXIX Dépôt

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

Fait à Paris, le 13 décembre 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe N°1

Annexe « des Tarifs en vigueur »
du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO »

Annexe occultée.

Annexe N°2

Annexe « des Garanties en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO »

Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023

RNPO	Base Obligatoire + Surbase Obligatoire
------	--

> Capital-Décès	
Participant Célibataire, veuf ou divorcé	
Capital de base : décès toutes causes	750 SR
Complément de capital décès suite décès AT/MP (1)	+ 100% RA
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (2)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 1 ou 2 enfant(s) à charge	+ 1000 SR
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 3 enfants à charge et plus	+ 2000 SR
Participant avec conjoint	
Capital de base décès toutes causes	3500 SR (5)
Complément de capital décès suite décès AT/MP (1)	+ 100% RA
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (2)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 1 ou 2 enfant(s) à charge	+ 1000 SR
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 3 enfants à charge et plus	+ 2000 SR
Capital complémentaire : "Capital Orphelin" (2)	
Complément de capital décès si orphelin de père et de mère, pour chaque enfant à charge	+ 250 SR
Versement anticipé du capital-décès	
Si invalidité totale et permanente	non
Conversion du capital en rente	oui

> Rente Décès	
Rente au conjoint survivant pour décès suite à maladie (3)(4) (hors accident du travail et maladie professionnelle)	12% SB
Rente au conjoint survivant pour décès suite à AT/MP (1) (4)	
Sans enfant	60% SB - rente SS
Avec un enfant	80% SB - rente SS
Avec deux enfants ou plus	100% SB - rente SS
Rente d'éducation (par enfant à charge)	
En cas de décès non consécutif à AT/MP	
Orphelin du parent participant	10% SB (3)
Orphelin de ses deux parents	20% SB (3)
En cas de décès consécutif à AT/MP	
Orphelin du parent participant	-
Orphelin de ses deux parents	10% SB (3)

- ✓ (1) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".
- ✓ (2) Enfant à charge à la date du décès du salarié.
- ✓ (3) SB ne peut être inférieur à 4 000 SR.
- ✓ (4) Le montant de la rente comprend le montant des pensions de reversions des régimes de retraite complémentaire.
- ✓ (5) En cas de décès simultanés de l'Ouvrier et de son conjoint (c'est-à-dire lorsque les deux décès interviennent le même jour), le capital de base versé au(x) bénéficiaire(s) correspond à celui défini pour l'Ouvrier avec conjoint.

SB : Salaire de base

RA : Rémunération annuelle brute perçue au cours des 12 derniers mois

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

SS : Sécurité Sociale

SR : Salaire de référence (6,05 € au 1er juillet 2022)

Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023

RNPO	Base Obligatoire + Surbase Obligatoire
-------------	---

> Indemnités Journalières

Arrêt suite à maladie ou accident de droit commun (hors accident du travail et maladie professionnelle)	75% SB (1)(2)(3)
Arrêt suite à AT/MP	SB / 4000 par jour (5)

> Rente d'Invalidité

Rente d'invalidité de droit commun	
Invalidité de 1ère catégorie	-
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	-
Invalidité de 2ème catégorie	10% SB (6)
Majoration par enfant à charge	+5% SB (7)
Invalidité de 3ème catégorie	10% SB (6)
Majoration par enfant à charge	+5% SB (7)
Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)	
26% ≤ T ≤ 50%	[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS
T > 50%	[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS

> Forfait Parentalité et Accouchement

Forfait parentalité	8% du PMSS
Forfait accouchement	2,6% du PASS

> Prestation hospitalisation Chirurgicale

Frais de chambre particulière pour le participant	Oui (8)
--	---------

(1) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".

(2) Le montant de l'indemnité journalière ne peut être inférieur à S/2000 ou à SR.

(3) Y compris les indemnités journalières ou rentes d'invalidité / incapacité versées par la Sécurité Sociale.

(5) Le montant de l'indemnité journalière est égal à SB/4000 en cas de maladie ou accident couvert par la législation des AT/MP sans que le ratio puisse être inférieur à SR.

(6) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 400 SR (régime de base compris).

(7) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 200 SR (régime de base compris).

(8) Dans les limites définies à l'article 23.2 du règlement d'adhésion au titre du RNPO

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

SR : Salaire de référence (6,05 € au 1er juillet 2022)

SB : Salaire de base

SS : Sécurité Sociale

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

T : Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité Sociale

Annexe N°3

Annexe « Barème IFC en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO »

Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO

Annexe « Barème IFC » en vigueur pour toute résiliation
prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2023

Le "Barème IFC" s'applique dans le cadre des dispositions des articles 27.3 et 27.4 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO.

Durée d'affiliation de l'Ouvrier au RNPO	Valeur de base (V_{Ouv})* par Ouvrier
1 an	34 €
2 ans	67 €
3 ans	101 €
4 ans	134 €
5 ans	168 €
6 ans	202 €
7 ans	235 €
8 ans	269 €
9 ans	303 €
10 ans	337 €
11 ans	466 €
12 ans	595 €
13 ans	724 €
14 ans	853 €
15 ans	982 €
16 ans	1 111 €
17 ans	1 241 €
18 ans	1 370 €
19 ans	1 499 €
20 ans	1 628 €
21 ans	1 852 €
22 ans	2 076 €
23 ans	2 300 €
24 ans	2 524 €
25 ans	2 747 €
26 ans	2 996 €
27 ans	3 244 €
28 ans	3 492 €
29 ans	3 740 €
30 ans	3 989 €
31 ans	4 274 €
32 ans	4 560 €
33 ans	4 845 €
34 ans	5 130 €
35 ans	5 416 €
36 ans	5 701 €
37 ans	5 987 €
38 ans	6 272 €
39 ans	6 557 €
40 ans	6 843 €
41 ans	7 128 €
42 ans	7 414 €
43 ans et plus	7 837 €

* $S V_{Ouv} = V_{ENT}$

Annexe N°4

**Annexe « des Tarifs en vigueur »
du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE »**

Annexe occultée.

Annexe N°5

Annexe « des Garanties en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE »

Régime National de Prévoyance des ETAM Annexe des garanties en vigueur au 1er janvier 2023

RNPE	Prestations Conventionnelles
------	---------------------------------

> Capital-Décès	
Participant Célibataire, veuf ou divorcé	
Capital de base : décès toutes causes	6 000 €
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (1)	
Complément de capital décès toutes causes, par enfant à charge	+ 100 % SB
Complément de capital décès suite décès AT/MP (2)	+200 % SB
Participant avec conjoint	
Capital de base décès toutes causes majoré	200 % SB (3)
Complément de capital décès suite décès AT/MP	+ 200 % SB
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (1)	
Complément de capital décès toutes causes, par enfant à charge	+ 50 % SB
Capital complémentaire : "Capital Orphelin"	
Complément de capital décès si orphelin de père et de mère, à chaque enfant à charge	+ 125 % SB
Versement anticipé du capital-décès	
Si invalidité totale et permanente	oui
Conversion du capital en rente	oui

> Rente Décès	
Rente de conjoint invalide	15 % SB (4)
Rente d'éducation (par enfant à charge)	
En cas de décès non consécutif à AT/MP	
Orphelin du parent participant	15% SB Mini. 12% PASS
Orphelin de ses deux parents	30% SB Mini. 25% PASS
En cas de décès consécutif à AT/MP	
Orphelin du parent participant	5% SB
Orphelin de ses deux parents	35% SB (5) Mini. 30% PASS

(1) Enfant à charge à la date du décès du salarié.

(2) Complément de capital réparti à part égale entre les enfants à charge

(3) Montant de la prestation y compris celui du montant du Capital décès toutes causes

(4) Le montant de la rente comprend le montant des pensions de reversions des régimes de retraite complémentaire.

(5) Par enfant, y compris la rente versée par la Sécurité Sociale.

SB : Salaire de base

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

Régime National de Prévoyance des ETAM
Annexe des garanties en vigueur au 1er janvier 2023

RNPE	Prestations Conventionnelles
-------------	---

> Indemnité Journalière	
Maladie ou accident de droit commun (1)	
Prestation de base	84% SB
AT/MP (1)	
Montant de la prestation	85% SB

> Rente d'Invalidité	
Rente d'invalidité de droit commun (1)	
Invalidité de 1ère catégorie	40 % SB
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+5% SB
Invalidité de 2ème catégorie	75% SB
Majoration par enfant à charge	+6% SB
Invalidité de 3ème catégorie	85% SB
Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)	
26% ≤ T ≤ 50%	[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS
T > 50%	[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS

> Forfait Parentalité et Accouchement	
Forfait parentalité	8 % du PMSS
Forfait accouchement	2,6 % de PASS

> Prestation Hospitalisation Chirurgicale	
Frais de chambre particulière pour le participant	Oui (2)

(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale (indemnités journalières, rentes d'invalidité/incapacité).

(2) Dans les limites définies à l'article 23.2 du règlement d'adhésion au titre du RNPE

SB : Salaire de base

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

T : Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité Sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

SS : Sécurité Sociale

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

Annexe N°6

**Annexe « des Tarifs en vigueur »
du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPC »**

Annexe occultée.

