

Accords collectifs nationaux

**BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS**

**Avenant n° 37 du 13 décembre 2023**

à l'accord collectif du 1<sup>er</sup> octobre 2001  
instituant BTP-Prévoyance

NOR : ASET2450189M

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 :

**CFDT FNCB ;**

**CFE-CGC BTP ;**

**FG FO construction,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Titre I<sup>er</sup> 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 suivant du sous-article 4.1 « Assiette » :**

« Les modalités d'inclusion des indemnités versées par les caisses congés intempéries BTP dans l'assiette des cotisations au titre de la base (telle définie à l'article 4.3) sont les suivantes :

- pour toute entreprise qui adhère à une caisse congés intempéries BTP et qui relève du mode direct (tel que défini à l'article 4.6), en vertu de la convention conclue avec "Congés intempéries BTP – Union des caisses de France" (UCF) le 1<sup>er</sup> décembre 2010, c'est la caisse congés intempéries BTP qui déclare les

indemnités qu'elle a versées. L'entreprise déclare tous les autres éléments de rémunération ;

- dans les autres cas qui relèvent du mode déclaratif (tel que défini à l'article 4.6), l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations. »,

est remplacé par :

« Les modalités d'inclusion des indemnités versées par les caisses congés intempéries BTP dans l'assiette des cotisations au titre de la BASE (telle définie à l'article 4.3) sont les suivantes :

- pour toute entreprise qui adhère à une caisse congés intempéries BTP et qui relève du mode direct (tel que défini à l'article 4.6), en vertu de la convention conclue avec "CIBTP France" le 1<sup>er</sup> décembre 2010, c'est la caisse congés intempéries BTP qui déclare les indemnités qu'elle a versées. L'entreprise déclare tous les autres éléments de rémunération ;
- dans les autres cas qui relèvent du mode déclaratif (tel que défini à l'article 4.6), l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations. »

## II. Le texte du sous-article 4.3 « Taux » est intégralement remplacé par :

« La cotisation appelée pour assurer le financement des garanties instituées par l'accord collectif national du 31 juillet 1968 est de 2,59 %. Elle est composée :

- d'une partie dénommée Base au taux de 2,29 % (dont 0,59 % au titre de l'indemnité de fin de carrière) ;
- d'une partie dénommée Surbase obligatoire au taux de 0,30 %.

L'employeur consacre au financement des garanties couvertes par le présent règlement une cotisation dont le taux est de 1,72 % de l'assiette définie à l'article 4.1, soit :

- au titre de la Base : une cotisation de 1,54 % dont 0,59 % au titre de l'indemnité de fin de carrière ;
- au titre de la Surbase obligatoire : une cotisation de 0,18 %.

Une part de la cotisation base à la charge exclusive de l'employeur (0,01 %) est destinée au financement des garanties définies à l'article 20.1.b du présent règlement.

	Taux de cotisation	Dont cotisation employeur
<b>Prévoyance : Base</b>	<b>1,70 %</b>	<b>0,95 %</b>
Dont au titre :		
Des garanties en cas de décès	0,62 %	0,37 %
Des rentes d'invalidité	0,54 %	0,27 %
Des indemnités journalières > 90 jours	0,45 %	0,26 %
Des forfaits parentalité et accouchement	0,06 %	0,03 %
De l'hospitalisation chirurgicale	0,02 %	0,01 %
Des indemnités journalières < 90 jours (maintien de salaire incombant à l'employeur)	0,01 %	0,01 %

	Taux de cotisation	Dont cotisation employeur
<b>Prevoyance : Surbase obligatoire</b>	<b>0,30 %</b>	<b>0,18 %</b>
Dont au titre :		
Des garanties en cas de décès	0,07 %	0,042 %
Des indemnités journalières > 90 jours	0,14 %	0,084 %
Des rentes d'invalidité	0,09 %	0,054 %
<b>Sous-total prévoyance (hors IFC)</b>	<b>2,00 %</b>	<b>1,13 %</b>
Indemnités de fin de carrière (IFC)	0,59 %	0,59 %
<b>Total RNPO</b>	<b>2,59 %</b>	<b>1,72 %</b>

### III. Le texte suivant du sous-article 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 de 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 santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« 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 de 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. 1224-1 et suivants du code du travail. »

### 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 » est intégralement remplacé par :

« 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 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.

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. »

**V.** Le texte du sous-article 5.1.d « Terme de l'adhésion suite à modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail » est intégralement remplacé par :

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail :

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

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 date d'effet de la modification de la situation juridique de l'employeur. L'adhésion peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**VI.** Le titre et le texte du sous-article 9.2 « Déclarations tardives. Paiement rétroactif » sont intégralement remplacés par :

**« 9.2. Déclarations tardives. Paiement rétroactif des rentes d'invalidité**

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 d'invalidité 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. »

**VII.** Le texte du sous-article 9.3 « Prescription des actions en justice » est intégralement remplacé par :

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là ;
- en cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le salarié, un bénéficiaire ou un ayant droit, ou du jour où le tiers a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à :

- cinq ans en ce qui concerne les actions relatives au risque incapacité de travail ;
- cinq ans en ce qui concerne les actions en répétition de l'indu (s'agissant notamment des cotisations versées à tort par les adhérents et des prestations versées à tort par BTP-Prévoyance) ;
- dix ans en ce qui concerne les actions relatives au risque décès.

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'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
  - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »

**VIII.** Le texte suivant 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 6,05 € au 1<sup>er</sup> juillet 2022 (5,90 € au 1<sup>er</sup> juillet 2021). Cette valeur est revalorisée, chaque année au 1<sup>er</sup> 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 6,32 € au 1<sup>er</sup> juillet 2023 (6,05 € au 1<sup>er</sup> juillet 2022). Cette valeur est actualisée, chaque année au 1<sup>er</sup> juillet, pour être alignée sur la nouvelle valeur définie par les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ; »

**IX.** Le texte du sous-article 18.1 « Rente initiale » est intégralement remplacé par :

- « En cas de décès d'un ouvrier, non provoqué par un accident du travail ou une maladie professionnelle, il est versé une rente au conjoint survivant.
- Le montant de la rente initiale est calculé de manière à ce que le conjoint dispose d'une ressource totale égale à 12 % de SB, en cumulant la rente initiale et l'éventuelle pension dont il bénéficie au titre du régime de retraite Agirc-Arrco.
- Pour ce calcul, SB ne pourra être inférieur à 4 000 SR.
- Cette rente sera versée pendant la période délimitée par la date du décès de l'ouvrier et la plus tardive des dates suivantes :
- la date à laquelle le conjoint a atteint son 55<sup>e</sup> anniversaire ;
  - la date à laquelle le conjoint n'a plus d'enfant à charge ;
  - la date obtenue en ajoutant à la date de naissance de l'ouvrier l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale dans sa version en vigueur à la date du décès de l'ouvrier. »

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

- « Au lendemain du dernier jour de versement de la rente initiale définie à l'article 18.1, la rente est transformée en une rente viagère dans la limite de 12 % de SB et y com-

pris 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° 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. »

**XI.** Le texte du sous-article 18.4 « Modalités de versement » est intégralement remplacé par :

« Le versement des rentes et majorations prévues aux articles 18.1 à 18.3 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.

Ces rentes sont révisables éventuellement chaque mois en fonction du nombre d'enfants restant à charge.

Ces rentes seront supprimées en cas de remariage, de conclusion d'un Pacs ou de décès du conjoint survivant.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang, la rente est répartie entre eux par parts égales. »

**XII.** Le texte du sous-article 26.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » est intégralement remplacé par :

« Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à 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 et/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.

Conformément à la réglementation, il appartient :

- à BTP-Prévoyance d'établir une notice d'information exposant les nouvelles garanties applicables ;
- à l'entreprise de remettre cette notice aux salariés concernés. »

**XIII.** Le texte suivant du sous-article 26.4 « Protection des données personnelles » :

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

- (i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;
- (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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, e-mail, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 produits ou 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 situés 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) Assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

En leur remettant la notice d'information préparée par BTP-Prévoyance, l'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, BTP-Prévoyance leurs apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. 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 préparation, 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 des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »,

est remplacé par :

« Ces données ainsi collectées sont traitées par BTP-Prévoyance à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;

(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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par e-mail, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des salariés (que ces derniers peuvent exercer 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 produits ou 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 situés 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) Assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

L'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées, dans le cadre de son obligation de remise aux salariés de leur(s) notice(s) d'information.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, BTP-Prévoyance leurs apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés de l'entreprise adhérente et leurs bénéficiaires 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. 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 préparation, 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 des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »

**XIV.** Le texte suivant du sous-article 27.2 Modalités de fonctionnement du fonds des indemnités de fin de carrière » :

- « 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. »,

est remplacé par :

- « 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 ;
- les autres charges techniques correspondant aux dépréciations des créances client et aux admissions en non-valeur, pour leur fraction relative aux cotisations d'indemnités de fin de carrière. »

**XV.** Le texte suivant de l'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. »,

est remplacé par :

« 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, en tenant 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. »

**XVI.** 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) ;
- a) 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) Un prélèvement sur les cotisations pour le financement du fonds d'action sociale prévoyance ouvriers, dans les conditions définies au a de l'article 32.1 ;

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. »

**XVII.** Le texte suivant du sous-article 32.1 « Compte du "Fonds d'action sociale prévoyance ouvriers" » :

« Les ressources du fonds d'action sociale prévoyance ouvriers comprennent :

a) La cotisation d'action sociale telle que définie dans l'article 4 du présent règlement ;

b) Les produits des placements du fonds d'action sociale prévoyance ;

c) Les dotations de toute sorte ;

d) Le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé. »,

est remplacé par :

« Les ressources du fonds d'action sociale prévoyance ouvriers comprennent :

a) Un prélèvement égal à 10 % des cotisations acquises des entreprises adhérentes au titre de la première section financière définie à l'article 28 (ce prélèvement assurant une conformité avec les dispositions de l'accord collectif national du 31 juillet 1968 qui prévoient une cotisation d'action sociale égale à 0,20 % de l'assiette cotisée) ;

b) Les produits des placements du fonds d'action sociale prévoyance ;

c) Les dotations de toute sorte ;

d) Le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé. »

## **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 suivant du sous-article 4.1 « Assiette » :

« Les modalités d'inclusion des indemnités versées par les caisses congés intempéries BTP dans l'assiette des cotisations sont les suivantes :

Pour toute entreprise qui adhère à une caisse congés intempéries BTP, et qui relève du mode direct (tel que défini à l'article 4.6), en vertu de la convention conclue avec "Congés intempéries BTP – Union des caisses de France" (UCF) le 1<sup>er</sup> décembre 2010,

c'est la caisse congés intempéries BTP qui déclare les indemnités qu'elle a versées directement à l'ETAM. L'entreprise déclare tous les autres éléments de rémunération. Dans tous les autres cas qui relèvent du mode déclaratif (tel que défini à l'article 4.6), l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations. »,

est remplacé par :

« Les modalités d'inclusion des indemnités versées par les caisses congés intempéries BTP dans l'assiette des cotisations sont les suivantes :

Pour toute entreprise qui adhère à une caisse congés intempéries BTP, et qui relève du mode direct (tel que défini à l'article 4.6), en vertu de la convention conclue avec "CIBTP France" le 1<sup>er</sup> décembre 2010, c'est la caisse congés intempéries BTP qui déclare les indemnités qu'elle a versées directement à l'ETAM. L'entreprise déclare tous les autres éléments de rémunération.

Dans tous les autres cas qui relèvent du mode déclaratif (tel que défini à l'article 4.6), l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations. »

## II. Le texte suivant du sous-article 4.3 « Taux » :

« La cotisation appelée pour assurer le financement des garanties fixées par l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est de 1,85 %.

L'employeur consacre au financement de ces garanties une cotisation dont le taux est de 1,25 % de la rémunération. »,

est remplacé par :

« La cotisation appelée pour assurer le financement des garanties fixées par l'accord collectif national du 13 décembre 1990 est de 1,85 %.

L'employeur consacre au financement de ces garanties une cotisation dont le taux est de 1,25 % de l'assiette définie à l'article 4.1. »

## III. Le texte suivant du sous-article 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 de 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 santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« 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 de 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. 1224-1 et suivants du code du travail. »

**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 » est intégralement remplacé par :

« 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 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.

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. »

**V.** Le texte du sous-article 5.1.d « Terme de l'adhésion suite à modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail » est intégralement remplacé par :

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail :

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

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 date d'effet de la modification de la situation juridique de l'employeur. L'adhésion peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**VI.** Le titre et le texte du sous-article 9.2 « Déclarations tardives. Paiement rétroactif » sont intégralement remplacés par :

#### **« 9.2. Déclarations tardives. Paiement rétroactif des rentes d'invalidité**

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 d'invalidité 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. »

**VII.** Le texte du sous-article 9.3 « Prescription des actions en justice » est intégralement remplacé par :

« Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent régime sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là ;
- en cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le salarié, un bénéficiaire ou un ayant droit, ou du jour où le tiers a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à :

- cinq ans en ce qui concerne les actions relatives au risque incapacité de travail ;
- cinq ans en ce qui concerne les actions en répétition de l'indu (s'agissant notamment des cotisations versées à tort par les adhérents et des prestations versées à tort par BTP-Prévoyance) ;
- dix ans en ce qui concerne les actions relatives au risque décès.

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'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
  - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »

**VIII.** Le texte de l'article 11 « Bénéficiaires en cas de décès » est intégralement remplacé par :

« Sauf stipulation contraire du participant, le capital de base défini à l'article 17.1 est réglementairement versé :

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

Un ou plusieurs autres bénéficiaires peuvent, à sa demande expresse, être désignés par le participant. Dans ce cadre :

- le participant peut modifier son choix de bénéficiaire(s) à tout moment durant sa période d'affiliation ;
- de telles désignations sont effectuées à l'aide du formulaire de désignation des bénéficiaires délivré à cet effet par BTP-Prévoyance, par un acte sous signature privée ou un acte authentique signifié à BTP-Prévoyance.

La majoration du capital décès accordée au titre de chaque enfant à charge n'est versée au conjoint (ou au bénéficiaire désigné) que si celui-ci en a effectivement

la charge ; sinon, ce dernier 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. »

**IX.** Le texte du sous-article 26.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » est intégralement remplacé par :

« Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à 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 et/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.