Annexe N°7

Annexe « des Garanties en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPC »

<p align="center">Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics</p> <p align="center">Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023</p>

RNPC	Prestations conventionnelles
-------------	---

> Capital-Décès	
Participant Célibataire, veuf ou divorcé:	
Capital de base : décès toutes causes (3)	200% SB
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (1)	+100% SB
Capital supplémentaire en cas de décès suite AT/MP	+300% RA
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (2)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s) à charge	+40% SB
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e	+60% SB
Participant avec conjoint	
Capital de base décès toutes causes (3)	250% SB
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (1)	+100% SB
Capital supplémentaire en cas de décès suite AT/MP	+300% RA
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (2)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s) à charge	+40% SB
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e	+60% SB
Capital complémentaire : "Capital Orphelin"	
Capital décès complémentaire orphelin de père et de mère, à chaque enfant à charge	+ 125% SB
Versement anticipé du capital-décès	
Si invalidité totale et permanente	oui
Conversion du capital en rente	
	oui

> Rente Décès	
Rente d'éducation (par enfant à charge)	
En cas de décès non consécutif à AT/MP	
Orphelin du parent participant	10% SB Mini. : 10% PASS
Orphelin de ses deux parents	Doublement de la rente
En cas de décès consécutif à AT/MP	
Orphelin du parent participant	-
Orphelin de ses deux parents	-

(1) Accident quelle qu'en soit la cause ou maladie professionnelle, sauf exclusion réglementaire.

(2) Enfant à charge à la date du décès du salarié

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

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

SB : Salaire de Base jusqu' à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale

RA : Rémunération Annuelle

PSS: Plafond de la Sécurité sociale

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023
--

RNPC	Prestations conventionnelles
------	---------------------------------

> Indemnités Journalières

Maladie ou accident de droit commun (1)	
Prestation de base	70% SB
Majoration par enfant à charge	+3 % 1/3 SB
AT/MP (1)	
Montant de la prestation	85% SB

> Rente d'Invalidité

Rente d'invalidité de droit commun (1)	
Invalidité de 1ère catégorie	39% SB
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+5% SB
Invalidité de 2ème catégorie	65% SB
Majoration par enfant à charge	+5% SB
Invalidité de 3ème catégorie	85% SB
Majoration par enfant à charge	-
Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)	
26% ≤ T ≤ 50%	$[(1,9 \times T) - 35\%] \times SB - \text{rente SS}$
T > 50%	$[(0,7 \times T) + 30\%] \times SB - \text{rente SS}$

> Forfait Parentalité et Accouchement

Forfait parentalité	8 % du PMSS
Forfait accouchement	2,6 % de PASS

> Chirurgie

Frais de chirurgie	Oui (2)
--------------------	---------

(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale (indemnités journalières, rentes d'invalidité / incapacité).

(2) Frais de Chirurgie - Prise en charge des honoraires en cas d'hospitalisation chirurgicale dans les conditions et limites définies au titre du règlement du Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux Publics.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

SB : Salaire de Base jusqu' à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale

SS : Sécurité Sociale

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

T : Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité Sociale

Annexe N°8

Annexe « des Garanties en vigueur »

du « Régime de Prévoyance supplémentaire des Ouvriers »

Régime de Prévoyance supplémentaire des Ouvriers									
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023									
Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)		Options supplémentaires des Ouvriers							
RNPO		Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des Ouvriers							
> Capital-Décès									
		N 1	N 2	N 3	N 4	N 5	N 6	N 7	
Participant Célibataire, veuf ou divorcé: Capital de base : décès toutes causes Complément de capital décès suite décès AT/MP (1) (2) Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (3) -> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (5) Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 1 ou 2 enfant(s) Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 3 enfants et plus Majoration complémentaire de capital décès versé aux enfants en cas de décès d'un participant célibataire, veuf ou divorcé Complément de capital décès versé aux enfants en cas de décès accidentel du participant (4)		6 000 €	6 000 €	6 000 €	200% SB	200% SB	200% SB	200% SB	200% SB
		+ 100% RA	+ 100% RA	+ 100% RA	+ 300% RA	+ 300% RA	+ 300% RA	+ 300% RA	+ 300% RA
		-	-	-	+ 100% SB	+ 100% SB	+ 100% SB	+ 100% SB	+ 100% SB
		+ 1000 SR /entf	+ 35% SB /entf	+ 50% SB /entf	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)
		-	+ 35% SB /entf	+ 50% SB /entf	+ 50% SB /entf	+ 50% SB /entf (7)	+ 50% SB /entf (7)	+ 50% SB /entf (7)	+ 50% SB /entf (7)
		-	-	-	-	.....OU.....	.....OU.....	.....OU.....	.....OU.....
		+ 100% RA	+ 200% RA	+ 200% SB	+ 300% RA	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	+ 200% RA
		130% SB	165% SB	200 % SB	250% SB	250% SB	350% SB	450% SB	450% SB
		+ 100% RA	+ 200% RA	+ 200% SB	+ 300% RA	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	+ 200% RA
		-	-	-	+ 100% SB	+ 200% SB	+ 200% SB	+ 200% SB	+ 200% SB
Participant avec conjoint Capital de base décès toutes causes Complément de capital décès suite décès AT/MP (1) Complément de Capital en cas de décès accidentel du participant (3) -> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (5) Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 1 ou 2 enfant(s) Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 3 enfants et plus Complément de capital décès versé aux enfants en cas de décès accidentel du participant (4)		+ 1000 SR /entf	+ 35% SB /entf	+ 50% SB /entf	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)
		-	-	-	-	.....OU.....	.....OU.....	.....OU.....	.....OU.....
		-	-	-	-	+ 50% SB /entf (7)	+ 50% SB /entf (7)	+ 50% SB /entf (7)	+ 50% SB /entf (7)
		+ 100% RA	+ 200% RA	+ 200% SB	+ 300% RA	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	+ 200% RA
		130% SB	165% SB	200 % SB	250% SB	250% SB	350% SB	450% SB	450% SB
		+ 100% RA	+ 200% RA	+ 200% SB	+ 300% RA	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	+ 200% RA
		-	-	-	+ 100% SB	+ 200% SB	+ 200% SB	+ 200% SB	+ 200% SB
		+ 1000 SR /entf	+ 35% SB /entf	+ 50% SB /entf	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)	+ 50% SB /entf (6)
		-	-	-	-	+ 50% SB /entf	+ 50% SB /entf	+ 50% SB /entf	+ 50% SB /entf
		Capital complémentaire : "Capital Orphelin" (5) Complément de capital décès si orphelin de père et de mère, à chaque enfant à charge Versement anticipé du capital-décès Si invalidité totale et permanente Conversion du capital en rente		+ 250 SR	+ 250 SR	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB
non	oui			oui	oui	oui	oui	oui	oui
oui	oui			oui	oui	oui	oui	oui	oui
-	-			-	-	-	-	-	-
+ 250 SR	+ 250 SR			+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB
non	oui			oui	oui	oui	oui	oui	oui
oui	oui			oui	oui	oui	oui	oui	oui
-	-			-	-	-	-	-	-
+ 250 SR	+ 250 SR			+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB
non	oui			oui	oui	oui	oui	oui	oui
> Rente d'Education									
		N 1	N 2	N 3	N 4				
Rente d'éducation (par enfant à charge) En cas de décès non consécutif à AT/MP Orphelin du parent participant Orphelin de ses deux parents En cas de décès consécutif à AT/MP Orphelin du parent participant Orphelin de ses deux parents		10% SB Mini : 10% PASS	12% SB Mini : 12% PASS	15% SB Mini : 12% PASS	15% SB Mini : 15% PASS				
		doublément de la rente	doublément de la rente	30% SB Mini : 25% PASS	doublément de la rente				
		-	-	5% SB Mini : 35% PASS	10% SB Mini : 15% PASS				
		10% SB (8)	10% SB (8)	35% SB Mini : 30% PASS	doublément de la rente				
		-	-	5% SB Mini : 35% PASS	10% SB Mini : 15% PASS				
		10% SB (8)	10% SB (8)	35% SB Mini : 30% PASS	doublément de la rente				
		-	-	5% SB Mini : 35% PASS	10% SB Mini : 15% PASS				
		10% SB (8)	10% SB (8)	35% SB Mini : 30% PASS	doublément de la rente				
		-	-	5% SB Mini : 35% PASS	10% SB Mini : 15% PASS				
		10% SB (8)	10% SB (8)	35% SB Mini : 30% PASS	doublément de la rente				
> Allocation supplémentaire décès									
		Allocation supplémentaire décès							
		12,5% du PASS							

- (1) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".
- (2) Complément de capital décès suite à ATMP versé lorsque le participant n'a pas d'enfant à charge.
- (3) Accident quelle qu'en soit la cause ou maladie professionnelle, sauf exclusion réglementaire.
- (4) Accident quelle qu'en soit la cause, sauf exclusion réglementaire.
- (5) Enfant à charge à la date du décès du salarié.
- (6) Lorsque la famille est composée de plus de 4 enfants à charge, la majoration du capital décès est portée à +60%SB par enfant à charge à compter du 5e enfant.
- (7) En cas de décès accidentel, c'est le complément le plus favorable qui est versé
- (8) SB ne peut être inférieur à 4 000 SR.
- (9) Le montant de la rente comprend le montant des pensions de reversions des régimes de retraite complémentaire.
- (10) Ce module peut être souscrit en complément des autres garanties. Il prévoit le versement de forfaits au participant, en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge, tels que définis à l'article 10 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO
- (11) En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'allocation est versée sur justificatifs et dans la limite des frais réellement exposés

SB : Salaire de base	SR : Salaire de référence (6,05 € au 1er juillet 2022)	Equivalent aux prestations du RNPE
RA : Rémunération annuelle brute perçue au cours des 12 derniers mois	enft : Enfant	Equivalent aux prestations du RNPC
ATMP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	Mini : Minimum	
SS : Sécurité Sociale		
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale		

Régime de Prévoyance supplémentaire des Ouvriers Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023	
RNPO	Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)
> Indemnités Journalières	
Arrêt suite à maladie ou accident de droit commun (hors accident du travail et maladie professionnelle)	75% SB (1)(2)(3)
Arrêt suite à AT/MP	SB / 4000 par jour (4)
> Rente d'invalidité	
Rente d'invalidité de droit commun	-
Invalidité de 1ère catégorie	-
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	
Invalidité de 2ème catégorie	10% SB (5)
Majoration par enfant à charge	+5% SB (6)
Invalidité de 3ème catégorie	10% SB (5)
Majoration par enfant à charge	+5% SB (6)
Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)	
25% ≤ T ≤ 50%	[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS
T > 50%	[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS
> Forfait Naissance	
Forfait parentalité	8% du PMSS
Forfait accouchement	2,8% du PASS
Forfait Naissance (7)	-
> Remboursement en cas d'hospitalisation Chirurgicale	
Frais de chambre particulière	47 €/jour (8)(9)
Frais de lit accompagnant enfant	27 € / jour (8)
Autres garanties du module chirurgie	-

(1) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".
(2) Le montant de l'indemnité journalière ne peut être inférieur à S2000 ou à SR.
(3) Y compris les indemnités journalières ou rentes d'invalidité / incapacité versées par la Sécurité Sociale.
(4) Le montant de l'indemnité journalière est égal à SB/4000 en cas de maladie ou accident couvert par la législation des AT/MP sans que le ratio puisse être inférieur à SR.
(5) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 400 SR (régime de base compris).
(6) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 200 SR (régime de base compris).
(7) Ces garanties s'entendent y compris les forfaits parentalité et accouchement prévus à l'article 22 du règlement d'adhésion à à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO
(8) Dans les limites définies à l'article 23.2 du règlement d'adhésion à à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO
(9) Prise en charge des frais des bénéficiaires tels que définis à l'article 23.1 du règlement d'adhésion à à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO
(10) Prise en charge des Frais de chirurgie pour les bénéficiaires et dans les limites définies à l'article 15 du Règlement de prévoyance supplémentaire des ouvriers de BTP-PRÉVOYANCE.
(11) Frais de Chirurgie - Prise en charge des honoraires en cas d'hospitalisation chirurgicale dans les conditions et limites définies au titre du règlement du Régime de prévoyance supplémentaire des Ouvriers de BTP-PRÉVOYANCE).

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale
SB : Salaire de base
SS : Sécurité Sociale
AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle
T : Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité Sociale

Equivalent aux prestations du RNPE
Equivalent aux prestations du RNPC

Options supplémentaires des Ouvriers

Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023

> Garantie Décès Invalidité Accidentels						
		Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
Garantie 1						
Capital en cas de décès (1)	T = 100 %	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Garantie 2						
Capital en cas de décès (1)	15% < T ≤ 100 %	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2)		T x 100% SB	T x 200% SB	T x 300% SB	T x 400% SB	T x 500% SB
Garantie 3						
Capital en cas de décès (1)	66% < T 15% < T ≤ 66 %	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
		100% SB x T / 66 %	200% SB x T / 66 %	300% SB x T / 66 %	400% SB x T / 66 %	500% SB x T / 66 %

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

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

SB : Salaire de base

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

Annexe N°9

**Annexe « des Tarifs en vigueur »
du « Régime de Prévoyance supplémentaire des Ouvriers »**

Annexe occultée.

Annexe N°10

Annexe « des Garanties en vigueur » du « Régime de Prévoyance supplémentaire des ETAM »

Régime de Prévoyance supplémentaire des ETAM Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023						
		Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)	Options supplémentaires des ETAM Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des ETAM			
> Capital-Décès						
			N 4	N 5	N 6	N 7
Participant Célibataire, veuf ou divorcé						
Capital de base : décès toutes causes	6 000 €		200% SB	200% SB	200% SB	200% SB
Complément de capital décès suite décès AT/MP, du participant célibataire, veuf ou divorcé, sans enfant à charge.	-		+300% RA	+300% RA	+300% RA	+300% RA
Complément de capital en cas décès accidentel du participant	-		+100% SB	+100% SB	+100% SB	+100% SB
→ En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (1)						
Complément de capital décès toutes causes, par enfant à charge	+ 100 % SB		+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% (4)
Majoration complémentaire de capital décès versé par enfant à charge en cas de décès d'un participant célibataire, veuf ou divorcé.	-		+50% SB	+50% SB	+50% SB	+50% SB
Complément de capital décès versé par enfant à charge en cas de décès accidentel du participant	-		..... OU .....	..... OU .....	..... OU .....	..... OU
Complément de capital décès suite décès AT/MP (2)	+200 % SB		+300% RA	+300% RA	+250% RA	+200% RA
Participant avec conjoint						
Capital de base décès toutes causes majoré (3)	200 % SB (3)		250% SB	250% SB	350% SB	450% SB
Complément de capital décès suite décès AT/MP	+ 200 % SB		+300% RA	+300% RA	+250% RA	+200% RA
Complément du capital en cas décès accidentel	-		+100% SB	+200% SB	+200% SB	+200% SB
→ En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (1)						
Complément de capital décès toutes causes, par enfant à charge	+ 50 % SB		+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% SB (4)
Complément de capital décès versé par enfant à charge en cas de décès accidentel du participant	-		-	+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% SB (4)
Capital complémentaire : "Capital Orphelin"						
Complément de capital décès si orphelin de père et de mère, pour chaque enfant à charge	+ 125 % SB		+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB
Versement anticipé du capital-décès						
Si invalidité totale et permanente	oui		oui	oui	oui	oui
Conversion du capital en rente						
	oui		oui	oui	oui	oui
> Rente d'Education						
			N 4			
Rente d'éducation (par enfant à charge)						
En cas de décès non consécutif à AT/MP						
Orphelin du parent participant	15% SB Mini. 12% PASS		15% SB Mini. 15% PASS			
Orphelin de ses deux parents	30% SB Mini. 25% PASS		Doublement de la rente			
En cas de décès consécutif à AT/MP						
Orphelin du parent participant	5% SB		15% SB Mini. 15% PASS			
Orphelin de ses deux parents	35% SB (6) Mini. 30% PASS		Doublement de la rente			
> Allocation supplémentaire décès						
Allocation versée au décès du conjoint ou d'un enfant à charge (7) (8)			12,5% du PASS			

- (1) Enfant à charge à la date du décès du salarié.
 (2) Complément de capital réparti à part égale entre les enfants à charge
 (3) Montant de la prestation y compris celui du montant du Capital de base décès toutes causes
 (4) Lorsque la famille est composée de plus de 4 enfants à charge, la majoration ou le complément du capital décès est porté à +60%SB par enfant à charge à compter du 5e enfant.
 (5) Le montant de la rente comprend le montant des pensions de reversions des régimes de retraite complémentaire.
 (6) Par enfant à charge, y compris la rente versée par la Sécurité sociale.
 Ce module peut être souscrit en complément des autres garanties.
 (7) Il prévoit le versement de forfaits au participant, en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge, tels que définis à l'article 10 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE
 (8) En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'allocation est versée sur justificatifs et dans la limite des frais réellement exposés

ATMP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

SB : Salaire de Base

Mini : Minimum

RA : Rémunération annuelle brute perçue au cours des douze derniers mois

Equivalent aux prestations du RNPC

Régime de Prévoyance supplémentaire des ETAM					
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023					
		Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)	Options supplémentaires des ETAM Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des ETAM		
> Indemnité Journalière					
Maladie ou accident de droit commun (1)					
Prestation de base		84% SB			
AT/MP (1)					
Montant de la prestation		85% SB			
> Rente d'Invalidité					
Rente d'invalidité de droit commun (1)			N 4	N 5	
Invalidité de 1ère catégorie		40 % SB	48% SB	51% SB	
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge		+5% SB	+5% SB	+5% SB	
Invalidité de 2ème catégorie		75% SB	80% SB	85% SB	
Majoration par enfant à charge		+6% SB	+5% SB	-	
Invalidité de 3ème catégorie		85% SB	85% SB	85% SB	
Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP			[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS		
26% ≤ T ≤ 50%		[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS	[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS		
T > 50%		[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS	[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS		
> Forfait Naissance					
Forfait parentalité		8 % du PMSS	Option 1	Option 2	
Forfait accouchement		2,6 % de PASS			
Forfait Naissance (2)		-	24% du PMSS	39,2% du PMSS	
> Prestation Hospitalisation Chirurgicale					
Frais de chambre particulière		47 €/jour (3)(4)	Frais réels (5)		
Frais de lit accompagnant enfant		27 €/jour (3)	Frais réels (5)		
Autres garanties du module chirurgie		-	Oui (5)(6)		
(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale (indemnités journalières, rentes d'invalidité/incapacité) .					
(2) Ces garanties s'entendent y compris les forfaits parentalité et accouchement prévus à l'article 22 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE					
(3) Dans les limites définies à l'article 23.2 du règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE					
(4) Prise en charge des frais des bénéficiaires tels que définis à l'article 23.1 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE					
(5) Prise en charge des frais de chirurgie pour les bénéficiaires et dans les limites définies à l'article 15 du Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM de BTP-PRÉVOYANCE.					
(6) Frais de Chirurgie - Prise en charge des honoraires en cas d'hospitalisation chirurgicale dans les conditions et limites définies au titre du règlement du Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM de BTP-PRÉVOYANCE.					
AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle			<div>Equivalent aux prestations du RNPC</div>		
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale					
SB : Salaire de Base					
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale					
SS: Sécurité sociale					
T: Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité sociale					

Options supplémentaires des ETAM Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023					
	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
> Garantie Décès Invalidité Accidentels					
Garantie 1					
Capital en cas de décès (1)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2) T = 100 %	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Garantie 2					
Capital en cas de décès (1)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2) 15% < T ≤ 100 %	T x 100% SB	T x 200% SB	T x 300% SB	T x 400% SB	T x 500% SB
Garantie 3					
Capital en cas de décès (1)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2) 66% < T	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
15% < T ≤ 66 %	100% SB x T / 66 %	200% SB x T / 66 %	300% SB x T / 66 %	400% SB x T / 66 %	500% SB x T / 66 %
(1) Décès accidentel (toutes causes) ou décès pour maladie professionnelle (2) Invalidité accidentelle (toutes causes) ou invalidité pour maladie professionnelle SB : Salaire de base T : Taux d'incapacité défini selon le barème d'incapacité de la Garantie Décès Invalidité Accidentel					

Annexe N°11

**Annexe « des Tarifs en vigueur »
du « Régime de Prévoyance supplémentaire des ETAM »**

Annexe occultée.