Conformément à la réglementation, il appartient :

- à BTP-Prévoyance d'établir une notice d'information exposant les nouvelles garanties applicables ;
- à l'entreprise de remettre cette notice aux salariés concernés. »

**X.** Le texte suivant du sous-article 26.4 « Protection des données personnelles » :

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

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;

(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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, e-mail, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 produits ou 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 situés 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) Assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

En leur remettant la notice d'information préparée par BTP-Prévoyance, l'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, BTP-Prévoyance leurs apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. 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 préparation, 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 des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »,

est remplacé par :

« Ces données ainsi collectées sont traitées par BTP-Prévoyance à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;

(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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par e-mail, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des salariés (que ces derniers peuvent exercer 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 produits ou 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 situés 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) Assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

L'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées, dans le cadre de son obligation de remise aux salariés de leur(s) notice(s) d'information.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, BTP-Prévoyance leurs apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés de l'entreprise adhérente et leurs bénéficiaires 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. 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 préparation, 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 des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »

**XI.** Le texte suivant de l'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. »

est remplacé par :

« 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, en tenant 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. »

### **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. Le texte suivant du sous-article 4.1 « Assiette » :**

« Les modalités d'inclusion des indemnités versées par les caisses congés intempéries BTP dans l'assiette des cotisations sont les suivantes :

Pour toute entreprise qui adhère à une caisse congés intempéries BTP, et qui relève du mode direct (tel que défini à l'article 4.6), en vertu de la convention conclue avec "Congés intempéries BTP – Union des caisses de France" (UCF) le 1<sup>er</sup> décembre 2010, c'est la caisse congés intempéries BTP qui déclare les indemnités qu'elle a versé directement au cadre. L'entreprise déclare tous les autres éléments de rémunération.

Dans tous les autres cas qui relèvent du mode déclaratif (tel que défini à l'article 4.6), l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations. »,

est remplacé par :

« Les modalités d'inclusion des indemnités versées par les caisses congés intempéries BTP dans l'assiette des cotisations sont les suivantes :

Pour toute entreprise qui adhère à une caisse congés intempéries BTP, et qui relève du mode direct (tel que défini à l'article 4.6), en vertu de la convention conclue avec "CIBTP France" le 1<sup>er</sup> décembre 2010, c'est la caisse congés intempéries BTP qui déclare les indemnités qu'elle a versé directement au cadre. L'entreprise déclare tous les autres éléments de rémunération.

Dans tous les autres cas qui relèvent du mode déclaratif (tel que défini à l'article 4.6), l'entreprise est tenue d'inclure le montant total des indemnités de congés payés dans l'assiette de cotisations. Si l'entreprise n'a pas connaissance des montants servis par la caisse congés intempéries BTP, elle doit majorer forfaitairement de 14 % l'assiette des cotisations. »

**II. Le texte suivant du sous-article 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 de 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 santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« 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 de 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. 1224-1 et suivants du code du travail. »

**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 » est intégralement remplacé par :**

« 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 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.

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. »

**IV. Le texte du sous-article 5.1.d « Terme de l'adhésion suite à modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail » est intégralement remplacé par :**

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail :

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

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 date d'effet de la modification de la situation juridique de l'employeur. L'adhésion peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**V.** Le titre et le texte du sous-article 9.2 « Déclaration tardive. Paiement rétroactif » sont intégralement remplacés par :

**« 9.2. Déclaration tardive. Paiement rétroactif des rentes d'invalidité**

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 d'invalidité 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. »

**VI.** Le texte du sous-article 9.3 « Prescription des actions en justice » est intégralement remplacé par :

« Toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent régime sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là ;
- en cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le salarié, un bénéficiaire ou un ayant droit, ou du jour où le tiers a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à :

- cinq ans en ce qui concerne les actions relatives au risque incapacité de travail ;
- cinq ans en ce qui concerne les actions en répétition de l'indu (s'agissant notamment des cotisations versées à tort par les adhérents et des prestations versées à tort par BTP-Prévoyance) ;
- dix ans en ce qui concerne les actions relatives au risque décès.

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'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
  - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »

**VII.** Le texte de l'article 11 « Bénéficiaires en cas de décès » est intégralement remplacé par :

- « Sauf stipulation contraire du participant, le capital est réglementairement versé :
- en premier lieu, à son conjoint ;
  - à défaut, par parts égales entre eux, à ses enfants, nés ou à naître ;
  - à défaut, par parts égales entre eux, à ses petits-enfants ;
  - à défaut, par parts égales entre eux, à ses parents ;
  - à défaut à ses autres héritiers.

Un ou plusieurs autres bénéficiaires peuvent, à sa demande expresse, être désignés par le participant. Dans ce cadre :

- le participant peut modifier son choix de bénéficiaire(s) à tout moment durant sa période d'affiliation ;
- de telles désignations sont effectuées à l'aide du formulaire de désignation des bénéficiaires délivré à cet effet par BTP-Prévoyance, par un acte sous signature privée ou un acte authentique signifié à BTP-Prévoyance.

La majoration du capital décès accordée au titre de chaque enfant à charge n'est versée au conjoint (ou au bénéficiaire désigné) que si celui-ci en a effectivement la charge ; sinon, ce dernier 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. »

**VIII.** Le texte du sous-article 21.1 « Rente d'invalidité de droit commun » 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<sup>re</sup> 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<sup>e</sup> 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 65 % du salaire de base cotisé en tranche A et en tranche B. La rente est majorée de 5 % du même salaire de base par enfant à charge au sens de l'article 10.2 ;
  - les participants qui ont été classés en 3<sup>e</sup> 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. »

**IX.** Le sous-article 23.1 « Définition du risque chirurgical » est intégralement remplacé par :

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

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



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

**X.** Le texte du sous-article 23.4 « Montant de la participation » est intégralement remplacé par :

« Le présent règlement garantit un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale :

- pour les actes codés ACO (et pour les actes codés ADA qui leur sont rattachés), à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
  - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM CO, ou dispositif équivalent) ;
  - de 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
- pour les actes codés ADC et ASC, à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
  - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM CO, ou dispositif équivalent) ;
  - de 200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
- pour les forfaits hospitaliers liés aux actes codés ADC et ASC, à concurrence des frais réels engagés ;
- pour les frais de chambre particulière ou de lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (ces derniers dans la limite d'une fois le plafond horaire de la sécurité sociale de l'année en cours arrondi à l'euro le plus proche) liés aux actes codés ACO, ADC et ASC, à concurrence des frais réels engagés, le cas échéant dans la limite des tarifs conventionnés avec BTP-Prévoyance.

Ces prises en charge s'entendent :

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

**XI.** Le texte du sous-article 26.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » est intégralement remplacé par :

« Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à 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 et/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.

Conformément à la réglementation, il appartient :

- à BTP-Prévoyance d'établir une notice d'information exposant les nouvelles garanties applicables ;
- à l'entreprise de remettre cette notice aux salariés concernés. »



## XII. Le texte suivant du sous-article 26.4 « Protection des données personnelles » :

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

- (i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;
- (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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, e-mail, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 produits ou 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 situés 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) Assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

En leur remettant la notice d'information préparée par BTP-Prévoyance, l'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées, et, en tout état de cause, en remettant obligatoirement aux salariés leur(s) notice(s) d'information.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, BTP-Prévoyance leurs apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. 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 préparation, 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 des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »,

est remplacé par :

« Ces données ainsi collectées sont traitées par BTP-Prévoyance à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;

(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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par e-mail, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des salariés (que ces derniers peuvent exercer 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 produits ou 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 situés 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) Assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

L'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées, dans le cadre de son obligation de remise aux salariés de leur(s) notice(s) d'information.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, BTP-Prévoyance leurs apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés de l'entreprise adhérente et leurs bénéficiaires 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. 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 préparation, 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 des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »,

### **XIII. Le texte suivant de l'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. »,

est remplacé par :

« 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, en tenant compte de la situation financière de la section financière. »

## 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 de l'article 1<sup>er</sup> « Objet » est intégralement remplacé par :

« Le présent règlement détermine les conditions dans lesquelles BTP-Prévoyance assure une couverture collective des ouvriers, sous la forme de garanties qui s'ajoutent à celles servies par le "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO".

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

– les garanties proposées dans ce cadre sont les suivantes :

- garantie capital décès : versement d'un capital en cas de décès du participant ;
- allocation décès famille : versement d'un capital en cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge ;
- garantie rente d'éducation : versement d'une rente aux orphelins en cas de décès du participant ;
- garantie Indemnités journalières : versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail du participant ;
- garantie rente d'invalidité : versement d'une rente en cas d'invalidité du participant ;
- garantie forfait naissance : versement d'une allocation forfaitaire destinée à couvrir les frais exposés en cas de naissance ou d'adoption ;
- garantie chirurgie des non-cadres : prise en charge de frais résultant d'une hospitalisation chirurgicale ;
- garantie décès invalidité accidentels (GDIA) : versement d'un capital en cas de décès accidentel ou d'invalidité accidentelle du participant.

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

**II.** Le texte suivant du sous-article 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 de 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 santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« 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 de 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. 1224-1 et suivants du code du travail. »

**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 » est intégralement remplacé par :

« 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 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.

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. »

**IV.** Le texte du sous-article 5.1.d « Terme de l’adhésion suite à modification de la situation juridique de l’employeur avec reprise de contrat de travail » est intégralement remplacé par :

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l’employeur relevant des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail :

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

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 date d’effet de la modification de la situation juridique de l’employeur. L’adhésion peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l’ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**V.** Le dernier paragraphe de l’article 6 « Conditions générales régissant les garanties » est modifié comme suit :

« En cas de décès, les bénéficiaires au titre du présent règlement sont les mêmes que ceux définis dans le cadre du “Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO”, en complément duquel le présent régime intervient. »

**VI.** Le texte du sous-article 7.1 « Conditions d’ouverture des droits » est intégralement remplacé par :

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

- dispose de droits ouverts tel que défini par le “Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO” ;
- est affilié à cette option par une entreprise adhérente.

Toutefois :

- concernant le forfait naissance (tel que défini à l'article 14), les droits à prestation ne sont ouverts qu'après un délai de six mois suivant la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise ;
- concernant les niveaux N6 et N7 de la garantie capital décès (telle que définie à l'article 9), un délai de stage s'applique au cours des douze premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise. Durant ce délai de stage, les prestations servies en cas de décès sont plafonnées aux garanties du niveau N5. »

**VII.** Le texte du sous-article 7.2 « Fait générateur » est intégralement remplacé par :

« Les dispositions définies à l'article 7.2 du "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO" sont applicables au présent règlement pour chacune des garanties correspondantes.

En complément, est retenue comme date du fait générateur :

- la date de naissance ou d'adoption pour le forfait naissance ;
- la date du décès pour l'allocation décès famille ;
- la date de notification par la sécurité sociale du classement en invalidité 3<sup>e</sup> catégorie (ou d'octroi de la majoration pour tierce personne au titre de l'incapacité permanente) pour le versement anticipé du capital défini à l'article 9.2.d ;
- 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. »

**VIII.** Le texte du sous-article 7.3 « Niveau de garantie applicable » est intégralement remplacé par :

« En cas de réalisation du risque, le niveau de la garantie servie est fonction des dispositions réglementaires applicables à la date du fait générateur définie ci-dessus pour l'option choisie par l'entreprise adhérente.

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

Pour les salariés relevant d'employeurs multiples, les garanties servies au titre du présent règlement sont définies comme suit :

- les garanties définies proportionnellement aux rémunérations sont calculées sur la base du cumul des assiettes déclarées par les différents employeurs ;
- les garanties minimales ou exprimées en forfait (notamment l'allocation décès famille et la garantie forfait naissance) sont accordées une seule fois par événement y donnant droit, quel que soient le nombre d'employeurs cotisants. »

**IX.** Le titre et le texte de l'article 10 « Allocation supplémentaire décès » sont intégralement remplacés par :

**« Article 10 | Allocation décès famille »**

En cas de décès du conjoint du participant ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans, il est versé au participant une allocation dont le montant est fixé en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale applicable au cours de l'année de survéance du décès.



En cas de décès simultané de l'adhérent, ce capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès défini à l'article 11.1 du "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO".

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

**X.** Le texte du sous-article 15.3 « Définition du risque chirurgical » est intégralement remplacé par :

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

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

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

**XI.** Le texte du sous-article 15.5 « Montant de la participation » est intégralement remplacé par :

« Le présent module garantit un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale :

- pour les actes codés ACO (et pour les actes codés ADA qui leur sont rattachés), à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
  - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM CO, ou dispositif équivalent) ;
  - de 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
- pour les actes codés ADC et ASC, à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
  - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM CO, ou dispositif équivalent) ;
  - de 200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la Sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
- pour les forfaits hospitaliers liés aux actes codés ADC et ASC, à concurrence des frais réels engagés ;
- pour les frais de chambre particulière ou de lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (ces derniers dans la limite d'une fois le plafond horaire de la sécurité sociale de l'année en cours arrondi à l'euro le plus proche) liés aux actes codés ACO, ADC et ASC, à concurrence des frais réels engagés, le cas échéant dans la limite des tarifs conventionnés avec BTP-Prévoyance.

Ces prises en charge s'entendent :

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



- de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale. »

**XII.** Le texte du sous-article 26.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » est intégralement remplacé par :

« Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à 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 et/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.

Conformément à la réglementation, il appartient :

- à BTP-Prévoyance d'établir une notice d'information exposant les nouvelles garanties applicables ;
- à l'entreprise de remettre cette notice aux salariés concernés. »

**XIII.** Le texte suivant de l'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. »,

est remplacé par :

« 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, en tenant compte de la situation financière de la section financière. »

## **Titre V Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ETAM**

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

**I.** Le texte de l'article 1<sup>er</sup> « Objet » est intégralement remplacé par :

« Le présent règlement détermine les conditions dans lesquelles BTP-Prévoyance assure une couverture collective des ETAM, sous la forme de garanties qui s'ajoutent à celles servies par le "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE".

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

Les garanties proposées dans ce cadre sont les suivantes :

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

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

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

## II. Le texte suivant du sous-article 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 de 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 santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« 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 de 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. 1224-1 et suivants du code du travail. »

## 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 » est intégralement remplacé par :

« 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 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.

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. »

**IV.** Le texte du sous-article 5.1.d « Terme de l'adhésion suite à modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail » est intégralement remplacé par :

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail :

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

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 date d'effet de la modification de la situation juridique de l'employeur. L'adhésion peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**V.** Le dernier paragraphe de l'article 6 « Conditions générales régissant les garanties » est modifié comme suit :

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

**VI.** Le texte du sous-article 7.1 « Conditions d'ouverture des droits » est intégralement remplacé par :

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

- dispose de droits ouverts tel que défini par le "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE" ;
- est affilié à cette option par une entreprise adhérente.

Toutefois :

- concernant le forfait naissance (tel que défini à l'article 14), les droits à prestation ne sont ouverts qu'après un délai de six mois suivant la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise ;
- concernant les niveaux N6 et N7 de la garantie capital décès (telle que définie à l'article 9), un délai de stage s'applique au cours des douze premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise. Durant ce délai de stage, les prestations servies en cas de décès sont plafonnées aux garanties du niveau N5. »

**VII.** Le texte du sous-article 7.2 « Fait générateur » est intégralement remplacé par :

« Les dispositions définies à l'article 7.2 du "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE" sont applicables au présent règlement pour chacune des garanties correspondantes.

En complément, est retenue comme date du fait générateur :

- la date de naissance ou d'adoption pour le forfait naissance ;
- la date du décès pour l'allocation décès famille ;

- 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. »

**VIII.** Le texte du sous-article 7.3 « Niveau de garantie applicable » est intégralement remplacé par :

« En cas de réalisation du risque, le niveau de la garantie servie est fonction des dispositions réglementaires applicables à la date du fait générateur définie ci-dessus pour l'option choisie par l'entreprise adhérente.