Annexe N°12

Annexe « des Garanties en vigueur » du « Régime des Compléments Individuels des ETAM »

Régime des Compléments Individuels des ETAM Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023
--

> Capital-Décès		
	Première Option	Seconde Option
Participant Célibataire, veuf ou divorcé		
Capital de base : décès toutes causes	110 % SB	110 % SB
Complément de capital en cas décès accidentel du participant	+ 100 % SB	+ 100 % SB
-> Pour enfant unique à charge, il est accordé: (1)		
Complément de capital décès toutes causes de l'enfant unique à charge	+ 40 % SB	+ 40 % SB
Participant avec conjoint		
Complément du capital en cas décès accidentel	+ 100 % SB	+ 100 % SB
> Indemnité Journalière		
Maladie ou accident de droit commun (2)		
Prestation de base	85% SB	85% SB
> Rente d'Invalidité		
Rente d'invalidité de droit commun (2)		
Invalidité de 1ère catégorie		48 % SB
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge		+5% SB
Invalidité de 2ème catégorie		80% SB
Majoration par enfant à charge		+5% SB
Invalidité de 3ème catégorie		-

(1) Montant de la prestation y compris celui du montant du capital décès toutes causes

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

SB : Salaire de base

Annexe N°13

**Annexe « des Tarifs en vigueur »
du « Régime des Compléments Individuels des ETAM »**

Annexe occultée.

Annexe N°14

Annexe « des Garanties en vigueur » du « Régime de Prévoyance supplémentaire des Cadres »

Régime de Prévoyance supplémentaire des Cadres Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023						
		Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)	Options supplémentaires des Cadres Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des Cadres			Option Tranche C
> Capital-Décès (1)						
			N 5	N 6	N 7	Option Tranche C
Participant Célibataire, veuf ou divorcé:						
Capital de base : décès toutes causes		200% SB	200% SB	200% SB	200% SB	200% TC
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (2)		+100% SB	+100% SB	+100% SB	+100% SB	+100% TC
Capital supplémentaire en cas de décès suite AT/MP		+300% RA	+300% RA	+300% RA	+300% RA	+300 % TC
> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (3)						
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s)		+40% SB	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+40% TC
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e		+60% SB				+60% TC
Majoration complémentaire de capital décès par enfant du participant célibataire, veuf ou divorcé		-	+50% SB	+50% SB	+50% SB	-
Complément de capital par enfant en cas de décès accidentel du participant (4)		-	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	-
Complément de capital suite décès suite AT/MP		-	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	-
Participant avec conjoint						
Capital de base décès toutes causes		250% SB	250% SB	350% SB	450% SB	250% TC
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (2)		+100% SB	+200% SB	+200% SB	+200% SB	+100% TC
Complément de capital suite décès suite AT/MP		+300% RA	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	+300 % TC
> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (3)						
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s)		+40% SB	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+40% TC
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e		+60% SB				+60% TC
Complément de capital par enfant en cas de décès accidentel du participant (4)		-	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	-
Capital complémentaire : "Capital Orphelin" (3)						
Capital décès complémentaire orphelin de père et de mère, à chaque enfant à charge		+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% TC
Versement anticipé du capital-décès						
Si invalidité totale et permanente		oui	oui	oui	oui	oui
Conversion du capital en rente		oui	oui	oui	oui	oui
> Rente d'Education						
			N 2	N 3	N 4	
Rente d'éducation (par enfant à charge)						
En cas de décès non consécutif à AT/MP						
Orphelin du parent participant		10% SB Mini : 10% PASS	12% SB Mini : 12% PASS	15% SB Mini : 12% PASS	15% SB Mini : 15% PASS	
Orphelin de ses deux parents		Doublement de la rente	Doublement de la rente	30% SB Mini : 25% PASS	Doublement de la rente	
En cas de décès consécutif à AT/MP						
Orphelin du parent participant		-	-	5% SB par enf.	15% SB Mini : 15% PASS	
Orphelin de ses deux parents		-	-	35% SB (6) Mini : 30% PASS	Doublement de la rente	
> Allocation supplémentaire décès						
Allocation versée au décès du conjoint ou d'un enfant à charge (7) (8)			12,5% du PASS			
(1) Pour chaque option, le montant global du capital décès (capital de base + majorations applicables) ne peut jamais être inférieur au montant du capital décès qui résulterait de l'application des garanties du régime de base. (2) Accident quelle qu'en soit la cause ou maladie professionnelle, sauf exclusion réglementaire. (3) Enfant à charge à la date du décès du salarié. (4) Accident quelle qu'en soit la cause, sauf exclusion réglementaire. (5) Lorsque la famille est composée de plus de 4 enfants à charge, la majoration du capital décès est portée à +60%SB par enfant à charge à compter du 5e enfant. (6) Par enfant à charge, y compris la rente versée par la Sécurité sociale. (7) Ce module peut être souscrit en complément des autres garanties. Il prévoit le versement de forfaits au participant, en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge, tels que définis à l'article 10 du Règlement du Régime National de prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics. (8) En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'allocation est versée sur justificatifs et dans la limite des frais réellement exposés						
ATMP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale SB : Salaire de Base jusqu'à 4PSS (Plafond de la Sécurité sociale) RA : Rémunération annuelle brute (jusqu'à 4PSS) perçue au cours des douze derniers mois TC : Salaire de base en tranche C (de 4 PSS à 8 PSS)						
<div></div> Equivalent aux prestations du RNPE						

	Equivalent aux Prestations RNPO
	Equivalent aux Prestations du RNPE
(A)	Identique à la prestation RNPO, à l'exception de la majoration enfant.

Options supplémentaires des Cadres
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2023

> Garantie Décès Invalidité Accidentels		Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
Garantie 1						
Capital en cas de décès (1)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2)	T = 100 %	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Garantie 2						
Capital en cas de décès (1)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2)	15% < T ≤ 100 %	T x 100% SB	T x 200% SB	T x 300% SB	T x 400% SB	T x 500% SB
Garantie 3						
Capital en cas de décès (1)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2)	66% < T 15% < T ≤ 66 %	100% SB 100% SB x T / 66 %	200% SB 200% SB x T / 66 %	300% SB 300% SB x T / 66 %	400% SB 400% SB x T / 66 %	500% SB 500% SB x T / 66 %

(1) Décès accidentel (toutes causes) ou décès pour maladie professionnelle
(2) Invalidité accidentelle (toutes causes) ou invalidité pour maladie professionnelle

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

Annexe N°15

**Annexe « des Tarifs en vigueur »
du « Régime de Prévoyance supplémentaire des Cadres »**

Annexe occultée.

Annexe N°16

Annexe « des Garanties et des tarifs en vigueur » du « Règlement du Régime des couvertures PROBTP Capital Décès »

Régime des couvertures "PRO BTP Capital Décès"

Annexe des Garanties et des tarifs en vigueur au 1er Janvier 2023

Montant du capital versé en cas de décès :

	Capital décès
Niveau 1	1 500 €
Niveau 2	3 000 €
Niveau 3	5 000 €

Cotisation mensuelle ⁽¹⁾ en 2023:

	Cotisation mensuelle TTC 2023 en fonction de l'âge de l'adhérent				
Capital Décès	≤ 60 ans	de 61 à 65 ans	de 66 à 70 ans	de 71 à 75 ans	de 76 à 90 ans*
Niveau 1	5,50 €	7,00 €	11,00 €	15,00 €	20,00 €
Niveau 2	11,00 €	14,00 €	22,00 €	30,00 €	40,00 €
Niveau 3	18,00 €	23,00 €	36,50 €	50,00 €	66,50 €

* Exclusivement pour les personnes ayant adhéré avant le 31 décembre de l'année des 75 ans

Réduction en cas de cumul d'une adhésion au présent régime avec une adhésion au régime des Frais Médicaux Individuels des Retraités :

Lorsque l'adhésion au présent régime se cumule avec une adhésion au régime des Frais Médicaux Individuels des Retraités de BTP-PREVOYANCE, une réduction sur la cotisation mensuelle s'applique dans les conditions prévues à l'article 6.4 du règlement.

Capital Décès	Réduction sur la cotisation mensuelle TTC en 2023
Niveau 1	-1,00 €
Niveau 2	-2,00 €
Niveau 3	-3,00 €

(1) Tarif TTC et HT du fait que cette garantie est non soumise à la taxe TSA. Le conseil d'administration se réserve le droit de proposer à la Commission Paritaire de répercuter toutes taxes éventuelles applicables en cours d'exercice suite à des modifications législatives ou réglementaires conduisant à de nouvelles obligations pour l'Institution.

Annexe N°17

Annexe « des Garanties en vigueur » du « Règlement du Régime de GAT »

Régime de Garantie Arrêt de Travail Annexe des Garanties en vigueur au 1 ^{er} Janvier 2023
--

Les prestations applicables au titre de la stricte couverture des obligations légales et conventionnelles sont rappelées ci-après à titre indicatif. Seules les dispositions légales et réglementaires, ainsi que les dispositions détaillées relatives aux garanties prévues par les Conventions Collectives du Bâtiment et des Travaux publics, font référence.