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

Pour les salariés relevant d'employeurs multiples, les garanties servies au titre du présent règlement sont définies comme suit :

- les garanties définies proportionnellement aux rémunérations sont calculées sur la base du cumul des assiettes déclarées par les différents employeurs ;
- les garanties minimales ou exprimées en forfait (notamment l'allocation décès famille et la garantie forfait naissance) sont accordées une seule fois par événement y donnant droit, quel que soient le nombre d'employeurs cotisants. »

**IX.** Le titre et le texte de l'article 10 « Allocation supplémentaire décès » sont intégralement remplacés par :

#### **« Article 10 | Allocation décès famille »**

En cas de décès du conjoint du participant ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans, il est versé au participant une allocation dont le montant est fixé en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale applicable au cours de l'année de survenance du décès.

En cas de décès simultané de l'adhérent, ce capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès défini à l'article 11 du "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE".

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

**X.** Le texte du sous-article 15.3 « Définition du risque chirurgical » est intégralement remplacé par :

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

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

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

**XI.** Le texte du sous-article 15.5 « Montant de la participation » est intégralement remplacé par :

« Le présent module garantit un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale :

- pour les actes codés ACO (et pour les actes codés ADA qui leur sont rattachés), à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
  - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM CO, ou dispositif équivalent) ;
  - de 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
- pour les actes codés ADC et ASC, à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
  - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM CO, ou dispositif équivalent) ;
  - de 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
- pour les forfaits hospitaliers liés aux actes codés ADC et ASC, à concurrence des frais réels engagés ;
- pour les frais de chambre particulière ou de lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (ces derniers dans la limite d'une fois le plafond horaire de la sécurité sociale de l'année en cours arrondi à l'euro le plus proche) liés aux actes codés ACO, ADC et ASC, à concurrence des frais réels engagés, le cas échéant dans la limite des tarifs conventionnés avec BTP-Prévoyance.

Ces prises en charge s'entendent :

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

**XII.** Le texte du sous-article 26.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » est intégralement remplacé par :

« Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à 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 et/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.

Conformément à la réglementation, il appartient :

- à BTP-Prévoyance d'établir une notice d'information exposant les nouvelles garanties applicables ;
- à l'entreprise de remettre cette notice aux salariés concernés. »

## Titre VI 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 suivant du sous-article 26.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » :

« Les ETAM adhérents sont informés par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à l'article 26, de toute modification apportée aux articles 1<sup>er</sup> à 17 du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations et/ou les garanties. »;

est remplacé par :

« Les ETAM adhérents sont informés par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à l'article 26, de toute modification apportée aux articles 1<sup>er</sup> à 28 du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations et/ou les garanties. »

II. Le texte suivant du sous-article 26.3 « Protection des données personnelles » :

« Les données personnelles de l'adhérent (et le cas échéant de toute(s) personne(s) spécifiquement désignée(s) par lui comme bénéficiaire(s) du capital prévu en cas de décès), ont vocation à être traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;

(ii) Réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de votre situation (score d'appétence) prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, e-mail, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par e-mail, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier son conjoint et les bénéficiaires de la clause bénéficiaire particulière, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales.

D'une manière générale, les données 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 situés 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 en matière de protection des données personnelles.

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, et sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, l'adhérent (et le cas échéant toute(s) personne(s) désignée(s) par lui comme bénéficiaire(s) du capital prévu en cas de décès) disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après décès. Ces droits s'exercent en justifiant de son identité, par courrier postal à « PRO BTP, DPO, 93901 Bobigny Cedex 9 » ou par e-mail à « CIRCUITDCP@probtp.com ». Ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL. »,

est remplacé par :

« Les données personnelles de l'adhérent (et le cas échéant de toute(s) personne(s) spécifiquement désignée(s) par lui comme bénéficiaire(s) du capital prévu en cas de décès), sont traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;

(ii) Réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de votre situation (score d'appétence) prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par e-mail, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition de l'adhérent qu'il peut exercer 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par e-mail, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits.

En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier son conjoint et les bénéficiaires de la clause bénéficiaire particulière, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales.

D'une manière générale, les données 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 situés 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 en matière de protection des données personnelles.

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, et sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, l'adhérent (et le cas échéant toute(s) personne(s)



désignée(s) par lui comme bénéficiaire(s) du capital prévu en cas de décès) disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après décès. Ces droits s'exercent en justifiant de son identité, par courrier postal à « PRO BTP, DPO, 93901 Bobigny Cedex 9 » ou par e-mail à « CIRCUITDCP@probtp.com ». Ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL. »

## **Titre VII 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 de l'article 1<sup>er</sup> « Conditions générales » est intégralement remplacé par :**

« Le présent règlement détermine les conditions dans lesquelles BTP-Prévoyance assure une couverture collective des participants cadres et assimilés, sous la forme de garanties de garanties qui s'ajoutent à celles servies par le "Règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC).

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

- garantie capital décès : versement d'un capital en cas de décès du participant ;
- allocation décès famille : versement d'un capital en cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge ;
- garantie rente d'éducation : versement d'une rente aux orphelins en cas de décès du participant ;
- garantie Indemnités Journalières : versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail du participant ;
- garantie rente d'invalidité : versement d'une rente en cas d'invalidité du participant ;
- garantie forfait naissance : versement d'une allocation forfaitaire destinée à couvrir les frais exposés en cas de naissance ou d'adoption ;
- garantie décès invalidité accidentels (GDIA) : versement d'un capital en cas de décès accidentel ou d'invalidité accidentelle du participant.

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

**II. Le texte suivant du sous-article 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 de 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 santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

- « 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 de 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. 1224-1 et suivants du code du travail. »

**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 » est intégralement remplacé par :

« 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 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.

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. »

**IV.** Le texte du sous-article 5.1.d « Terme de l'adhésion suite à modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail » est intégralement remplacé par :

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail :

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

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 date d'effet de la modification de la situation juridique de l'employeur. L'adhésion peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**V.** Le dernier paragraphe de l'article 6 « Conditions générales régissant les garanties » est modifié comme suit :

« En cas de décès, les bénéficiaires au titre du présent règlement sont les mêmes que ceux définis 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 7.1 « Conditions d'ouverture des droits » est intégralement remplacé par :

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

- dispose de droits ouverts auprès de BTP-Prévoyance au titre du régime national de prévoyance des cadres du BTP ;
- est affilié à cette option par une entreprise adhérente.

Toutefois :

- concernant le forfait naissance (tel que défini à l'article 14), les droits à prestation ne sont ouverts qu'après un délai de six mois suivant la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise ;
- concernant les niveaux N6 et N7 de la garantie capital décès (telle que définie à l'article 9), un délai de stage s'applique au cours des douze premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise. Durant ce délai de stage, les prestations servies en cas de décès sont plafonnées aux garanties du niveau N5. »

**VII.** Le texte du sous-article 7.2 « Fait générateur » est intégralement remplacé par :

« Les dispositions définies à l'article 7.2 du "Règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC) sont applicables au présent règlement pour chacune des garanties correspondantes.

En complément, est retenue comme date du fait générateur :

- la date de naissance ou d'adoption pour le forfait naissance ;
- la date du décès pour l'allocation décès famille.

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. »

**VIII.** Le texte du sous-article 7.3 « Niveau de garantie applicable » est intégralement remplacé par :

« En cas de réalisation du risque, le niveau de la garantie servie est fonction des dispositions réglementaires applicables à la date du fait générateur définie ci-dessus pour l'option choisie par l'entreprise adhérente.

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

Pour les salariés relevant d'employeurs multiples, les garanties servies au titre du présent règlement sont définies comme suit :

- les garanties définies proportionnellement aux rémunérations sont calculées sur la base du cumul des assiettes déclarées par les différents employeurs ;
- les garanties minimales ou exprimées en forfait (notamment l'allocation décès famille et la garantie forfait naissance) sont accordées une seule fois par événement y donnant droit, quel que soient le nombre d'employeurs cotisants. »

**IX.** Le titre et le texte de l'article 10 « Allocation supplémentaire décès » sont intégralement remplacés par :

#### « Article 10 | *Allocation décès famille*

En cas de décès du conjoint du participant ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans, il est versé au participant une allocation dont le montant est fixé en pourcen-

tage du plafond annuel de la sécurité sociale applicable au cours de l'année de surveillance du décès.

En cas de décès simultané de l'adhérent, ce capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès défini à l'article 11 du "Règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC).

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

**X.** Le texte du sous-article 26.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » est intégralement remplacé par :

« Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à 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 et/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.

Conformément à la réglementation, il appartient :

- à BTP-Prévoyance d'établir une notice d'information exposant les nouvelles garanties applicables ;
- à l'entreprise de remettre cette notice aux salariés concernés. »

## **Titre VIII Règlement des couvertures « PRO BTP Capital Décès »**

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement des couvertures "PRO BTP Capital Décès" » :

**I.** Le texte suivant du sous-article 17.2 "Prescription des actions en justice" :

- « 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'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou le remboursement d'une prestation induite ;
    - 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 ; »

est remplacé par :

- « 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'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
    - 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 ; »

**II.** Le texte du sous-article 21.3 « Protection des données personnelles » est intégralement remplacé par :

« Les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de son conjoint et des personnes désignées dans le cadre de la clause bénéficiaire particu-

lière de l'article 12, sont traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de capital-décès ;

(ii) Réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de votre situation (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par e-mail, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition de l'adhérent qu'il peut exercer 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par les entités du Groupe PRO BTP et leurs partenaires.

En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier son conjoint et les bénéficiaires de la clause bénéficiaire particulière, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales.

D'une manière générale, les données 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 situés 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 en matière de protection des données personnelles.

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, et sauf exception liée à l'exécution de la couverture de capital-décès ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, l'adhérent et le cas échéant son conjoint et les personnes désignées dans le cadre de la clause bénéficiaire particulière de l'article 12 disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après décès. Ces droits s'exercent en justifiant de son identité, par courrier postal à "PRO BTP, DPO, 93901 Bobigny Cedex 9" ou par e-mail à "CIRCUITDCP@probtp.com". Ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

Le Groupe PRO BTP dispose d'un délégué à la protection des données (DPO) qui peut être contacté par courrier au 7, rue du regard, 75006 Paris.

Conformément à la loi n° 2014-344, tout consommateur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique nommée Bloctel. »

### III. Le texte de l'article 22 « Section financière et réserve » est intégralement remplacé par :

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

– du présent règlement ;

- et du “règlement du régime des prestations additionnelles Individuelles de capital décès (groupe fermé)”.

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

- de tout ou partie du solde du “compte du régime” défini à l'article 24.1,
- le cas échéant, d'une partie du résultat des comptes de gestion. »

#### **IV. Il est créé un article 23 « Fonds social “PRO BTP Capital Décès” » :**

##### **« Article 23 | Fonds social “PRO BTP Capital Décès”**

###### **23.1. Dispositions générales**

Il est constitué un Fonds social “PRO BTP Capital Décès” pour la section financière visée à l'article 22.

En vue de l'alimentation de ce fonds, le conseil d'administration procède à un examen annuel :

- de la situation financière de la section ;
- et du niveau atteint par le fonds.

Sur la base de cet examen, le conseil d'administration décide du niveau d'alimentation du fonds au cours de l'exercice, avec faculté de délégation en tout ou partie au directeur général. Cette alimentation repose sur un prélèvement sur les cotisations, dans la limite de 5 % des cotisations acquises des adhérents.

Le cas échéant, le conseil d'administration de l'institution peut décider d'autres modalités d'alimentation exceptionnelle du fonds.

Le fonds est débité des dépenses sociales imputées à la section financière définie à l'article 22, dans le cadre de la politique sociale définie annuellement par le conseil d'administration.

Ces charges de réalisations sociales peuvent notamment prendre la forme de réductions sur la cotisation des adhérents (dont le montant peut, par exemple, dépendre de l'âge des adhérents et/ou de leur ancienneté d'adhésion au présent règlement).

###### **23.2. Modalités de fonctionnement du fonds**

Le fonds social “PRO BTP Capital Décès” est crédité par :

- a) Le prélèvement sur les cotisations, tel que défini à l'article 23.1 ;
- b) Les produits des placements du fonds ;
- c) Les alimentations exceptionnelles décidées, le cas échéant, par le conseil d'administration.

Ce Fonds est débité chaque année des réalisations sociales telles que prévues à l'article 23.1. »

#### **V. Le texte et la numérotation de l'article 23 « Comptes de résultats » sont intégralement remplacés par :**

##### **« Article 24 | Comptes de résultats**

Les opérations nées de la section financière définie à l'article 22 sont suivies dans deux comptes :

###### **24.1. Le “Compte du régime”**

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 pour participation aux excédents définie à l'article 25 ;
- 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 20 % des cotisations acquises des adhérents avant réductions au titre des mesures définies aux articles 6.3 et 6.4 ;
- e) Toute dotation au fonds social, dans les conditions définies à l'article 23 ;
- f) Le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 25 ;
- 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.

#### 24.2. 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 chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 24.1.

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

**VI.** Le texte et la numérotation de l'article 24 « Provision pour participation aux excédents » sont intégralement remplacés par :

#### « Article 25 | *Provision pour participation aux excédents*

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 24 (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.



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 ;
- 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 IX Règlement de la section financière des contrats sur mesure de prévoyance**

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement de la section financière des contrats sur mesure de prévoyance » :

- I. Les articles 2 à 21 « Réservés » sont remplacés par articles 2 à 27 « Réservés ».
- II. Le texte et la numérotation de l'article 22 « Section financière et réserve » sont intégralement remplacés par :

### **« Article 28 | 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 30.1 du présent règlement ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion. »

- III. L'article 29 « Réservé » est ajouté.

- IV. Le texte et la numérotation de l'article 23 « Comptes de résultats » sont intégralement remplacés par :

### **« Article 30 | Comptes de résultats »**

Pour la section financière définie à l'article 28, les opérations sont suivies dans deux comptes :

#### **30.1. 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 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 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 X Règlement du régime de GAT**

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement du régime de GAT » :

### **I. Le texte suivant du sous-article 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 santé dans le cadre des articles L. 114-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« 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. »

### **II. Le texte suivant du sous-article 5.1.a « Résiliation à l’initiative de l’entreprise » :**

« 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. »,

est remplacé par :

« Dans chacune de ces situations, la résiliation 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. »

**III.** Le texte suivant 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 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. »,

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. »

**IV.** Le texte du sous-article 5.1.d « Terme de l’adhésion suite à modification de la situation juridique de l’employeur avec reprise de contrat de travail » est intégralement remplacé par :

- « Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l’employeur relevant des articles L. 1224-1 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,
- 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 peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l’ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**V.** Le texte du sous-article 9.2 « Prescription des actions en justice » est intégralement remplacé par :

- « 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 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). »

**VI.** Le premier paragraphe de l'article 14 « Déclaration des sinistres. Justification » :

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

est remplacé par :

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

**VII.** Le texte du sous-article 26.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » est intégralement remplacé par :

« 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 d'établir 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 remettre cette notice aux salariés concernés. »

**VIII.** Le texte suivant du sous-article 26.3 « Protection des données personnelles » :

« 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 préparation, 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 probtp.com. »,

est remplacé par :

- « Ces données ainsi collectées sont 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, et par e-mail, SMS et MMS pour des produits et services analogues à ceux déjà souscrits), sauf opposition des salariés (que ces derniers peuvent exercer 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, dans le cadre de son obligation de remise aux salariés de leur(s) notice(s) 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 de l'entreprise adhérente 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 préparation, 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 probtp.com. »

**IX. Le texte suivant de l'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. »,

est remplacé par :

« 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, en tenant compte de la situation financière de la section. »

## **Titre XI Règlement du régime d'OCALD**

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

**I. Le texte suivant du sous-article 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 santé dans le cadre des articles L. 114-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« 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. »



**II.** Le dernier paragraphe du sous-article 5.1.a « Résiliation à l'initiative de l'entreprise » :

« 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. »,

est remplacé par :

« Dans chacune de ces situations, la résiliation 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. »

**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 » est intégralement remplacé par :

« 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 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.

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. »

**IV.** Le texte du sous-article 5.1.d « Terme de l'adhésion suite à modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail » est intégralement remplacé par :

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 1224-1 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,

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 peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**V.** Le texte du sous-article 9.2 « Prescription des actions en justice » est intégralement remplacé par :

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là ;
- en cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le salarié, un bénéficiaire ou un ayant droit, ou du jour où le tiers a été indemnisé par celui-ci.

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'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
  - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »

**VI.** Le texte suivant du sous-article 26.3 « Protection des données personnelles » :

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

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture OCALD ;

(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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, e-mail, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des salariés 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 produits ou 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 intermé-

diaires, 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 situés 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.

Dans le cas de relations directes avec les salariés, BTP-Prévoyance leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture OCALD 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 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. 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 préparation, 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 des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »,

est remplacé par :

« Ces données ainsi collectées sont traitées par BTP-Prévoyance aux fins :

- (i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture OCALD ;
- (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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par e-mail, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des

salariés (que ces derniers peuvent exercer 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 produits ou 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 situés 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.

Dans le cas de relations directes avec les salariés, BTP-Prévoyance leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture OCALD ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés de l'entreprise adhérente 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 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. 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 préparation, 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 des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »

## **Titre XII 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 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 de 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 santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« 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 de 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. 1224-1 et suivants du code du travail. »

### **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 » est intégralement remplacé par :**

« 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 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.

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 presta-

tions indûment versées depuis la cessation d'activité seront portées à la charge de l'entreprise. »

**III.** Le texte du sous-article 5.1.d « Terme de l'adhésion suite à modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail » est intégralement remplacé par :

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 224-1 et suivants du code du travail :

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

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 date d'effet de la modification de la situation juridique de l'employeur. L'adhésion peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**IV.** Le texte du sous-article 9.2 « Information en cas de modification des conditions de couverture » est intégralement remplacé par :

« Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à l'article 9, 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 et/ou les garanties.

Après information des entreprises adhérentes 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.

Conformément à la réglementation, il appartient :

- à BTP-Prévoyance d'établir une notice d'information exposant les nouvelles garanties applicables ;
- à l'entreprise de remettre cette notice aux salariés concernés. »

**V.** Le texte suivant du sous-article 9.4 « Protection des données personnelles » :

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

- (i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;
- (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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, email, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 produits ou 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 situés 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.

En leur remettant la notice d'information préparée par BTP-Prévoyance, l'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, BTP-Prévoyance leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. 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 préparation, 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 des adhésions collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »,

est remplacé par :

« Ces données ainsi collectées sont traitées par BTP-Prévoyance à des fins :

- (i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture de prévoyance ;
- (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 ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par cour-



rier postal, téléphone, et par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des salariés (que ces derniers peuvent exercer 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 produits ou 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 situés 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 affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées, dans le cadre de son obligation de remise aux salariés de leur(s) notice(s) d'information.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, BTP-Prévoyance leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture de prévoyance ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés de l'entreprise adhérente et leurs bénéficiaires 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. 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 préparation, 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 des adhésions collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. 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 probtp.com. »

## **Titre XIII 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 du sous-article 4.3 « Modifications dans la liste des bénéficiaires » :**

« Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance. »,

est remplacé par :

« Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être justifiée aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance. »

**II. Le texte introductif suivant de l'article 8.1 « 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 de contrat de travail ;
- en cas de modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise du contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« 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 de contrat de travail,
- en cas de modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise du contrat de travail et harmonisation des régimes de santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »

**III. Le texte suivant du sous-article 8.1.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. 1224-1 et suivants du code du travail :

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

– ou 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 date d’effet 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. »,

est remplacé par :

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l’employeur relevant des articles L. 1224- 1 et suivants du code du travail :

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

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 date d’effet de la modification de la situation juridique de l’employeur. L’adhésion peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l’ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**IV.** Le texte suivant du sous-article 11.2 « Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l’assurance chômage » :

« En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l’assurance chômage, le droit au maintien des garanties en vigueur dans l’entreprise est accordé à tout salarié affilié sans contrepartie de cotisation :

- temporairement, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue en tenant compte des deux derniers paragraphes du présent sous-article :
  - par une indemnisation au titre de l’assurance chômage (y compris l’allocation de solidarité spécifique) ;
  - ou du suivi d’un stage de formation professionnelle accompli dans les secteurs du bâtiment et des travaux publics, ou agréé par une commission nationale paritaire de l’emploi du bâtiment et des travaux publics.

Dans ce cas, le maintien d’une couverture santé est accordé :

- aussi longtemps que le salarié affilié atteste, depuis la rupture de son contrat de travail, d’une situation continue d’indemnisation au titre de l’assurance chômage, d’indemnisation d’un arrêt maladie par la sécurité sociale ou du suivi d’un stage de formation professionnelle tel que susvisé ;
- et ce pendant une période maximale de 36 mois de date à date, à compter de la date de fin du contrat de travail. »,

est remplacé par :

« Les garanties en vigueur dans l’entreprise sont maintenues sans contrepartie de cotisation au bénéfice de tout salarié précédemment affilié et, le cas échéant, de ses ayants droit :

- temporairement, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue :
  - par une indemnisation au titre de l’assurance chômage (y compris l’allocation de solidarité spécifique) ;

- ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans les secteurs du bâtiment et des travaux publics, ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du bâtiment et des travaux publics.

Dans ce cas, le maintien de la couverture santé sans contrepartie de cotisations est accordé sur les bases suivantes :

- les droits sont maintenus aussi longtemps que l'ancien salarié atteste, depuis la rupture de son contrat de travail, d'une situation continue d'indemnisation au titre du régime d'assurance chômage, d'indemnisation d'un arrêt maladie par la sécurité sociale ou du suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé ;
- la justification par l'ancien salarié d'un mois d'indemnisation par le régime d'assurance chômage lui ouvre accès à une carte de tiers payant porteuse de droits fermes jusqu'au dernier jour du troisième mois suivant, puis au maintien de ses garanties durant le mois suivant ;
- le maintien de ces droits ne peut excéder :
  - 36 mois de date à date, à compter de la date de fin du contrat de travail ;
  - la date à compter de laquelle l'ancien salarié relève d'une autre couverture collective de frais médicaux à adhésion obligatoire ;
  - la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur (ou chez plusieurs employeurs lorsqu'ils relèvent du même groupe au sens de comptes consolidés). Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur. »

**V. 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<sup>er</sup> janvier 2023. 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<sup>er</sup> janvier 2024. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

**VI. Le texte suivant du sous-article 17.2 « Prescription des actions en justice » :**

- « 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
    - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »

est remplacé par :

« 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’adhérent en ce qui concerne l’action en paiement de la cotisation ;
  - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d’exécution ou d’un acte d’exécution forcée (art. 2244 du code civil). »

**VII.** Le texte suivant du sous-article 21.2 « Information en cas de modifications des conditions de couverture » :

- « 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, selon les modalités prévues au premier alinéa de l’article 21 ;
  - à l’entreprise de diffuser cette notice aux salariés affiliés concernés. »,

est remplacé par :

- « Conformément à la réglementation, il appartient :
- à BTP-Prévoyance d’établir une notice d’information exposant les nouvelles garanties applicables, selon les modalités prévues au premier alinéa de l’article 21 ;
  - à l’entreprise de remettre cette notice aux salariés affiliés concernés. »

**VIII.** Au sous-article 21.3 « Protection des données personnelles », le texte suivant :

- « Ces données ainsi collectées ont vocation à être traitées par BTP-Prévoyance à des fins :
- (i) D’adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;
  - (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 ou prédiction des situations (score d’appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, email, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. »,

est remplacé par :

- « Ces données ainsi collectées sont traitées par BTP-Prévoyance à des fins :
- (i) D’adhésion, gestion et exécution de la couverture Santé,
  - (ii) 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 ou prédic-

tion des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits) par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des salariés (que ces derniers peuvent exercer 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 produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. »,

et les paragraphes suivants :

« En leur remettant la notice d'information préparée par BTP-Prévoyance, l'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, BTP-Prévoyance leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture santé ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leurs sont rappelés dans les bulletins d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL. »,

sont remplacés par :

« L'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à BTP-Prévoyance, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées, dans le cadre de son obligation de remise aux salariés de leur(s) notice(s) d'information.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés, BTP-Prévoyance leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture santé ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés de l'entreprise adhérente et leurs bénéficiaires 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 après décès. Ces droits et la façon de les exercer leurs sont rappelés dans les bulletins d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL. »

**IX.** Le paragraphe suivant du sous-article 21.4 « Information du chef d'entreprise sur les comptes du régime » :

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



est remplacé par :

« Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise a fait le choix d'une mutualisation au sein d'un régime de frais de santé de branche régi par l'accord collectif du 1<sup>er</sup> décembre 2001. Dans ce cadre, elle prend acte que le rapport en question, qui porte sur les comptes de la mutualisation née de l'accord collectif de branche, est établi à partir des données cumulées des sections financières définies à l'article 28 des règlements du régime standard de frais médicaux collectifs. »

**X.** Sont créés les articles 22 à 27 « Réservés ».

**XI.** L'article 22 « Section financière et réserve » est renuméroté 28.

**XII.** Le texte suivant de l'article 28 « 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 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". »

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 30.1 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 30.1 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". »

**XIII.** L'article 23 « Comptes de résultats » est renuméroté 30 et est intégralement remplacé comme suit :

### **« Article 30 | Comptes de résultats »**

Pour la section financière définie à l'article 28, les opérations sont suivies dans trois comptes :

#### **30.1. Le "compte du régime"**

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 ;
- e) 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 30.3 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 29 ;
- 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.

### **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 définie à l'article 28.

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 de la section financière susvisée.

### **30.3. Le “Compte d'action sociale santé”**

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

- dans le cadre d'aides sociales individuelles ;
- et en faveur des salariés affiliés couverts en frais médicaux par l'institution, des anciens participants 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 ;
- sur décision annuelle de la commission paritaire ordinaire, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration, par une quote-part des produits financiers afférents aux réserves des régimes. »

**XIV.** L'article 24 « Provision pour participation aux excédents » est renuméroté 29.

**XV.** Les paragraphes suivants de l'article 29 « Provision pour participation aux excédents » :

- « 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). »

sont remplacés par :

« Il est constitué une provision pour participation aux excédents au titre de la section financière définie à l'article 28.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement, dans la limite du solde positif des ressources et des charges définies à l'article 30 (compte non tenu de la ressource visée au e et des charges visées aux g et h). »

## **Titre XIV Règlement des compléments collectifs « Renfort dépassements d'honoraires »**

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « Compléments collectifs "Renfort dépassements d'honoraires" » :

### **I. Le texte introductif suivant de l'article 8.1 « Terme de l'adhésion » :**

« Les autres cas possibles de terme de l'adhésion sont les suivants :

- résiliation à l'initiative de l'entreprise ;
- résiliation à l'initiative de l'institution ;
- en cas de modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »,

est remplacé par :

« Les autres cas possibles de terme de l'adhésion sont les suivants :

- résiliation à l'initiative de l'entreprise ;
- résiliation à l'initiative de l'institution ;
- en cas de modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail et harmonisation des régimes de santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail. »

### **II. Le texte suivant du sous-article 8.1.c « 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. 1224-1 et suivants du code du travail :

- en cas d'absorption de l'entreprise adhérente par une autre entreprise ;
- ou de cessation d'activité de l'entreprise adhérente avec reprise de contrat de travail par une autre entreprise ;
- ou 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 date d'effet 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. »,

est remplacé par :

« Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail :

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

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 date d'effet de la modification de la situation juridique de l'employeur. L'adhésion peut alors être résiliée, à défaut elle est automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties. »

**III.** Le texte suivant du sous-article 11.2 « Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage » :

« En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés et leurs ayants droit au titre de la présente couverture bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture, selon les conditions énumérées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, notamment :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de BTP-Prévoyance, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent sous-article. »,

est remplacé par :

« Les garanties en vigueur dans l'entreprise sont maintenues, sans contrepartie de cotisation, au bénéfice de tout salarié précédemment affilié (et le cas échéant de ses ayants droit), en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue :

- par une indemnisation au titre de l'assurance chômage (y compris l'allocation de solidarité spécifique) ;
- ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans les secteurs du bâtiment et des travaux publics, ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du bâtiment et des travaux publics.

Dans ce cas, le maintien de la couverture santé sans contrepartie de cotisations est accordé sur les bases suivantes :

- les droits sont maintenus aussi longtemps que l'ancien salarié atteste, depuis la rupture de son contrat de travail, d'une situation continue d'indemnisation au titre du régime d'assurance chômage, d'indemnisation par l'institution au titre d'un arrêt maladie ou du suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé ;
- la justification par l'ancien salarié d'un mois d'indemnisation par le régime d'assurance chômage lui ouvre accès à une carte de tiers payant porteuse de droits fermes jusqu'au dernier jour du troisième mois suivant, puis au maintien de ses garanties durant le mois suivant ;

- le maintien de ces droits ne peut excéder :
  - 36 mois de date à date, à compter de la date de fin du contrat de travail ;
  - la date à compter de laquelle l'ancien salarié relève d'une autre couverture collective de frais médicaux à adhésion obligatoire ;
  - la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur (ou chez plusieurs employeurs lorsqu'ils relèvent du même groupe au sens de comptes consolidés). Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur.