Toutes les prestations s'entendent
y compris celles versées par la Sécurité Sociale

		Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
Collège pouvant être couvert :	Ouvrier	✓	✓	✓	✓	✓
	ETAM	✓		✓		✓
	Cadre	✓		✓		✓
Couverture des obligations légales et conventionnelles			Ouvrier Régime Général		Ouvrier Régime local d'Alsace-Moselle	ETAM Cadre
MALADIE	Carence	15 jours	3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1)	3 jours (Ouv. Bât. / ETAM / Cadre) 0 ou 3 jours (Ouv. TP) (1)	0 jour	0 jour
	Garantie	100 % Conventionnel (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)	100 % SB (jusqu'au 45e jour d'arrêt) (2) 75% SB (du 46e au 90e jour d'arrêt)	100 % SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)	100 % SB (du 1 ^{er} au 45e jour d'arrêt) 75% SB (du 46e au 90e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)
ACCIDENT DU TRAVAIL ou MALADIE PROFESSIONNELLE	Carence	15 jours	0 jour	3 jours (ETAM / Cadre) 0 jour (Ouv. Bât. et TP)	0 jour	0 jour
	Garantie	100 % Conventionnel (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)	<u>Arrêt ≤ 30 jours :</u> 90% SB (du 1 ^{er} au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt) <u>Arrêt > 30 jours :</u> 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	100 % SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)	<u>Arrêt ≤ 30 jours :</u> 90% SB (du 1 ^{er} au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt) <u>Arrêt > 30 jours :</u> 100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)
ACCIDENT DE TRAJET	Carence	15 jours	3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1)	<u>Arrêt ≤ 30 jours :</u> 3 jours (Ouv. Bât. / ETAM / Cadre) 0 ou 3 jours (Ouv. TP) (1) <u>Arrêt > 30 jours :</u> 0 jour	0 jour	0 jour
	Garantie	100 % SB (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt) (2)	100 % SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)	100 % SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 ^{er} au 90e jour d'arrêt)
MATERNITE	Carence	15 jours	0 jour	3 jours (ETAM / Cadre) 0 jour (Ouv. Bât. et TP)	0 jour	0 jour
	Garantie	100 % SB (du 16e au 112e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 ^{er} au 112e jour d'arrêt)	100 % SB (jusqu'au 112e jour d'arrêt) (2)	100% SB (du 1 ^{er} au 112e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 ^{er} au 112e jour d'arrêt)

(1) Pour les Ouvriers des Travaux Publics : application de 3 jours de carence si moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, sinon pas de carence.
(2) L'indemnisation débute au 1^{er} jour qui suit le délai de carence applicable au salarié.
SB : Salaire de base.

Régime de Garantie Arrêt de Travail
Annexe des Garanties en vigueur au 1^{er} Janvier 2023

Les prestations applicables au titre de la stricte couverture des obligations légales et conventionnelles sont rappelées ci-après à titre indicatif. Seules les dispositions légales et réglementaires, ainsi que les dispositions détaillées relatives aux garanties prévues par les Conventions Collectives du Bâtiment et des Travaux publics, font référence.

Niveau de couverture par rapport aux obligations légales et conventionnelles :

		Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
Collège pouvant être couvert :	Ouvrier RG *	inférieur	égal	supérieur	supérieur	supérieur
	Ouvrier ALM **	inférieur	inférieur	inférieur	égal	supérieur
	ETAM					
	Cadre	inférieur		inférieur		égal

* RG : Régime général
** ALM : Régime local d'Alsace-Moselle

Annexe N°18

**Annexe « des Tarifs en vigueur »
du « Règlement du Régime de GAT »**

Annexe occultée.

Annexe N°19

**Annexe « des Tarifs en vigueur »
du « Règlement du Régime d'OCALD »**

Annexe occultée.

Annexe N° 20

Annexes des Garanties, annexes des Cotisations du *« Règlement du Régime standard de frais médicaux collectifs et des groupes fermés des Non-cadres, Cadres et ETAM »*

Annexe 20.1 - Régime standard de frais médicaux collectifs
Gamme tous collèges

Annexe 20.2 - Régime standard de frais médicaux collectifs
Génération d'adhésion 2021

Annexe 20.3 - Régime standard de frais médicaux collectifs
Génération d'adhésion 2022

Annexe 20.4 - Régime standard de frais médicaux collectifs
Génération d'adhésion 2023

Annexe 20.5 - Régime des frais médicaux collectifs des Non-Cadres
(groupe fermé)

Annexe 20.6- Régime des frais médicaux collectifs des Cadres
(groupe fermé)

Annexe 20.7 - Régime des frais médicaux collectifs des ETAM
(groupe fermé)

A noter :

- Les cotisations de la formulation « Famille sans conjoint » (décrite à l'article 3.2 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs) sont identiques aux cotisations dites « CDI – Conjoint Distinct Isolé » (= Salarié + Enfants) de la formulation « Conjoint Distinct » ;
- Les cotisations de la formulation « Salarié seul » (décrite à l'article 3.2 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs) sont identiques aux cotisations de l'adulte de la formulation « Adulte/Enfant ».

Régime standard des frais médicaux collectifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- A l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique.

Options de la gamme nationale								
Bloc S		Part S.S. RG ²	S1 ^A	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6
Soins Courants	Honoraires médicaux							
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100%	100%	160%	200%	200%
	Actes techniques médicaux				(160% si OPTAM)	(200% si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)
	Radiologie	60% à 70%						
	Soins externes							
	Honoraires paramédicaux							
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%				160%	200%	200%
	Transport	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%						
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%
Hospitalisation	Médicaments							
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		30%	30%					
		15%	15%					
	Vaccins non remboursés par S.S. (1)	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical (2)	-	-	-	-	-	-	-
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%
	Honoraires							
	Honoraires, Frais de séjour (3)	80%	100%	100%	100%	160%	200%	200%
Optique	Autre équipement optique (verres et monture)	60% (4)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre (6)(7)	60% (8)	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre (6)(7)(8)							
	Equipement à verres unifocaux							
	Si partenaire Opticien Séviane		100 €	175 €	200 €	300 €	350 €	400 €
	Dans les autres cas		(50 € si < 16 ans)	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
	Equipement à verres progressifs (9)							
	Si partenaire Opticien Séviane		200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Dans les autres cas							
	Supplément forte correction (17)		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans (6)	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Dentaire	Lentilles (12)							
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.				80 €	125 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue (13)	-	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé (12)(14)	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires							
	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. (15)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) (16)	-	-	-	200 €	250 €	300 €	400 €
	Prothèses dentaires							
Aides auditives	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :							
	- Prothèses à honoraires maîtrisés (16)	70%	125%	250%	350%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	- Autres prothèses					450%	500%	600%
	Orthodontie							
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	250%	300%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) (17)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	600 €
	Implants (par an par bénéficiaire) (12)							
	Si partenaire Implantologie Séviane	-	-	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €
	Dans les autres cas				200 €	300 €	400 €	500 €
	Equipements auditifs 100% Santé (23)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestations complémentaires	Autres Prothèses auditives (2)(18)							
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus							
	Si partenaire Audioprothésiste Séviane		400 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €
	Dans les autres cas			950 €	950 €	1 100 €	1 100 €	1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires (19)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées (20)(21)	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.							
	Cures thermales (22)	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €
	Module additionnel facultatif							
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

Régime de frais médicaux collectifs des Groupes fermés Non-Cadres et Cadres

ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Options régionales PCE 1, PCE 2 et PCE 3

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors)
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options régionales					
réservées aux entreprises des départements 01,03,07,15,21,26,38,42,43,58,63,69,71,73,74,89 selon les modalités définies à l'article 2 de l'annexe des « Dispositions spécifiques aux groupes fermés »					
Bloc S	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2	PCE 3	
Soins courants	Honoraires médicaux				
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux				
	Radiologie		160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%	160%
	Honoraires paramédicaux				
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%			160%
	Transports	65%	100%	100%	
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%			100%
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	160%
	Médicaments				
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% / 30% 15%	100%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical ⁽²⁾				
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%	550%
	Honoraires				
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾		70 € / jour	90 € / jour	100 € / jour
Optique	Lit accompagnant ⁽³⁰⁾	-	23 € / jour ⁽³⁾ pour les enfants de -15 ans	23 € / jour ⁽³⁾ pour les enfants de -15 ans	100 €/ limité à 15j / hospitalisation ⁽³¹⁾ pour les enfants de -16 ans ou pour les personnes de +70 ans
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%	100%
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^{(3)(4b)(a)} en établissements hospitaliers ⁽³⁰⁾	-	oui	oui	oui
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisation > 15 jours	-	-	-	8 € / jour ⁽³²⁾
Bloc P	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2	PCE 3	
Optique	Equipeement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres équipement optique (verres et monture)				
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾				
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ^(c)	300 € 100 €	420 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 100 €	700 € ⁽¹⁰⁾ 100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif ^(e)
	Lentilles ⁽¹²⁾				
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾	300 € / an / bénéficiaire
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €	
Dentaire	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €	500 €
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires				
	Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	140%	300%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €	350 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾				
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%	Frais réels 500%
	Orthodontie				
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%	430%
Aides auditives	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €	600 €
	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €	600 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾				
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus - Pour les bénéficiaires de moins 20 ans	60%	950 € 1 400 € 100%	1 100 € 1 400 € 100%	1 200 € 1 400 € 100%
Prestations complémentaires	Accessoires ⁽¹⁹⁾				
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)	4 x 50 € / an / bénéficiaire (Plafond : 450 € / an / famille)
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.				
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €	100% + 350 €
	Séance tabagiste ⁽¹²⁾	-	-	-	55 € / an / bénéficiaire
Module additionnel facultatif	Complément équipement post cancer ⁽³⁵⁾	-	-	-	1 000 € / an / bénéficiaire
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option

Régime standard des frais médicaux collectifs ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023 Gamme Nationale

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci ; les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.
 Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du «100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.

- (16) Prothèses hors «100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation.
 Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
 À partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.
- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur,
 - ❖ Microphone,
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an / appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.
 Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (23) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
 Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV).
- b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV,
 Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.
- d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans.
- e) + 140 € / verre unifocal.