Ne font pas obstacle au maintien des garanties :

1. Les périodes (dès lors qu'elles ne dépassent pas 30 jours calendaires en cumul) :
  - de reprise temporaire d'activité ;
  - ou pour lesquelles aucun justificatif n'est fourni par le salarié affilié au titre d'une des situations définies à l'alinéa précédent ;
2. Les périodes qui correspondent aux différés d'indemnisation ou au délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage. »

#### IV. 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<sup>er</sup> janvier 2023. 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<sup>er</sup> janvier 2024. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

#### V. Le texte suivant du sous-article 17.2 « Prescription des actions en justice » :

- « 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou le remboursement d'une prestation induë ;
    - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
    - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »,

est remplacé par :

- « 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
    - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d’exécution ou d’un acte d’exécution forcée (art. 2244 du code civil). »

**VI.** Le texte suivant du sous-article 21.2 « Information en cas de modifications des conditions de couverture » :

- « 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 selon les modalités prévues au premier alinéa de l’article 21 ;
  - à l’entreprise de diffuser cette notice aux salariés affiliés concernés. »,

est remplacé par :

- « Conformément à la réglementation, il appartient :
- à BTP-Prévoyance d’établir une notice d’information exposant les nouvelles garanties applicables selon les modalités prévues au premier alinéa de l’article 21 ;
  - à l’entreprise de remettre cette notice aux salariés affiliés concernés. »,

**VII.** Sont créés les articles 22 à 27 « Réservés ».

**VIII.** L’article 22 « Section financière et réserve » est renuméroté 28 et est intégralement remplacé comme suit :

**« Article 28 | Section financière et réserve »**

Le suivi des opérations nées du présent règlement est réalisé dans le cadre des dispositions des articles 28 à 30 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs. »

## **Titre XV Règlement de la section financière des contrats sur mesure de frais médicaux**

Les modifications suivantes sont apportées au règlement de la « Section financière des contrats sur mesure de frais médicaux » :

**I.** Les articles 2 à 21 « Réservés » sont remplacés par articles 2 à 27 « Réservés ».

**II.** L’article 22 « Section financière et réserve » est renuméroté 28 et est intégralement remplacé comme suit :

**« Article 28 | 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 30.1 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 30.1 des règlements “des frais médicaux individuels des actifs » et « des frais médicaux individuels des retraités.” »

III. L'article 29 « Réservé » est créé.

IV. L'article 23 « Comptes de résultats » est renuméroté 30 et est intégralement remplacé comme suit :

#### « Article 30 | *Comptes de résultats* »

Pour la section financière définie à l'article 28, les opérations sont suivies dans deux comptes :

##### 30.1. 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 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 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 XVI Règlements de surcomplémentaires « Amplitude » : améliorations de garanties**

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « Frais médicaux amplitude. Améliorations de garanties » :

### I. Le texte suivant de l'article 1<sup>er</sup> « Objet. Définitions » :

« Dans la suite du règlement, sont appelés :

- socle collectif : le niveau de la couverture à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié, au sein du régime standard de frais médicaux collectif de BTP-Prévoyance ;
- amélioration de garanties : les améliorations modulaires de garanties de frais médicaux auxquelles le salarié a décidé d'adhérer en sus du socle collectif ; ces améliorations, qui couvrent systématiquement le salarié ainsi que ses éventuels ayants droit relevant du socle collectif, sont régies par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance ; »,

est remplacé par :

« Dans la suite du règlement, sont appelés :

- socle collectif : le niveau de la couverture à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié, au sein du régime standard de frais médicaux collectif de BTP-Prévoyance ;
- amélioration de garanties : les améliorations modulaires de garanties de frais médicaux auxquelles le salarié a décidé d'adhérer en sus du socle collectif ; ces améliorations, qui couvrent systématiquement le salarié ainsi que ses éventuels ayants

droit relevant du socle collectif, sont régies par les dispositions de la section 2 du chapitre 2 du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles des institutions de prévoyance ; »

**II. Le texte suivant de l'article 2 « Accès aux améliorations de garanties » :**

« Par exception :

- les niveaux de couverture S5P6 et S6P6 du régime standard de frais médicaux collectifs n'ouvrent pas de possibilité aux salariés de compléter leur Socle collectif par des améliorations de garanties ;
- l'adhésion aux améliorations de garanties PCE1 et PCE2 n'est plus possible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Les adhérents en portefeuille couverts par l'amélioration de garanties PCE1 conservent la possibilité de modifier leur niveau de couverture en faveur de l'amélioration de garanties PCE2, et réciproquement (si le socle collectif dont ils relèvent le permet) ;

- les salariés ayant atteint l'âge défini au 1<sup>o</sup> de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale et pouvant bénéficier, à leur initiative, d'une dispense d'adhésion ne peuvent adhérer au présent règlement. »,

est remplacé par :

« Par exception :

- les niveaux de couverture S5P6 et S6P6 du régime standard de frais médicaux collectifs n'ouvrent pas de possibilité aux salariés de compléter leur socle collectif par des améliorations de garanties ;
- l'adhésion aux améliorations de garanties PCE1 et PCE2 n'est plus possible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Les adhérents en portefeuille couverts par l'amélioration de garanties PCE1 conservent la possibilité de modifier leur niveau de couverture en faveur de l'amélioration de garanties PCE2, et réciproquement (si le socle collectif dont ils relèvent le permet) ;

- les salariés ayant atteint l'âge défini au 1<sup>o</sup> de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ne peuvent adhérer au présent règlement. »

**III. Le texte suivant du sous-article 8.1 « Terme de l'adhésion » :**

« Le terme de l'adhésion aux améliorations de garanties 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 où l'adhérent n'est plus affilié au socle collectif, ou par suite d'amélioration des garanties du socle collectif au-delà du niveau des améliorations de garanties. »,

est remplacé par :

« Le terme de l'adhésion aux améliorations de garanties 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 où l'adhérent n'est plus affilié au Socle collectif, ou par suite d'amélioration des garanties du socle collectif au-delà du niveau des amé-



liorations de garanties, ou lorsque l'adhérent a atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale. »

**IV.** Il est créé un sous-article 8.1.e « Atteinte de l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale » ainsi rédigé :

**« 8.1.e. Atteinte de l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale**

L'adhésion au présent règlement cesse automatiquement au 31 décembre de l'année de l'obtention de l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale. »

**V.** 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<sup>er</sup> janvier 2023. 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<sup>er</sup> janvier 2024. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

**VI.** Le texte suivant du sous-article 17.2 « Prescription des actions en justice » :

« 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »,

est remplacé par :

« 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
  - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »,

**VII.** Le texte suivant du sous-article 21.3 « Protection des données personnelles » :

« En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, ont vocation à être traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;

(ii) De réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, email, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits. »,

est remplacé par :

« Les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, sont traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;

(ii) De réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des contrats le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits) par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition de l'adhérent qu'il peut exercer 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits.

En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits. »

**VIII.** Sont créés les articles 22 à 27 « Réservés ».

**IX.** L'article 22 « Section financière et réserve » est renuméroté 28.

**X.** Le texte suivant de l'article 28 « Section financière et réserve » :

- « La réserve est alimentée au 31 décembre de l'exercice :
- par l'affectation de tout ou partie du solde des "Comptes du régime" tels que définis aux articles 23.1 du présent règlement et du règlement des frais médicaux amplitude – extension familiale ;
  - le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion correspondants. »,

est remplacé par :

- « La réserve est alimentée au 31 décembre de l'exercice :
- par l'affectation de tout ou partie du solde des "Comptes du régime" tels que définis aux articles 30.1 du présent règlement et du règlement des frais médicaux amplitude – extension familiale ;
  - le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion correspondants. »

**XI.** L'article 23 « Comptes de résultats » est renuméroté 30 et est intégralement remplacé comme suit :

**« Article 30 | Comptes de résultats »**

Outre les opérations à caractère social mutualisées dans le cadre du compte d'action sociale santé (tel que défini à l'article 30 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs), les opérations nées du présent règlement sont suivies dans deux comptes :

**30.1. Le "Compte du régime"**

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 30.3 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 29 ;
- 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 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 du présent règlement.

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. »

**XII.** L'article 24 « Provision pour participation aux excédents » est renuméroté 29.

**XIII.** Le paragraphe suivant de l'article 29 « Provision pour participation aux excédents » :

« 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). »,

est remplacé par :

« Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement, dans la limite du solde positif des ressources et des charges définies à l'article 30 (compte non tenu de la ressource visée au e et des charges visées aux f et g). »

## **Titre XVII Règlements de surcomplémentaires « Amplitude » : extension familiale**

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « Frais médicaux amplitude. Extension familiale » :

**I.** Le titre de l'article 1<sup>er</sup> « Objet » est remplacé par article 1<sup>er</sup> « Objet. Définitions ».

**II.** Le texte suivant de l'article 1<sup>er</sup> « Objet. Définitions » :

« Dans la suite du règlement, sont appelés :

- garanties du Salarié : les garanties globales de frais médicaux dont le salarié bénéficie, issues du cumul des couvertures suivantes :
  - socle collectif obligatoire : le niveau de couverture du régime de frais médicaux collectifs obligatoire de BTP-Prévoyance à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié ;
  - amélioration de garanties : le niveau complémentaire de couverture dont le salarié bénéficie s'il a choisi de relever du règlement des frais médicaux amplitude – amélioration de garanties de BTP-Prévoyance ;
- adhérent ou salarié : le salarié affilié ou ancien salarié affilié qui bénéficie des garanties du socle collectif obligatoire ;

- option individuelle d’extension familiale de frais médicaux ou extension familiale : la mise en place d’une couverture identique à celle dont bénéficie le salarié, en faveur de son conjoint et/ou de son (ses) enfant(s) à charge, sur la base d’une contribution financière exclusivement à la charge du salarié. Cette couverture est régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance. »,

est remplacé par :

- « Dans la suite du règlement, sont appelés :
- garanties du Salarié : les garanties globales de frais médicaux dont le salarié bénéficie, issues du cumul des couvertures suivantes :
  - socle collectif obligatoire : le niveau de couverture du régime de frais médicaux collectifs obligatoire de BTP-Prévoyance à laquelle l’entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié ;
  - amélioration de garanties : le niveau complémentaire de couverture dont le salarié bénéficie s’il a choisi de relever du règlement des frais médicaux amplitude – amélioration de garanties de BTP-Prévoyance ;
- adhérent ou salarié : le salarié affilié ou ancien salarié affilié qui bénéficie des garanties du socle collectif obligatoire ;
- option individuelle d’extension familiale de frais médicaux ou extension familiale : la mise en place d’une couverture identique à celle dont bénéficie le salarié, en faveur de son conjoint et/ou de son (ses) enfant(s) à charge, sur la base d’une contribution financière exclusivement à la charge du salarié. Cette couverture est régie par les dispositions de la section 2 du chapitre 2 du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles des institutions de prévoyance. »

### III. Le paragraphe suivant de l’article 4 « Bénéficiaires » :

« Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée par écrit aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance par courrier recommandé ou envoi électronique recommandé. La modification est prise en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l’année qui suit la demande. »,

est remplacé par :

« Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être justifiée par écrit aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance par courrier recommandé ou envoi électronique recommandé. La modification est prise en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l’année qui suit la demande. »

### IV. Le texte suivant du sous-article 6.3 « Remises de cotisations lors de la mise en place de la couverture » :

- « 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 le SGAPS BTP ;
  - gérée par l’institution ou par l’association de moyens PRO BTP. »,

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 couverture surcomplémentaire 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. »

**V.** 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<sup>er</sup> janvier 2023. 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<sup>er</sup> janvier 2024. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

**VI.** Le texte suivant du sous-article 17.2 « Prescription des actions en justice » :

- « 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou le remboursement d'une prestation induë ;
    - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
    - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »,

est remplacé par :

- « 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
    - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
    - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »

**VII.** Le texte suivant du sous-article 21.3 « Protection des données personnelles » :

« En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses



bénéficiaires, ont vocation à être traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;

(ii) De réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, email, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits. »,

est remplacé par :

« Les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, sont traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;

(ii) De réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des contrats le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits) par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition de l'adhérent qu'il peut exercer 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits.

En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture Santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits. »

**VIII.** Sont créés les articles 22 à 27 « Réservés ».

**IX.** L'article 22 « Section financière et réserve » est renuméroté 28.

**X.** Le paragraphe suivant de l'article 28 « Section financière et réserve » :

« Les dispositions des articles 22 et 24 du règlement des frais médicaux amplitude – améliorations de garanties s'appliquent pour les opérations de cette section financière. »,

est remplacé par :

« Les dispositions des articles 28 et 30 du règlement des frais médicaux amplitude – améliorations de garanties s'appliquent pour les opérations de cette section financière. »

**XI.** Est créé l'article 29 « Réserve ».

**XII.** L'article 23 « Comptes de résultats » est renuméroté 30 et est intégralement remplacé comme suit :

**« Article 30 | Comptes de résultats »**

Outre les opérations à caractère social mutualisées dans le cadre du compte d'action sociale santé (tel que défini à l'article 30 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs), les opérations nées du présent règlement sont suivies dans deux comptes :

**30.1. Le "Compte du régime"**

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 12 % 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 30.3 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 29 ;
- 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 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 du présent règlement.

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 XVIII 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<sup>er</sup> « Objet » :

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

est remplacé par :

« Elles reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements, ainsi qu'un module additionnel proposant des services d'assistance. »

### II. Le texte du sous-article 4.3 « Modifications dans la liste des bénéficiaires » est intégralement remplacé comme suit :

« Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être justifiée aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance par courrier recommandé ou envoi électronique recommandé. La modification est prise en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la demande.

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

- mariage, divorce, séparation de corps ;
- conclusion ou rupture d'un Pacs,
- naissance, décès d'un ayant droit ;
- admission d'un ayant droit au bénéfice d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise ou de la complémentaire santé solidaire ;
- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise ou de la complémentaire santé solidaire,

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

### III. Le texte suivant du sous-article 6.1 « Règles générales de fixation des cotisations » :

« 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. »,

est remplacé par :

« 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 69 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 69 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 :

- + 4 % pour les adhésions entre 69 et 70 ans (par exception, aucune majoration n'est applicable pour les adhésions à intervenir en 2024 si l'adhérent a atteint ses 69 ans au cours de l'exercice) ;
- + 16 % pour les adhésions à partir de 71 ans. »

#### IV. 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 la SGAPS BTP ;
- gérée par l'institution ou par 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 couverture surcomplémentaire 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. »

**V.** Le texte suivant du sous-article 6.6.b « Dispositions spécifiques à la “réduction dépendance” » :

« 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<sup>er</sup> 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. »,

est 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 2024 ;
- à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024, pour les personnes qui bénéficiaient déjà de l’APA au 31 décembre 2023 (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 2022 ou 2023).

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 2024 ; par exception, le décès du bénéficiaire de l’APA interrompt automatiquement le droit à réduction. »

**VI.** Le texte suivant du sous-article 6.7 « Autres réductions de cotisations » :

« 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). »,

est remplacé par :

- « En 2024, 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). »

**VII.** 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<sup>er</sup> janvier 2023. 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<sup>er</sup> janvier 2024. Ce paiement s’effectue par virement bancaire. »

**VIII.** Le texte suivant du sous-article 17.2 « Prescription des actions en justice » :

- « 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’adhérent en ce qui concerne l’action en paiement de la cotisation ou le remboursement d’une prestation indue ;
    - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
    - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d’exécution ou d’un acte d’exécution forcée (art. 2244 du code civil). »,

est remplacé par :

- « 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’adhérent en ce qui concerne l’action en paiement de la cotisation ;
    - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
    - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d’exécution ou d’un acte d’exécution forcée (art. 2244 du code civil). »



**IX.** Le texte suivant du sous-article 21.3 « Protection des données personnelles » :

« En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, ont vocation à être traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;

(ii) De réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, email, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits. »,

est remplacé par :

« Les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, sont traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;

(ii) De réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des contrats le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits) par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition de l'adhérent qu'il peut exercer 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits.

En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits. »

**X.** Sont créés les articles 22 à 27 « Réservés ».

**XI.** L'article 22 « Section financière et réserve » est renuméroté 28 et est remplacé comme suit :

**« Article 28 | Section financière et réserve »**

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

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

- par l'affectation de tout ou partie du solde du "Compte du régime" défini à l'article 30.1 ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion. »

**XII.** L'article 23 « Comptes de résultats » est renuméroté 30 et est intégralement remplacé comme suit :

**« Article 30 | Comptes de résultats »**

Outre les opérations à caractère social mutualisées dans le cadre du compte d'action sociale santé (tel que défini à l'article 30 du règlement du régime standard de frais médicaux collectif), les opérations nées du présent règlement sont suivies dans deux comptes :

**30.1. Le "Compte du régime"**

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 30.3 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 29 ;
- 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 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 du présent règlement.

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. »

**XIII.** L'article 24 « Provision pour participation aux excédents » est renuméroté 29.

**XIV.** Le paragraphe suivant de l'article 29 « Provision pour participation aux excédents » :

« 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). »,

est remplacé par :

« Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement, dans la limite du solde positif des ressources et des charges définies à l'article 30 (compte non tenu de la ressource visée au e et des charges visées aux f et g). »

## **Titre XIX 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<sup>er</sup> « Objet » :

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

est remplacé par :

« Elles reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements, ainsi qu'un module additionnel proposant des services d'assistance. »

**II.** Le paragraphe suivant du sous-article 4.3 « Modifications dans la liste des bénéficiaires » :

« Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance par courrier recommandé ou

envoi électronique recommandé. La modification est prise en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la demande. »,

est remplacé par :

« Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être justifiée aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance par courrier recommandé ou envoi électronique recommandé. La modification est prise en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la demande. »

**III. 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 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. »,

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 couverture surcomplémentaire 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. »

**IV. Le texte suivant du sous-article 6.6 « Réductions sociales » :**

« 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. »,

est remplacé par :

« Dans le cadre de la politique d'action sociale santé mise en œuvre par BTP-Prévoyance, les apprentis qui ont commencé leur contrat d'apprentissage avant le 31 décembre de l'année de leurs 25 ans, 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. »

**V. 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<sup>er</sup> janvier 2023. 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<sup>er</sup> janvier 2024. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

**VI.** Le texte suivant du sous-article 17.2 « Prescription des actions en justice » :

- « 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
    - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »,

est remplacé par :

- « 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
    - 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 du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
    - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil). »

**VII.** Le texte suivant du sous-article 21.3 « Protection des données personnelles » :

- « En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, ont vocation à être traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :
- (i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;
  - (ii) De réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, email, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture santé, l'adhérent déclare avoir

recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits. »,

est remplacé par :

« Les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, sont traitées par BTP-Prévoyance, responsable de traitement, à des fins :

(i) D'adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;

(II) De réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des contrats le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits) par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition de l'adhérent qu'il peut exercer 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits.

En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits. »

**VIII.** Sont créés les articles 22 à 27 « Réservés ».

**IX.** L'article 22 « Section financière et réserve » est renuméroté 28 et est remplacé comme suit :

**« Article 28 | Section financière et réserve »**

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

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

- par l'affectation de tout ou partie du solde du "compte du régime" défini à l'article 30.1 ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion. »

**X.** L'article 23 « Comptes de résultats » est renuméroté 30 et est intégralement remplacé comme suit :

**« Article 30 | Comptes de résultats »**

Outre les opérations à caractère social mutualisées dans le cadre du compte d'action sociale santé (tel que défini à l'article 30 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs), les opérations nées du présent règlement sont suivies dans deux comptes :

**30.1. Le "Compte du régime"**

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 30.3 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 29 ;
- 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 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 du présent règlement.

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. »

**XI.** L'article 24 « Provision pour participation aux excédents » est renuméroté 29.

**XII.** Le paragraphe suivant de l'article 29 « Provision pour participation aux excédents » :

« 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). »,

est remplacé par :

« Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement, dans la limite du solde positif des ressources et des charges définies à l'article 30 (compte non tenu de la ressource visée au e et des charges visées aux f et g). »

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 « Couvertures frais médicaux anciennes gammes fermées collectives et individuelles » telles qu’elles figurent en annexe 25 du présent avenant.

---

## **Titre XXI** Prise d’effet des modifications relatives aux cotisations du RNPO et au 0,20 % d’action sociale

Prennent effet rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2023 les modifications apportées aux dispositions du règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO, telles que figurant aux points II, XVI et XVII du titre I<sup>er</sup> du présent avenant.

---

## **Titre XXII** Prise d’effet des modifications relatives au salaire de référence du RNPO

Prennent effet rétroactivement au 1<sup>er</sup> juillet 2023 les modifications apportées aux dispositions du règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO, telles que figurant au point VIII du titre I<sup>er</sup> du présent avenant.

---

## **Titre XXIII** Prise d’effet des modifications relatives à la garantie chirurgie du RNPC et des régimes de prévoyance supplémentaire des ouvriers et des ETAM

Prennent effet rétroactivement au 15 octobre 2023 les modifications apportées aux dispositions du règlement du RNPC et des règlements des régimes de prévoyance supplémentaire des ouvriers et des ETAM, telles que figurant aux points suivants du présent avenant :

- IX et X du titre III ;
- X et XI du titre IV ;
- X et XI du titre V.

---

## **Titre XXIV** Prise d’effet des modifications relatives aux maintiens de droits des régimes de frais médicaux collectifs en cas de chômage

Prendront effet à une date à fixer par le conseil d’administration de BTP-Prévoyance (cette date devant être comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2024) les modifications apportées aux dispositions des règlements des régimes de frais médicaux collectifs, telles que figurant aux points suivants du présent avenant :

- IV du titre XIII ;
- III du titre XIV.

## Titre XXV Prise d'effet

À l'exception des spécifications expresses figurant aux titres XXI à XXIV, les dispositions du présent avenant prendront effet le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

## Titre XXVI Dépôt avec occultation partielle dans la publication de l'avenant

Prenant acte que cet avenant fera l'objet d'une publication en ligne sur Légifrance, les membres de la commission paritaire extraordinaire relèvent que ses annexes tarifaires constituent des informations particulièrement sensibles. Dans un environnement concurrentiel, la politique tarifaire de BTP-Prévoyance, qui résulte notamment de données d'expérience propres à l'Institution, relève en effet du secret des affaires. La publication de ces annexes tarifaires (à l'exception de celles portant sur les couvertures de base conventionnelles de prévoyance) porterait atteinte aux intérêts stratégiques de l'institution.

En conséquence, les membres de la commission paritaire extraordinaire conviennent que le 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, dans une version dans laquelle les annexes tarifaires suivantes seront occultées :

- annexe 9 : annexe des tarifs en vigueur du « Régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers » ;
- annexe 11 : annexe des tarifs en vigueur du « Régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » ;
- annexe 13 : annexe des tarifs en vigueur du « Règlement des compléments individuels de prévoyance des ETAM » ;
- annexe 15 : annexe des tarifs en vigueur du « Régime de prévoyance supplémentaire des cadres » ;
- annexe 16 : annexe des tarifs en vigueur du « Règlement des couvertures « PRO BTP Capital Décès » » ;
- annexe 18 : annexe des tarifs en vigueur du « Règlement du régime de GAT » ;
- annexe 19 : annexe des tarifs en vigueur du « Règlement du régime d'OCALD » ;
- annexe 20 : annexes de cotisations du « Règlement du régime standard des frais médicaux collectifs et des groupes fermés des non-cadres, cadres et ETAM » ;
- annexe 21 : annexes de cotisations du « Règlement des compléments collectifs "Renfort dépassements d'honoraires" » ;
- annexe 22 : annexes de cotisations du « Règlement des frais médicaux amplitude – améliorations de garanties » ;
- annexe 23 : annexes de cotisations du « Règlement des frais médicaux amplitude – extension familiale » ;
- annexe 24 : annexes de cotisations du « Règlement des frais médicaux individuels des retraités » et du « Règlement des frais médicaux individuels des actifs » ;
- annexe 25 : annexes de cotisations des « Couvertures de frais médicaux anciennes gammes fermées collectives et individuelles ».

*Fait à Paris, le 13 décembre 2023.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe N°1

### Annexe « des Tarifs en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO »

Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO

Annexe Tarifaire en vigueur au 1er Janvier 2024

<b>RNPO</b>	<b>Taux de cotisation</b>	<b>Dont cotisation employeur</b>
<b>PREVOYANCE : BASE</b>	<b>1,70%</b>	<b>0,95%</b>
Dont au titre :		
- des garanties en cas de décès	0,62%	0,37%
- des indemnités journalières > 90 jours	0,54%	0,27%
- des rentes d'invalidité	0,45%	0,26%
- des forfaits parentalité et accouchement	0,06%	0,03%
- de l'hospitalisation chirurgicale	0,02%	0,01%
- des indemnités journalières <90 jours (maintien de salaire incombant à l'employeur)	0,01%	0,01%
<b>PRÉVOYANCE : SURBASE obligatoire</b>	<b>0,30%</b>	<b>0,18%</b>
Dont au titre :		
- des garanties en cas de décès	0,07%	0,042%
- des indemnités journalières > 90 jours	0,14%	0,084%
- des rentes d'invalidité	0,09%	0,054%
<b>SOUS -TOTAL PRÉVOYANCE (hors IFC)</b>	<b>2,00%</b>	<b>1,13%</b>
<b>Indemnités de fin de carrière (IFC)</b>	<b>0,59%</b>	<b>0,59%</b>
<b>TOTAL RNPO</b>	<b>2,59%</b>	<b>1,72%</b>

## 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 2024

RNPO	Base Obligatoire + Surbase Obligatoire
------	--

> Capital-Décès	
<b>Participant Célibataire, veuf ou divorcé</b>	
Capital de base : décès toutes causes	750 SR
Complément de capital décès suite décès AT/MP (1)	+ 100% RA
-> <b>En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (2)</b>	
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
<b>Participant avec conjoint</b>	
Capital de base décès toutes causes	3500 SR (5)
Complément de capital décès suite décès AT/MP (1)	+ 100% RA
-> <b>En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (2)</b>	
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
<b>Capital complémentaire : "Capital Orphelin" (2)</b>	
Complément de capital décès si orphelin de père et de mère, pour chaque enfant à charge	+ 250 SR
<b>Versement anticipé du capital-décès</b>	
Si invalidité totale et permanente	non
<b>Conversion du capital en rente</b>	
	oui

> Rente Décès	
<b>Rente au conjoint survivant pour décès suite à maladie (3)(4)</b> (hors accident du travail et maladie professionnelle)	
	12% SB
<b>Rente au conjoint survivant pour décès suite à AT/MP (1) (4)</b>	
Sans enfant	60% SB - rente SS
Avec un enfant	80% SB - rente SS
Avec deux enfants ou plus	100% SB - rente SS
<b>Rente d'éducation (par enfant à charge)</b>	
<b>En cas de décès non consécutif à AT/MP</b>	
Orphelin du parent participant	10% SB (3)
Orphelin de ses deux parents	20% SB (3)
<b>En cas de décès consécutif à AT/MP</b>	
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 (6,32 € au 1er juillet 2023)

<b>Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO</b> <b>Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2024</b>
---

<b>RNPO</b>	<b>Base Obligatoire</b> <b>+</b> <b>Surbase Obligatoire</b>
-------------	---

<b>&gt; Indemnités Journalières</b>
-------------------------------------

<b>Arrêt suite à maladie ou accident de droit commun</b> (hors accident du travail et maladie professionnelle)	75% SB (1)(2)(3)
<b>Arrêt suite à AT/MP</b>	SB / 4000 par jour (5)

<b>&gt; Rente d'Invalidité</b>
--------------------------------

<b>Rente d'invalidité de droit commun</b>	
<b>Invalidité de 1ère catégorie</b> Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	- -
<b>Invalidité de 2ème catégorie</b> Majoration par enfant à charge	10% SB (6) +5% SB (7)
<b>Invalidité de 3ème catégorie</b> Majoration par enfant à charge	10% SB (6) +5% SB (7)
<b>Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)</b>	
26% ≤ T ≤ 50%	[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS
T > 50%	[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS

<b>&gt; Forfait Parentalité et Accouchement</b>
---

Forfait parentalité	8% du PMSS
Forfait accouchement	2,6% du PASS

<b>&gt; Prestation hospitalisation Chirurgicale</b>
---

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 (6,32 € au 1er juillet 2023)  
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<sup>er</sup> janvier 2024**

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	35 €
2 ans	70 €
3 ans	105 €
4 ans	140 €
5 ans	175 €
6 ans	210 €
7 ans	245 €
8 ans	280 €
9 ans	315 €
10 ans	350 €
11 ans	484 €
12 ans	619 €
13 ans	753 €
14 ans	887 €
15 ans	1 021 €
16 ans	1 156 €
17 ans	1 290 €
18 ans	1 424 €
19 ans	1 558 €
20 ans	1 693 €
21 ans	1 925 €
22 ans	2 158 €
23 ans	2 391 €
24 ans	2 624 €
25 ans	2 857 €
26 ans	3 115 €
27 ans	3 373 €
28 ans	3 631 €
29 ans	3 889 €
30 ans	4 147 €
31 ans	4 444 €
32 ans	4 741 €
33 ans	5 038 €
34 ans	5 334 €
35 ans	5 631 €
36 ans	5 928 €
37 ans	6 225 €
38 ans	6 521 €
39 ans	6 818 €
40 ans	7 115 €
41 ans	7 412 €
42 ans	7 708 €
43 ans et plus	8 148 €

\*  $S V_{Ouv} = V_{Ent}$

## Annexe N°4

**Annexe « des Tarifs en vigueur »  
du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE »**

**Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE**

**Annexe Tarifaire en vigueur au 1er Janvier 2024**

<b>RNPE</b>	<b>Taux de cotisation</b>	<b>Dont cotisation employeur</b>
<b>Au titre des garanties liées au décès</b>	<b>0,58%</b>	<b>0,58%</b>
<b>Au titre des autres garanties</b>	<b>1,27%</b>	<b>0,67%</b>
Dont Indemnités journalières > 90 jours	0,52%	0,26%
Dont rentes d'invalidité	0,65%	0,36%
Dont forfaits parentalité et accouchement	0,08%	0,04%
Dont hospitalisations chirurgicales	0,02%	0,01%
<b>Total</b>	<b>1,85%</b>	<b>1,25%</b>