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

Δ Module non ouvert en gamme du Régime de frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé)

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1, PCE 2 et PCE 3

- (30) À l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...).
- (31) Comprend Lit + Repas lors de l'hospitalisation d'une personne de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans.
- (32) Remboursement si hospitalisation ≥ 15 jours, dès le 15^e jour, limité à 900 € / an / bénéficiaire.
- (33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale).
- (34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations.
- (35) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou mammaire, lingerie post mastectomie.

Régime standard des frais médicaux collectifs

Annexe - Services Assistance

En complément de son adhésion au présent règlement, l'entreprise peut opter pour une garantie additionnelle optionnelle d'assistance.

Les prestations correspondantes d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance (AWP France SAS), société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 490 381 753 et inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 026 669, dont le siège social est situé au 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen.

La nature des services d'assistance, les conditions d'accès à ces derniers, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions sont précisées dans la convention d'assistance remise à l'entreprise qui est tenue de la transmettre aux salariés affiliés.

La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
 - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
 - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

Annexe 20.1 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Gamme tous collègues

Annexe occultée.

Annexe 20.2 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2021

Annexe occultée.

Annexe 20.3 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2022

Annexe occultée.

Annexe 20.4 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2023

Annexe occultée.

Annexe 20.5 - Régime des frais médicaux collectifs des Non-Cadres (groupe fermé)

Annexe occultée.

Annexe 20.6 - Régime des frais médicaux collectifs des Cadres (groupe fermé)

Annexe occultée.

Annexe 20.7 - Régime des frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé)

Annexe occultée.

Annexe N° 21
Annexes des Garanties, annexes des Cotisations du
« Règlement des compléments collectifs « Renfort dépassements d'honoraires » »

Règlement des compléments collectifs « Renfort dépassements d'honoraires » Annexe de garanties au 1^{er} janvier 2023

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tous les remboursements s'entendent :

- dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale,
- à l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale,
- à l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale,
 - de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique.

Praticien	Garanties résultantes ⁽¹⁾		
	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
Non OPTAM	200 % BR SS	300 % BR SS	500 % BR SS
OPTAM		Frais réels	Frais réels

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

(1) Honoraires médicaux en médecine de ville ou en cas d'hospitalisation, dans les conditions et limites détaillées au règlement.

**Règlement des compléments collectifs - Gamme nationale
"Renfort dépassements d'honoraires"
ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2023**

Annexe occultée.

Annexe N° 22

Annexes des Garanties, annexes des Cotisations du *« Règlement des Frais Médicaux Amplitude – Améliorations de garanties »*

Règlement des frais médicaux Amplitude - Améliorations de garanties
ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française,
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française,
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18^e de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options de la gamme nationale								
Bloc S		Part S.S. RG ¹	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux							
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux	60% à 70%						
	Radiologie							
	Soins externes							
	Honoraires paramédicaux							
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%			160%	200%	200%	
	Transport	65%	100%	100%				
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%			100%	100%	100%	
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	Médicaments							
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 80 €	
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéf.	
	Matériel médical ⁽²⁾							
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	250%	350%	500%	550%	650%	
	Honoraires							
	Honoraires, Frais de séjour ⁽³⁾	80%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Chambre particulière ⁽³⁾	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ⁽³⁾ ou bénéficiaires de plus de 70 ans ⁽³⁾	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
Optique	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait journalier ⁽⁴⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁴⁾ en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	
	Bloc P	Part S.S. RG ¹	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	Equipement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)							
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ⁽⁶⁾	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾							
	Equipement à verres unifocaux Si partenaire Opticien Sévène		175 €	200 €	300 €	350 €	400 €	420 €
	Dans les autres cas		125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
	Equipement à verres progressifs ⁽⁹⁾ Si partenaire Opticien Sévène	60% ⁽⁴⁾	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € ⁽¹⁰⁾	700 € ⁽¹⁰⁾
Dentaire	Dans les autres cas		200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif ^(e)
	Lentilles ⁽¹²⁾							
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires							
	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Aides auditives	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires ⁽¹²⁾							
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :							
	- Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾	70%	250%	350%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	- Autres prothèses				450%	500%	550%	600%
	Orthodontie							
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾							
	Si partenaire Implantologue Sévène	-	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
Prestations complémentaires	Dans les autres cas			200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾							
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus							
	Si partenaire Audioprothésiste Sévène		1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €
	Dans les autres cas		950 €	950 €	950 €	1 100 €	1 100 €	1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de moins 20 ans	60%	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾							
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
Module additionnel facultatif	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

Règlement des frais médicaux Amplitude - Améliorations de garanties

ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Options régionales PCE 1 et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique

Options régionales				
réservées aux entreprises des départements 01,03,07,15,21,26,38,42,43,58,63,69,71,73,74,89 selon les modalités définies à l'article 2 de l'annexe des « Dispositions spécifiques aux groupes fermés »				
Bloc S		Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Soins courants	Honoraires médicaux			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Radiologie			
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transports	65%		
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%
	Médicaments			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% / 30% 15%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical ⁽²⁾			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Optique	Equipement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels
	Autres équipement optique (verres et monture)			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ^(c)	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
	Lentilles ⁽¹²⁾			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
Dentaire	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
	Orthodontie			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%
Aides auditives	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €
	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾			
Prestations complémentaires	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	950 €	1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de moins 20 ans		1 400 €	1 400 €
Module additionnel facultatif	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾			
Module additionnel facultatif	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologie, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Module additionnel facultatif		Services d'assistance	-	en option

Règlement des Frais Médicaux Amplitude – Améliorations de garanties

ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus: après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.
 Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale.
Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries,
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.

- (16) Prothèses hors « 100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
À partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.
- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur,
 - ❖ Microphone,
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an/appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.
Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (23) Prothèses auditives relevant du «100% Santé », définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- (a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV).
- (b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- (c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.
- (e) + 140 € / verre unifocal.

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1 et PCE 2

- (30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...)
- (33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale)
- (34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations.

Règlement des Frais Médicaux Amplitude – Améliorations de garanties

Annexe - Services Assistance

En complément de son adhésion au présent règlement, le salarié peut opter pour une garantie additionnelle optionnelle d'assistance.

Les prestations correspondantes d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance (AWP France SAS), société par actions simplifiée au capital de 7.584.076,86 euros, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 490 381 753 et inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 026 669, dont le siège social est situé au 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen.

La nature des services d'assistance, les conditions d'accès à ces derniers, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions sont précisées dans la convention d'assistance remise à l'adhérent. La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
 - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
 - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

Cotisation du Module additionnel

Annexe occultée.

Règlement des Frais Médicaux Amplitudes - Améliorations de garanties
ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2023

Annexe occultée.

Annexe N° 23
Annexes des Garanties, annexes des Cotisations du
« Règlement des Frais Médicaux Amplitude - Extension familiale »

Règlement des frais médicaux Amplitude - Extension familiale
ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18^e de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options de la gamme nationale									
FUF Bloc S		Part S.S. RG ¹	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux								
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux								
	Radiologie								
	Soins externes	60% à 70%							
	Honoraires paramédicaux								
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%				160%	200%	200%	
	Transport	65%	100%	100%	100%				
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%				100%	100%	100%	
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €	
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	Matériel médical ⁽²⁾								
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%	
	Honoraires								
	Honoraires, Frais de séjour ⁽³⁾	80%	100%	100%	100% (160% si OPTAM) 50 € / jour	160% (200% si OPTAM) 65 € / jour	200% (Frais réels si OPTAM) 80 € / jour	200% (Frais réels si OPTAM) 100 € / jour	
	Chambre particulière ⁽³⁾	-	-	-	-	-	-	-	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ⁽³⁾ ou bénéficiaires de plus de 70 ans ⁽³⁾	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
Optique	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
	Bloc P	Part S.S. RG ¹	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	Equipeur optique 100% Santé ⁽⁶⁾⁽⁶⁾	60% ⁽⁶⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)								
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ⁽⁶⁾	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾								
	Equipeur à verres unifocaux Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas		100 € (50 € si < 16 ans)	175 € 125 €	200 € 150 €	300 € 200 €	350 € 250 €	400 € 300 €	420 € 350 €
	Equipeur à verres progressifs ⁽⁹⁾ Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas	60% ⁽⁶⁾	200 € + 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans ⁽⁶⁾	250 € 200 € + 50 € / verre	300 € 250 € + 50 € / verre	400 € 300 € + 50 € / verre	500 € 400 € + 50 € / verre	600 € ⁽¹⁰⁾ 500 € + 50 € / verre	700 € ⁽¹⁰⁾ 600 € + 50 € / verre progressif ⁽⁶⁾
	Supplément forte correction ⁽¹¹⁾								
Dentaire	Lentilles ⁽¹²⁾								
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾	-	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹⁴⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non prise en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires ⁽¹²⁾								
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	125% 100%	250% 100%	350% 100%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
Aides auditives	Orthodontie								
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾ Si partenaire Implantologue Sévane Dans les autres cas	-	- 200 €	- 200 €	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €	1 200 € 600 €
	Autres Equipements auditifs 100% Santé ⁽¹⁸⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus Si partenaire Audioprothésiste Sévane Dans les autres cas	60%	400 €	1 000 € 950 €	1 100 € 950 €	1 200 € 950 €	1 350 € 1 100 €	1 500 € 1 100 €	1 700 € 1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
Prestations complémentaires	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
	Module additionnel facultatif								
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

Règlement des frais médicaux Amplitude - Extension familiale

ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Options régionales PCE 1 et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options régionales				
réservées aux entreprises des départements 01,03,07,15,21,26,38,42,43,58,63,69,71,73,74,89				
selon les modalités définies à l'article 2 de l'annexe des « Dispositions spécifiques aux groupes fermés »				
	Bloc S	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Soins courants	Honoraires médicaux			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Actes techniques médicaux			
	Radiologie		160% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transports	65%		
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%
Hospitalisation	Médicaments			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% - 30% 15%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical⁽²⁾			
Optique	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
	Honoraires			
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant ⁽³⁰⁾	-	23 € / jour ⁽³⁾	23 € / jour ⁽³⁾
	pour les enfants de -15 ans			
Bloc P	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
	Forfait journalier⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences^{(3)(4bis)} en établissements hospitaliers⁽³⁰⁾	-	oui	oui
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisé > 15 jours	-	-	-
	Bloc P			
	Equipeement optique 100% Santé ⁽⁶⁾⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels
Dentaire	Autres équipement optique (verres et monture)			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ^(c)	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+50 € / verre	+50 € / verre
	Lentilles⁽¹²⁾			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €
Aides auditives	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €
	Prothèses dentaires⁽²⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
	Orthodontie			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €
Prestations complémentaires	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives⁽²⁾⁽¹⁸⁾			
Module additionnel facultatif	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	950 €	1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%
Module additionnel facultatif	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾			
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Module additionnel facultatif	Services d'assistance	-	en option	en option

Règlement des Frais Médicaux Amplitude - Extension familiale

ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162- 14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
- (16) Prothèses hors « 100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

À partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.

- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur
 - ❖ Microphone
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout / an / appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille.
- (22) Remboursement sur la base de factures acquittées.
- Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (23) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (24) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.

- a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV).
- b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.
- d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans.
- e) + 140 € / verre unifocal .

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1 et PCE 2

- (30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...).
- (33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale).
- (34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations.

Règlement des Frais Médicaux Amplitude - Extension familiale

Annexe - Services Assistance

En complément de son adhésion au présent règlement, l'adhérent peut opter pour une garantie additionnelle optionnelle d'assistance.

Les prestations correspondantes d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance (AWP France SAS), société par actions simplifiée au capital de 7.584.076,86 euros, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 490 381 753 et inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 026 669, dont le siège social est situé au 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen.

La nature des services d'assistance, les conditions d'accès à ces derniers, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions sont précisées dans la convention d'assistance remise à l'adhérent. La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
 - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
 - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

Cotisation du Module additionnel

Annexe occultée.

Règlement des Frais Médicaux Amplitude - Extensions familiales

ANNEXE TARIFAIRE au 1^{er} janvier 2023

Annexe occultée.

Annexe N° 24

Annexes des Garanties, annexes des Cotisations du « Règlement des frais médicaux individuels des Retraités » et « Règlement des frais médicaux individuels des Actifs »

Annexe 24.1 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités
Annexe Sociale 2022

Annexe 24.2 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités
Annexes de garantie, Service Assistance et Annexe Sociale 2023

Annexe 24.3 – Règlement des frais médicaux individuels des Actifs
Annexes de garantie, Service Assistance et Annexe Sociale 2023

Annexe 24.4 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs
Cotisations des Titulaires

Annexe 24.5 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs
Cotisations des conjoints

Annexe 24.1 - Règlement des frais médicaux individuels des Retraités
Annexe Sociale 2022

Règlement de frais médicaux individuels des Retraités
ANNEXE SOCIALE au 1^{er} janvier 2022
Réductions mises en œuvre

Annexe occultée.

Annexe 24.2 - Règlement des frais médicaux individuels des Retraités

Annexes de garantie, Service Assistance et Annexe Sociale 2023

Règlement des frais médicaux individuels des Retraités ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023 Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

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

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18^e de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé.

Options de la gamme nationale									
FURM Bloc S		Part S.S. RG	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux	70%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)								
	Actes techniques médicaux								
	Radiologie								
	Soins externes	60% à 70%			100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Honoraires paramédicaux								
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%				160%	200%	200%	
	Transport	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%							
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	Médicaments	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Pharmacie remboursée par la S.S.	30%	30%	100%	100%	100%	100%	100%	
		15%	15%						
	Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €	
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	Matériel médical ⁽²⁾								
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%	
	Honoraires								
	Honoraires, Frais de séjour ⁽³⁾	80%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Chambre particulière ^(3 bis)	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
Optique	Ut. accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ^(3 bis) ou bénéficiaires de plus de 70 ans ^(3 bis)	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait journalier ⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^{(5)(4bis)} en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
	Bloc P	Part S.S. RG	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	Equipeement optique 100% Santé ⁽⁶⁾⁽⁵⁾	60% ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)								
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ⁽⁴⁾	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾								
	Equipment à verres unifocaux								
	Si partenaire Opticien Séviane		100 €	175 €	200 €	300 €	350 €	400 €	420 €
Dentaire	Dans les autres cas		125 €	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
	Equipment à verres progressifs ⁽⁹⁾	60% ⁽⁴⁾	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € ⁽¹⁰⁾	700 € ⁽¹⁰⁾
	Si partenaire Opticien Séviane		200 €	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Dans les autres cas								
	Supplément forte correction ⁽⁷⁾⁽¹⁾		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans ⁽⁸⁾	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif ⁽¹⁴⁾
	Lentilles ⁽¹²⁾								
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾	-	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aides auditives	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾								
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :								
	- Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾	70%	125%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	- Autres prothèses								
	Orthodontie								
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Prestations complémentaires	Implants (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾								
	Si partenaire Implantologue Séviane	-	-	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
	Dans les autres cas				200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus								
	Si partenaire Audioprothésiste Séviane	60%	400 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €
	Dans les autres cas				950 €	950 €	1 100 €	1 300 €	1 500 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Module additionnel facultatif	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.								
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

Règlement des frais médicaux individuels des Retraités
ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023
Gamme nationale

Les options de la gamme nationale de frais médicaux individuels des Retraités sont nécessairement composées d'un niveau de couverture de chacun des deux modules "Soins" et "Prothèses".

Pour chaque niveau "S_x" du module "Soins", il est possible de souscrire un niveau "P_{x-1}", "P_x" ou "P_{x+1}" du module "Prothèses". Certaines combinaisons sont identifiées par des noms qui définissent les options souscrites par les adhérents. Il s'agit des combinaisons suivantes :

Options	Modules Soins	Modules Prothèses
Base	S2	P1
Bien-être	S2	P2
Quiétude	S3	P3
Vitalité	S3+	P3+
Privilège	S4	P4
Expert	S5	P5
Excellence	S6	P6

Module additionnel facultatif (groupe fermé)
"BTP Santé Plus" ⁽⁵⁰⁾

	Niveau 1	Niveau 2
Services d'assistance	Oui	Oui
Allocation décès ⁽⁵¹⁾	-	1 500 €

Règlement des frais médicaux individuels des Retraités

ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Options régionales PCE 1, PNPC et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et du L.1111-15 du code de la santé

Options régionales				
Selon les modalités définies à l'article 2 du présent règlement les options régionales sont réservées aux adhérents domiciliés dans les départements suivants :				
a) Options PCE 1 et PCE 2 : 01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 43, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 89				
b) Option PNPC : 56 et 62				
Bloc S		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Soins courants	Honoraires médicaux			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Radiologie			
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transports	65%		
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%
	Médicaments			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% - 30% 15%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical ⁽²⁾			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
	Honoraires			
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
Optique	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant pour les enfants de -15 ans ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	23 € / jour	23 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^{(3)(4b1a)} en établissements hospitaliers ⁽³⁰⁾	-	oui	oui
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Optique	Équipement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels
	Autres équipement optique (verres et monture)			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ^(c)	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
	Lentilles ⁽¹²⁾			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
Dentaire	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
	Orthodontie			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%
Aides auditives	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €
	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €
	Équipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾			
Prestations complémentaires	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	950 €	1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%
Module additionnel facultatif	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédiature, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.			
Module additionnel facultatif	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
	Services d'assistance	-	en option	en option

Règlement des frais médicaux individuels des Retraités ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (3 bis) Limité à 90 jours par hospitalisation.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier Remboursement d'un équipement.
 Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale.
Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire

- (16) Prothèses hors « 100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- A partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.
- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur
 - ❖ Microphone
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an/appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (23) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)
- b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture
- d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans.
- e) + 140 € / verre unifocal .

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1, PCE 2 et PNPC

(30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...).

(33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale).

(34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations.

Notes spécifiques aux modules additionnels (groupe fermé) "BTP Santé plus"

(50) N'est plus commercialisé depuis le 01/01/2013.

(51) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans au moment du décès.

Règlement des frais médicaux individuels des Retraités

Annexe Services Assistance

En complément de son adhésion au présent règlement, l'adhérent peut opter pour une garantie additionnelle optionnelle d'assistance.

Les prestations correspondantes d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance (AWP France SAS), société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 490 381 753 et inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 026 669, dont le siège social est situé au 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen.

La nature des services d'assistance, les conditions d'accès à ces derniers, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions sont précisées dans la convention d'assistance remise à l'adhérent. La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
 - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
 - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

Cotisation du Module additionnel

Annexe occultée.

Règlement de frais médicaux individuels des Retraités
ANNEXE SOCIALE au 1^{er} janvier 2023
Réductions mises en œuvre

Annexe occultée.

Annexe 24.3 - Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

Annexes de garantie, Service Assistance et Annexe Sociale 2023

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé.

Options de la gamme nationale									
Bloc S		Part S.S. RG ¹	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux	70%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)					(160% si OPTAM)	(200% si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux								
	Radiologie	60% à 70%							
	Soins externes								
	Honoraires paramédicaux	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	65%							
	Transport	60%							
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%							
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		30%							
		15%							
	Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €	
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	Matériel médical ⁽²⁾								
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%	
	Honoraires								
	Honoraires, Frais de séjour ⁽³⁾	80%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Optique	Chambre particulière ^(3bis)	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ^(3bis) ou bénéficiaires de plus de 70 ans ^(3bis)	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^{(3)(4bis)} en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Bloc P		Part S.S. RG ¹	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique	Equipelement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)								
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ⁽⁶⁾	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾								
	Equipment à verres unifocaux								
	Si partenaire Opticien Sévane		100 €	175 €	200 €	300 €	350 €	400 €	420 €
	Dans les autres cas		(50 € si < 16 ans)	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
	Equipment à verres progressifs ⁽⁹⁾	60% ⁽⁴⁾							
	Si partenaire Opticien Sévane		200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € ⁽¹⁰⁾	700 € ⁽¹⁰⁾
	Dans les autres cas			200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Dentaire	Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans ⁽⁸⁾	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif ⁽⁸⁾
	Lentilles ⁽¹²⁾								
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾	-	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil
Aides auditives	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾								
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :								
	- Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾	70%	125%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	- Autres prothèses								
	Orthodontie								
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
Prestations complémentaires	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾								
	Si partenaire Implantologue Sévane				400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
	Dans les autres cas	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Module additionnel facultatif	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽¹²⁾⁽¹⁸⁾								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus								
	Si partenaire Audioprothésiste Sévane		400 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €
	Dans les autres cas	60%		950 €	950 €	950 €	1 100 €	1 100 €	1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires ⁽¹⁶⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾								
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023
Gamme nationale

Les options de la gamme nationale de frais médicaux individuels des Actifs sont nécessairement composées d'un niveau de couverture de chacun des deux modules "Soins" et "Prothèses".
 Pour chaque niveau "S_x" du module "Soins", il est possible de souscrire un niveau "P_{x-1}", "P_x" ou "P_{x+1}" du module "Prothèses". Certaines combinaisons sont identifiées par des noms qui définissent les options souscrites par les adhérents. Il s'agit des combinaisons suivantes :

Options	Modules Soins	Modules Prothèses
Base	S2	P1
Bien-être	S2	P2
Quiétude	S3	P3
Vitalité	S3+	P3+
Privilège	S4	P4
Expert	S5	P5
Excellence	S6	P6

Module additionnel facultatif (groupe fermé)
"BTP Santé Plus" ⁽⁵⁰⁾

	Niveau 1	Niveau 2
Services d'assistance	Oui	Oui
Allocation décès ⁽⁵¹⁾	-	1 500 €

Règlement des frais médicaux individuel des Actifs

ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Options régionales PCE 1, PNPC et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et du L.1111-15 du code de la santé

Options régionales

Selon les modalités définies à l'article 2 du présent règlement les options régionales sont réservées aux adhérents domiciliés dans les départements suivants :

a) Options PCE 1 et PCE 2 : 01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 43, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 89

b) Option PNPC : 56 et 62

Bloc S		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Soins courants	Honoraires médicaux			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux			
	Radiologie		160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transports	65%		
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%
	Médicaments			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% / 30%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical⁽²⁾			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
	Honoraires			
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
Optique	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant pour les enfants de -15 ans ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	23 € / jour	23 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%
	Forfait journalier⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences^{(3)(4bis)} en établissements hospitaliers⁽³⁰⁾	-	oui	oui
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Optique	Équipement optique 100% Santé ⁽⁶⁾⁽⁶⁾	60% ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels
	Autres équipement optique (verres et monture)			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ^(c)	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+50 € / verre	+50 € / verre
	Lentilles⁽¹²⁾			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150€ ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135,00 €	150,00 €
Dentaire	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €
	Prothèses dentaires⁽²⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
	Orthodontie			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%
Aides auditives	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €
	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €
	Équipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives⁽²⁾⁽¹⁸⁾			
Prestations complémentaires	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	950 €	1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%
Module additionnel facultatif	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédiature, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S. Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Sercives d'assistance		-	en option	en option

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2023

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (3 bis) Limité à 90 jours par hospitalisation.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier Remboursement d'un équipement.Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP- PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire

- (16) Prothèses hors "100% Santé", auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14- 2. A partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.
- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entend comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur
 - ❖ Microphone
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an/appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées. Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire
- (23) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)
- b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture
- d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans
- e) + 140 € / verre unifocal

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1, PCE 2 et PNPC

- (30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...)
- (33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale)
- (34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

Notes spécifiques aux modules additionnels (groupe fermé) "BTP Santé plus"

- (50) N'est plus commercialisé depuis le 01/01/2013
- (51) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans au moment du décès

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

Annexe - Services Assistance

En complément de son adhésion au présent règlement, l'adhérent peut opter pour une garantie additionnelle optionnelle d'assistance.

Les prestations correspondantes d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance (AWP France SAS), société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 490 381 753 et inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 026 669, dont le siège social est situé au 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen.

La nature des services d'assistance, les conditions d'accès à ces derniers, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions sont précisées dans la convention d'assistance remise à l'adhérent. La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
 - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
 - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

Cotisation du Module additionnel

Annexe occultée.

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs
ANNEXE SOCIALE au 1^{er} janvier 2023
Cotisations Apprentis

Annexe occultée.

Annexe 24.4 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs
Cotisations des Titulaires

Annexe occultée.

Annexe 24.5 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs
Cotisations des Conjointes des Retraités et des Actifs

Annexe occultée.

Annexe N° 25
Annexes des Garanties et Annexes de Cotisations des
« Contrats frais médicaux anciennes gammes fermées
collectives et individuelles »

A. Frais Médicaux Collectifs

- ETAM option 1- gamme anté 1994
- Cadre option 2 - gamme anté 1994
- Renforcement de garanties :
 - Chirurgie Maternité ETAM & Cadre

B. Frais Médicaux Individuels

- AGRETRAITE option 1 sans chirurgie
- Actif – ancienne gamme individuelle (FMIA)
- Retraité – option Santé Retraite
- Renforcement de garanties :
 - BTP Santé+
 - Chirurgie - Maternité pour retraité et actif

Par décision des partenaires sociaux lors du conseil d'administration du 13 octobre 2022, les niveaux des garanties et les tarifs des contrats de frais médicaux anciennes gammes fermées collectives et individuelles ont évolué comme suit :

A – Frais médicaux Collectifs

➤ Option 1 - anté 1994

Les garanties de cette option sont alignées sur les niveaux du module S3 et du module P2 de la gamme ouverte, consultables en *Annexe 20.1* du présent avenant.

Les cotisations applicables au 1^{er} janvier 2023 sont :

Annexe occultée.

➤ Option 2 - anté 1994

Les garanties de cette option sont alignées sur les niveaux du module S4 et du module P4 de la gamme ouverte, consultables en *Annexe 20.1* du présent avenant.

Les cotisations applicables au 1^{er} janvier 2023 sont :

Annexe occultée.

➤ Option Chirurgie Maternité

Les garanties de cette option sont alignées sur les niveaux du module Chirurgie de la prévoyance couplé avec le forfait naissance niveau 2 :

Soins - Hospitalisation	Garantie 2023
Hospitalisation	
- Honoraires Chirurgie	200% BR (Frais réels si OPTAM)
- Honoraire Obstétrique	175% BR (Frais réels si OPTAM)
- Forfait Urgence	100% du forfait
- Participation de l'assuré	100% du forfait
- Forfait hospitalisation chirurgie	100% du forfait
- Chambre particulière chirurgie	100% Frais réels / jour
- Chambre particulière obstétrique (⇒ uniquement pour la catégorie Cadre)	100% Frais réels / jour
- Chambre accompagnant enfant de moins de 12 ans	26 € / jour
Allocation naissance	39,2% PMSS / enfant

Les cotisations applicables au 1^{er} janvier 2023 sont :

Annexe occultée.

B – Régime Individuel

➤ AGRETRAITE Option 1

Les garanties de cette option sont alignées sur les niveaux du module S3 et du module P2 de la gamme ouverte, consultables en *Annexe 24.3* du présent avenant.

Les cotisations applicables au 1^{er} janvier 2023 sont :

Annexe occultée.

➤ Ancienne Gamme Frais Médicaux Individuel Actif (FMIA)

Les garanties de cette option sont alignées sur les niveaux du module S et du module P de la gamme ouverte, consultables en *Annexe 24.3* du présent avenant.

Option (FMIA)	Module S	Module P
Base	S2	P1
Option 2	S2	P2
Option 4	S4	P4

Les cotisations applicables au 1^{er} janvier 2023 sont :

Annexe occultée.

➤ Option BTP Santé +

Les garanties sont :

BTP Santé Plus	Niveau 1	Niveau 2
Assistance (Mondiale assistance)	Oui	Oui
Allocation décès	-	1 500 €

Les cotisations applicables au 1^{er} janvier 2023 sont :

Annexe occultée.

➤ Option Chirurgie Maternité, renforcement des garanties sous GFMIR et AGRETRAITE

Les garanties sont :

Soins - Hospitalisation	Garantie 2023
Hospitalisation chirurgicale :	
- Honoraires	200% BR (Frais réels si OPTAM)
- Forfait urgence	100% du forfait
- Participation de l'assuré	100% du forfait
- Forfait hospitalier	100% du forfait
- Chambre particulière	100 € / jour

Les cotisations applicables au 1^{er} janvier 2023 sont :

Annexe occultée.

➤ **Option Chirurgie Maternité, renforcement des garanties sous GFMIA**

Les garanties sont :

Soins - Hospitalisation	Garantie 2023
Hospitalisation chirurgicale :	
- Honoraires	200% BR (Frais réels si OPTAM)
- Forfait urgence	100% du forfait
- Participation de l'assuré	100% du forfait
- Forfait hospitalier	100% du forfait
- Chambre particulière	100 € / jour
Allocation naissance	3,2% PASS / enfant

Les cotisations applicables au 1^{er} janvier 2023 sont :

Annexe occultée.