## 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 2024	
RNPE	Prestations Conventionnelles
<b>&gt; Capital-Décès</b>	
<b>Participant Célibataire, veuf ou divorcé</b>	
Capital de base : décès toutes causes	6 000 €
-> <b>En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (1)</b>	
Complément de capital décès toutes causes, par enfant à charge	+ 100 % SB
Complément de capital décès suite décès AT/MP (2)	+200 % SB
<b>Participant avec conjoint</b>	
Capital de base décès toutes causes majoré	200 % SB (3)
Complément de capital décès suite décès AT/MP	+ 200 % SB
-> <b>En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (1)</b>	
Complément de capital décès toutes causes, par enfant à charge	+ 50 % SB
<b>Capital complémentaire : "Capital Orphelin"</b>	
Complément de capital décès si orphelin de père et de mère, à chaque enfant à charge	+ 125 % SB
<b>Versement anticipé du capital-décès</b>	
Si invalidité totale et permanente	oui
<b>Conversion du capital en rente</b>	oui
<b>&gt; Rente Décès</b>	
<b>Rente de conjoint invalide</b>	15 % SB (4)
<b>Rente d'éducation (par enfant à charge)</b>	
<b>En cas de décès non consécutif à AT/MP</b>	
Orphelin du parent participant	15% SB Mini. 12% PASS
Orphelin de ses deux parents	30% SB Mini. 25% PASS
<b>En cas de décès consécutif à AT/MP</b>	
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

<p align="center"><b>Régime National de Prévoyance des ETAM</b></p> <p align="center"><i>Annexe des garanties en vigueur au 1er janvier 2024</i></p>
--

RNPE	Prestations Conventionnelles
------	------------------------------

<b>&gt; Indemnité Journalière</b>	
<b>Maladie ou accident de droit commun (1)</b>	
Prestation de base	84% SB
<b>AT/MP (1)</b>	
Montant de la prestation	85% SB

<b>&gt; Rente d'Invalidité</b>	
<b>Rente d'invalidité de droit commun (1)</b>	
<b>Invalidité de 1ère catégorie</b>	40 % SB
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+5% SB
<b>Invalidité de 2ème catégorie</b>	75% SB
Majoration par enfant à charge	+6% SB
<b>Invalidité de 3ème catégorie</b>	85% SB
<b>Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)</b>	
26% ≤ T ≤ 50%	$[(1,9 \times T) - 35\%] \times SB - \text{rente SS}$
T > 50%	$[(0,7 \times T) + 30\%] \times SB - \text{rente SS}$

<b>&gt; Forfait Parentalité et Accouchement</b>	
<b>Forfait parentalité</b>	8 % du PMSS
<b>Forfait accouchement</b>	2,6 % de PASS

<b>&gt; Prestation Hospitalisation Chirurgicale</b>	
<b>Frais de chambre particulière pour le participant</b>	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 »

<b>Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics</b>
<i>Annexe Tarifaire en vigueur au 1er Janvier 2024</i>

Régime conventionnel

<b>RNPC</b> <b>Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux Publics</b>	<b>Taux de cotisation</b>	
	Tranches de salaire	
	Jusqu'à 1 PSS	De 1 à 4 PSS
Capital Décès	0,61% S	0,61% S
Rente éducation	0,15% S	0,15% S
Indemnités Journalières	0,27% S	0,57% S
Invalidité	0,32% S	0,92% S
Forfaits Parentalité, Accouchement	0,03% S	0,03% S
Frais de chirurgie	0,12% S	0,12% S
<b>Total</b>	<b>1,50% S</b>	<b>2,40% S</b>

PSS: Plafond de la Sécurité sociale

## Annexe N°7

### Annexe « des Garanties en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPC »

Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics <i>Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2024</i>	
RNPC	Prestations conventionnelles
<b>&gt; Capital-Décès</b>	
<b>Participant Célibataire, veuf ou divorcé:</b>	
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
-> <b>En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (2)</b>	
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
<b>Participant avec conjoint</b>	
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
-> <b>En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (2)</b>	
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
<b>Capital complémentaire : "Capital Orphelin"</b>	
Capital décès complémentaire orphelin de père et de mère, à chaque enfant à charge	+ 125% SB
<b>Versement anticipé du capital-décès</b>	
Si invalidité totale et permanente	oui
<b>Conversion du capital en rente</b>	oui
<b>&gt; Rente Décès</b>	
<b>Rente d'éducation (par enfant à charge)</b>	
<b>En cas de décès non consécutif à AT/MP</b>	
Orphelin du parent participant	10% SB Mini : 10% PASS
Orphelin de ses deux parents	Doublement de la rente
<b>En cas de décès consécutif à AT/MP</b>	
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

<b>Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics</b> <i>Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2024</i>
--

<b>RNPC</b>	<b>Prestations conventionnelles</b>
-------------	---

<b>&gt; Indemnités Journalières</b>	
-------------------------------------	--

<b>Maladie ou accident de droit commun (1)</b>	
Prestation de base	70% SB
Majoration par enfant à charge	+3 % ⅓ SB
<b>AT/MP (1)</b>	
Montant de la prestation	85% SB

<b>&gt; Rente d'Invalidité</b>	
--------------------------------	--

<b>Rente d'invalidité de droit commun (1)</b>	
<b>Invalidité de 1ère catégorie</b>	39% SB
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	+5% SB
<b>Invalidité de 2ème catégorie</b>	65% SB
Majoration par enfant à charge	+5% SB
<b>Invalidité de 3ème catégorie</b>	85% SB
Majoration par enfant à charge	-
<b>Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)</b>	
26% ≤ T ≤ 50%	[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS
T > 50%	[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS

<b>&gt; Forfait Parentalité et Accouchement</b>	
---	--

<b>Forfait parentalité</b>	8 % du PMSS
<b>Forfait accouchement</b>	2,6 % de PASS

<b>&gt; Chirurgie</b>	
-----------------------	--

<b>Frais de chirurgie</b>	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 2024									
Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)		Options supplémentaires des Ouvriers Toutes les prestations s'entendent <i>Y compris</i> les prestations du Régime National de Prévoyance des Ouvriers							
RNPO		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 ATMP (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)	750 SR + 100% RA	6 000 € + 100% RA	6 000 € + 100% RA	6 000 € + 100% RA	200% SB +300% RA +100% SB	200% SB +300% RA +100% SB	200% SB +300% RA +100% SB	200% SB +300% RA +100% SB	200% SB +300% RA +100% SB
	+ 1000 SR + 2000 SR	-	+35% SB /entf +35% SB /entf	+50% SB /entf +50% SB /entf	+50% SB/entf (6) +50% SB /entf	+50% SB/entf (6) +50% SB /entf (7) ..... OU ..... +50% SB /entf (7) +50% SB /entf (7)	+50% SB/entf (6) +50% SB /entf (7) ..... OU ..... +50% SB /entf (7) +50% SB /entf (7)	+50% SB/entf (6) +50% SB /entf (7) ..... OU ..... +50% SB /entf (7) +50% SB /entf (7)	+50% SB/entf (6) +50% SB /entf (7) ..... OU ..... +50% SB /entf (7) +50% SB /entf (7)
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	+ 100% RA	+ 100% RA	+ 200% RA	+ 200% SB	+300% RA	+300% RA	+250% RA	+200% RA	+200% RA
	3500 SR + 100% RA	130% SB + 100% RA	165% SB + 200% RA	200 % SB + 200% SB	250% SB +300% RA +100% SB	250% SB +300% RA +100% SB	350% SB +250% RA +200% SB	450% SB +200% RA +200% SB	450% SB +200% RA +200% SB
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	+ 1000 SR + 2000 SR	+ 1000 SR /entf + 1000 SR	+35% SB /entf	+50% SB /entf	+50% SB/entf (6)	+50% SB/entf (6) +50% SB /entf	+50% SB /entf +50% SB /entf	+50% SB/entf (6) +50% SB /entf	+50% SB/entf (6) +50% SB /entf
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	+ 250 SR	+ 250 SR	+ 250 SR	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB
	non oui	non oui	oui oui	oui oui	oui oui	oui oui	oui oui	oui oui	oui oui
Conversion du capital en rente		Rente d'Éducation							
		N 1	N 2	N 3	N 4				
Rente d'éducation (par enfant à charge) En cas de décès non consécutif à ATMP	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 ATMP	Orphelin du parent participant	-	-	5% SB	15% SB Mini : 15% PASS				
	Orphelin de ses deux parents	10% SB (8)	10% SB (8)	35% SB Mini : 30% PASS	doublement de la rente				
Allocation décès famille		Allocation décès famille							
Allocation versée au décès du conjoint ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans (10)		12,5% du PASS							

(1)	Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".		
(2)	Complément de capital décès suite à A TMP 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 +40% 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 réversions 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 âgé d'au moins 12 ans, tels que définis à l'article 10 du règlement d'adhésion à ETP-PREVOYANCE au titre du RNPO		
SB : Salaire de base		SR : Salaire de référence (6,32 € au 1er juillet 2023)	Equivalent aux prestations du RNPE
RA : Remunération annuelle brute perçue au cours des 12 derniers mois		ent : 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			

	Equivalent aux prestations du RNPE
	Equivalent aux prestations du RNPC

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale  
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale  
SB : Salaire de base  
SS : Sécurité Sociale  
ATMP : Accident du Travail ou Malade Professionnelle  
T : Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité Sociale

Options supplémentaires des Ouvriers  
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2024

> 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°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 2024						
		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						
Participant Célibataire, veuf ou divorcé	Capital de base : décès toutes causes	6 000 €	N 4	N 5	N 6	N 7
	Complément de capital décès suite décès AT/MP, du participant célibataire, veuf ou divorcé, sans enfant à charge.	-	200% SB	200% SB	200% SB	200% SB
	Complément de capital en cas décès accidentel du participant	-	+300% RA	+300% RA	+300% RA	+300% RA
	-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (1)		+100% SB	+100% SB	+100% SB	+100% SB
	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	-	+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% SB (4)
Participant avec conjoint	Capital de base décès toutes causes majoré (3)	200 % SB (3)	+300% RA	+300% RA	+250% RA	+200% RA
	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"		+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB
	Complément de capital décès si orphelin de père et de mère, pour chaque enfant à charge	+ 125 % SB				
Versement anticipé du capital-décès						
Si invalidité totale et permanente		oui	oui	oui	oui	
Conversion du capital en rente		oui	oui	oui	oui	
> Rente d'Education						
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	N 4		
						Orphelin de ses deux parents
	En cas de décès consécutif à AT/MP	Orphelin du parent participant	5% SB	15% SB Mini. 15% PASS	Doublement de la rente	
						Orphelin de ses deux parents
	> Allocation décès famille					
	Allocation versée au décès du conjoint ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans (7)			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.  
(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 âgé d'au moins 12 ans, tels que définis à l'article 10 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE

AT/MP : 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 2024					
		Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)	Options supplémentaires des ETAM		
Toutes les prestations s'entendent <u>y compris</u> 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					
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		29 €/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					Equivalent aux prestations du RNPC
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 2024					
> Garantie Décès Invalidité Accidentels		Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
Garantie 1					
Capital en cas de décès (1)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB
Capital en cas d'invalidité (2) T = 100 %		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB
Garantie 2					
Capital en cas de décès (1)		100% SB	200% SB	300% SB	400% 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
Garantie 3					
Capital en cas de décès (1)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB
Capital en cas d'invalidité (2) 66% < T		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB
15% < T ≤ 66 %		100% SB x T / 66 %	200% SB x T / 66 %	300% SB x T / 66 %	400% 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 « Règlement des Compléments Individuels de prévoyance des ETAM »

<p align="center"><b>Règlement des Compléments Individuels de Prévoyance des ETAM</b></p> <p align="center"><i>Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2024</i></p>
--

> Capital-Décès		
	Première Option	Seconde Option
<b>Participant Célibataire, veuf ou divorcé</b>		
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
<b>Participant avec conjoint</b>		
Complément du capital en cas décès accidentel	+ 100 % SB	+ 100 % SB
> Indemnité Journalière		
<b>Maladie ou accident de droit commun (2)</b>		
Prestation de base	85% SB	85% SB
> Rente d'Invalidité		
<b>Rente d'invalidité de droit commun (2)</b>		
<b>Invalidité de 1ère catégorie</b>		48 % SB
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge		+5% SB
<b>Invalidité de 2ème catégorie</b>		80% SB
Majoration par enfant à charge		+5% SB
<b>Invalidité de 3ème catégorie</b>		-

(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** « *Règlement des Compléments Individuels de prévoyance des ETAM* »

**Annexe occultée.**

**Annexe « des Garanties en vigueur »  
du « Régime de Prévoyance supplémentaire des Cadres »**

BOCC 2024-07 TRA

Régime de Prévoyance supplémentaire des Cadres												
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2024												
Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)		Options supplémentaires des Cadres						Option Tranche C				
		Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des Cadres										
		N 1	N 2	N 3	N 4	N 5	N 6	Option Tranche C				
Maladie ou accident de droit commun (1)		75% SB (A)	77,5% SB	80% SB	82,5% SB	85% SB	90% SB	80% TC				
		+3 % ½ SB	+3 % ½ SB	+3 % ½ SB	+3 % ½ SB	+3 % ½ SB	-	-				
		85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% TC				
AT/IMP (1)												
Montant de la prestation												
> Rente d'Invalidité												
Maladie ou accident de droit commun (1)		Invalidité de 1ère catégorie	N 2		N 3		N 4		N 5		Option Tranche C	
		Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	40% SB	40% SB	40% SB	48% SB	51% SB	42% TC				
		Invalidité de 2ème catégorie	+5% SB	+5% SB	+5% SB	+5% SB	+5% SB	-				
		Majoration par enfant à charge	70% SB	75% SB	80% SB	85% SB	85% SB	70% TC				
		Invalidité de 3ème catégorie	+5% SB	+5% SB	+6% SB	+5% SB	-	-				
AT/IMP (1)		85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	70% TC					
26% ≤ T ≤ 50%		[(1,9 x T) – 35%] x rente SS		[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS		[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS		[(1,9 x T) – 35%] x 70% TC				
T > 50%		[(0,7 x T) + 30%] x rente SS		[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS		[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS		[(0,7 x T) + 30%] x 70% TC				
> Forfait Naissance												
Forfait Parentalité		Option 1		Option 2								
Forfait accouchement		24% du PMSS		39,2% du PMSS								
Forfait Naissance (2)		8 % du PMSS		2,6 % du PASS								
		-										
(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 du Régime National de prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics.												
TC : Salaire de base en tranche C (de 4 PSS à 8 PSS)												
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale												
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale												
SB : Salaire de Base jusqu'à 4 fois le PSS (Plafond de la Sécurité sociale)												
AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle												
T : Taux d'incapacité permanente défini par la S.S.												

(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 2024					
> Garantie Décès Invalidité Accidentels					
	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
<b>Garantie 1</b>					
Capital en cas de décès (1)	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
<b>Garantie 2</b>					
Capital en cas de décès (1)	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
<b>Garantie 3</b>					
Capital en cas de décès (1)	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
Capital en cas d'invalidité (2)	100% 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 %	200% SB 200% SB x T / 66 % 200% SB x T / 66 % 300% SB x T / 66 % 400% SB x T / 66 % 500% SB x T / 66 %	300% SB 300% SB x T / 66 % 300% SB x T / 66 % 300% SB x T / 66 % 400% SB x T / 66 % 500% SB x T / 66 %	400% SB 400% SB x T / 66 % 400% SB x T / 66 % 400% SB x T / 66 % 400% SB x T / 66 % 500% SB x T / 66 %	500% SB 500% SB x T / 66 % 500% SB x T / 66 % 500% SB x T / 66 % 500% 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°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 des couvertures « PRO BTP Capital Décès » »**

#### **Règlement des couvertures "PRO BTP Capital Décès"**

*Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2024*

**Montant du capital versé en cas de décès :**

	Capital décès
Niveau 1	1 500 €
Niveau 2	3 000 €
Niveau 3	5 000 €

#### **Règlement des couvertures "PRO BTP Capital Décès"**

*Annexe des tarifs au 1er janvier 2024*

**Annexe occultée.**

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 <sup>er</sup> Janvier 2024									
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.									
Option 1		Option 2		Option 3		Option 4		Option 5	
✓		✓		✓		✓		✓	
✓				✓					✓
✓				✓					✓
Ouvrier Régime Général									
ETAM Cadre		Ouvrier Régime local d'Alsace-Moselle		ETAM Cadre					
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	
100 % Conventionnel (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)		100 % SB (jusqu'au 48e jour d'arrêt) (2)  75% SB (du 49e au 90e jour d'arrêt)		100 % SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)		100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 45e jour d'arrêt)  75% SB (du 46e au 90e jour d'arrêt)		100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)	
15 jours		0 jour		3 jours (ETAM / Cadre) 0 jour (Ouv. Bât. et TP)		0 jour		0 jour	
100 % Conventionnel (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)		Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1 <sup>er</sup> au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt)  Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)		100 % SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)		Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1 <sup>er</sup> au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt)  Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)		100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)	
15 jours		3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1)		Arrêt ≤ 30 jours : 3 jours (Ouv. Bât. / ETAM / Cadre) 0 ou 3 jours (Ouv. TP) (1)  Arrêt > 30 jours : 0 jour		0 jour		0 jour	
100 % SB (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)		100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt) (2)		100 % SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)		100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)		100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)	
15 jours		0 jour		3 jours (ETAM / Cadre) 0 jour (Ouv. Bât. et TP)		0 jour		0 jour	
100 % SB (du 16e au 112e jour d'arrêt)		100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 112e jour d'arrêt)		100 % SB (jusqu'au 112e jour d'arrêt) (2)		100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 112e jour d'arrêt)		100% SB (du 1 <sup>er</sup> 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<sup>er</sup> jour qui suit le délai de carence applicable au salarié.

SB : Salaire de base.

Garanties par cause d'arrêt de travail

	<div> <div>Régime de Garantie Arrêt de Travail</div> <div>Annexe des Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> Janvier 2024</div> </div> <div> 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. </div>
--	--

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 collègues

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 standard de frais médicaux collectifs  
Génération d'adhésion 2024

Annexe 20.6 - Régime des frais médicaux collectifs des Non-Cadres  
(groupe fermé)

Annexe 20.7- Régime des frais médicaux collectifs des Cadres  
(groupe fermé)

Annexe 20.8 - Régime des frais médicaux collectifs des ETAM  
(groupe fermé)

*A noter :*

- *Les cotisations de la formulation « Famille sans conjoint » (définie 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 » (définie 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<sup>er</sup> janvier 2024  
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 1<sup>er</sup> 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 <sup>(1)</sup>	S1 <sup>A</sup>	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 Radiologie	60 à 70%			(160% si OPTAM)	(200% si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)
	Soins externes							
	Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%				160%	200%	200%
	Transport	55%	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%
	Médicaments							
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		30%	30%					
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(11)</sup>	-	-	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 / bénéf.
	Matériel médical <sup>(12)</sup>							
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%
	Honoraires							
	Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup>	80%	100%	100%	100%	160%	200%	200%
	Chambre particulière <sup>(3)</sup>	-	-	-	(160% si OPTAM) 50 € / jour	(200% si OPTAM) 65 € / jour	(Frais réels si OPTAM) 80 € / jour	(Frais réels si OPTAM) 100 € / jour
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(3)</sup>	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour
	ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(3)</sup>	100%						
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	- 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier <sup>(14)</sup> et Forfait urgences <sup>(14)(15)</sup> en établissements hospitaliers		-	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Bloc P		Part S.S. RG <sup>(1)</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5
Optique	Equipement optique 100% Santé <sup>(16)</sup>	60% <sup>(16)</sup>	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 <sup>(16)(7)</sup>	60% <sup>(16)</sup>	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 <sup>(16)(7)(8)</sup>							
	Equipement 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 €
	Equipement à verres progressifs <sup>(9)</sup> Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas	60% <sup>(16)</sup>	200 €	250 € 200 €	300 € 250 €	400 € 300 €	500 € 400 €	600 € <sup>(10)</sup> 500 €
	Supplément forte correction <sup>(17)</sup>		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans <sup>(10)</sup>	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(9)</sup>
	Lentilles <sup>(12)</sup>							
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €
Dentaire	Chirurgie réfractive de la vue <sup>(13)</sup>	-	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires							
	Islay / onlay (par acte)	60%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €
	Prothèses dentaires <sup>(12)</sup>							
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup> - Autres prothèses	60%	125%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%
	Orthodontie Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	275%	350%	425%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €
Aides auditives	Implants (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>							
	Si partenaire Implantologie Sévane Dans les autres cas	-	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €
	Equipements auditifs 100% Santé <sup>(18)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives <sup>(15)(16)</sup>							
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus Si partenaire Audioprothésiste Sévane Dans les autres cas	60%	400 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires <sup>(15)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées <sup>(20)(21)</sup> Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etnopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 60 €
	Cures thermales <sup>(22)</sup>	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<sup>er</sup> janvier 2024

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 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	PCE 3
Soins courants	<b>Honoraires médicaux</b>				
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Radiologie				
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%	160%
	<b>Honoraires paramédicaux</b>				
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%	160%
	Transport	55%			100%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%			
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60%	100%	100%	160%
	<b>Médicaments</b>				
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% / 30% 15%	100%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. <sup>(1)</sup>	-	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
	<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup>				
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%	550%
	<b>Honoraires</b>				
	Honoraires, frais de séjour <sup>(3)(30)</sup>	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(30)</sup>		70 € / jour	90 € / jour	100 € / jour
Optique	Lit accompagnant <sup>(30)</sup>	-	23 € / jour <sup>(3)</sup> pour les enfants de -15 ans	23 € / jour <sup>(3)</sup> pour les enfants de -15 ans	100 €/j limité à 15j / hospitalisation <sup>(31)</sup> pour les enfants de -16 ans ou pour les personnes de +70 ans
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%	100%
	<b>Forfait journalier</b> <sup>(3)(14)</sup> et <b>Forfait urgences</b> <sup>(3)(4b)(a)</sup> en établissements hospitaliers <sup>(36)</sup>	-	oui	oui	oui
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisation > 15 jours	-	-	-	8 € / jour <sup>(32)</sup>
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2	PCE 3
Optique	<b>Equipelement optique 100% Santé</b> <sup>(5)(6)</sup>	60% <sup>(4)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres équipement optique (verres et monture)</b>				
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup>				
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% <sup>(c)</sup>	300 € 100 €	420 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs <sup>(9)</sup> - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € <sup>(10)</sup> 100 €	700 € <sup>(10)</sup> 100 €
	* Supplément forte correction <sup>(11)</sup>		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(6)</sup>
	<b>Lentilles</b> <sup>(12)</sup>				
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>	300 € / an / bénéficiaire
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €	150 €
Dentaire	<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> <sup>(13)(34)</sup>	-	450 €	450 €	500 €
	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b>				
	Inlay / Onlay (par acte)	60%	150%	200%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>		100%	140%	300%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf.) <sup>(12)</sup>	-	200 €	300 €	350 €
	<b>Prothèses dentaires</b> <sup>(2)</sup>				
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup> - Autres prothèses	60%	400% 400%	Frais réels 450%	Frais réels 500%
	<b>Orthodontie</b>				
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre) Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) <sup>(17)</sup>	100% - -	275% - -	425% 300 €	500% 600 €
Aides auditives	Implants <sup>(12)</sup>	-	300 €	400 €	600 €
	<b>Equipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(18)</sup>				
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus - Pour les bénéficiaires de moins 20 ans	60%	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €	1 200 € 1 400 €
Prestations complémentaires	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%	100%
	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées</b> <sup>(20)(21)</sup>				
	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)	4 x 50 € / an / bénéficiaire (Plafond : 450 € / an / famille)
	Cures thermale <sup>(22)</sup>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €	100% + 350 €
	Séage tabagiste <sup>(12)</sup>	-	-	-	55 € / an / bénéficiaire
Module additionnel facultatif	Complément équipement post cancer <sup>(35)</sup>	-			1 000 € / an / bénéficiaire
	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option	en option

## Régime standard des frais médicaux collectifs

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024

#### 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 1er 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> 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**

Pour les entreprises qui ont adhéré au règlement du régime standard des frais médicaux collectifs (gamme Tous Collèges) entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> novembre 2020 inclus avec prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier 2021, les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2024 sont celles définies dans l'Annexe N°20.1 de l'Avenant n°37 du 13 décembre 2023.

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.3 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2022**

Pour les entreprises qui ont adhéré au règlement du régime standard des frais médicaux collectifs (gamme Tous Collèges) entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> novembre 2021 inclus avec prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2024 sont les suivantes :

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.4 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2023**

Pour les entreprises qui ont adhéré au règlement du régime standard des frais médicaux collectifs (gamme Tous Collèges) entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 octobre 2022 inclus avec prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier 2023, les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2024 sont les suivantes :

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.5 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2024**

Pour les entreprises qui ont adhéré au règlement du régime standard des frais médicaux collectifs (gamme Tous Collèges) entre le 25 juillet et le 31 octobre 2023 inclus avec prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier 2024, les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2024 sont les suivantes :

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.6 - Régime des frais médicaux collectifs des Non-Cadres (groupe fermé)**

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.7 - Régime des frais médicaux collectifs des Cadres (groupe fermé)**

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.8 - 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<sup>er</sup> janvier 2024**

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale française.

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.

Praticien	Garanties résultantes <sup>(1)</sup>		
	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 française*

*(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<sup>er</sup> janvier 2024**  
Régime Général et Alsace-Moselle  
Cotisation en pourcentage de salaire dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale à un PSS

**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<sup>er</sup> janvier 2024**  
**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 publique.

Options de la gamme nationale								
Bloc S		Part S.S. RG <sup>1</sup>	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	<b>Honoraires médicaux</b> Consultations et visites (généralistes et spécialistes) Actes techniques médicaux Radiologie Soins externes	70% 60% à 70%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	<b>Honoraires paramédicaux</b> Auxiliaires médicaux, soins infirmiers Transport Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60% 55% 60%	100%	100%	160% 100%	200% 100%	200% 100%	
	<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	60%	100%	100%	160%	200%	200%	
	<b>Médicaments</b> Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(1)</sup>	-	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 / bénéf.	
	<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup>							
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	250%	350%	500%	550%	650%	
	<b>Hospitalisation</b>							
	Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup>	80%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
Hospitalisation	Chambre particulière <sup>(3)</sup>	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(3)</sup> ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(3)</sup>	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
	Actes médicaux supérieurs à 120 € - 1 forfait	100% - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	
	<b>Forfait journalier</b> <sup>(3)(4)</sup> et <b>Forfait urgences</b> <sup>(3)(4b)</sup> en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	
Bloc P		Part S.S. RG <sup>1</sup>	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique	<b>Equipelement optique 100% Santé</b> <sup>(5)(6)</sup>	60% <sup>(a)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Autre équipement optique (verres et monture)</b>							
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	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 <sup>(6)(7)(8)</sup> <b>Equipelement à verres unifocaux</b> Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas		175 € 125 €	200 € 150 €	300 € 200 €	350 € 250 €	400 € 300 €	420 € 350 €
	<b>Equipelement à verres progressifs</b> <sup>(9)</sup> Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas	60% <sup>(c)</sup>	250 € 200 €	300 € 250 €	400 € 300 €	500 € 400 €	600 € <sup>(10)</sup> 500 €	700 € <sup>(10)</sup> 600 €
	<b>Supplément forte correction</b> <sup>(11)</sup>		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(6)</sup>
	<b>Lentilles</b> <sup>(12)</sup> Lentilles remboursées par la S.S. Lentilles non remboursées par la S.S.	60% -	100% + 120 € -	100% + 120 € 125 €	100% + 150 € 150 €	100% + 200 € 175 €	100% + 200 € 150 €	100% + 250 € 250 €
Dentaire	<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> <sup>(13)</sup>	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil
	<b>Soins et Prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(12)(14)</sup>	80%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires Inlay / onlay (par acte)	60%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>	60%	100%	100%	100%	100%	300%	300%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	<b>Prothèses dentaires</b> <sup>(12)</sup> Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup> - Autres prothèses	60%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	<b>Orthodontie</b> Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre) Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	100% -	200% -	200% 200 €	275% 300 €	350% 400 €	425% 500 €	500% 600 €
	<b>Implants</b> (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup> Si partenaire Implantologue Sévane Dans les autres cas	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €	1 200 € 600 €
	<b>Equipelements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(18)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(12)(18)</sup> - Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus Si partenaire Audioprothésiste Sévane Dans les autres cas - Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	60%	1 000 € 950 € 1 400 €	1 100 € 950 € 1 400 €	1 200 € 950 € 1 400 €	1 350 € 1 100 € 1 400 €	1 500 € 1 100 € 1 400 €	1 700 € 1 300 € 1 700 €
Aides auditives	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> 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 €
	<b>Cures thermales</b> <sup>(22)</sup>	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	Inclus

# Règlement des frais médicaux Amplitude - Améliorations de garanties

## ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024

### 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	<b>Honoraires médicaux</b>			
	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%
	<b>Honoraires paramédicaux</b>			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transport	55%		
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60%	100%	100%
	<b>Médicaments</b>			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% / 30% 15%	100%	100%
Hospitalisation	<b>Honoraires</b>			
	Honoraires, frais de séjour <sup>(3)(30)</sup>	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(30)</sup>	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant <sup>(30)</sup>	-	23 € / jour <sup>(3)</sup>	23 € / jour <sup>(3)</sup>
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%
Optique	<b>Forfait journalier<sup>(3)(4)</sup> et Forfait urgences<sup>(3)(4bis)</sup> en établissements hospitaliers<sup>(30)</sup></b>	-	oui	oui
	<b>Bloc P</b>			
	<b>Equipeement optique 100% Santé <sup>(6)(6)</sup></b>	60% <sup>(6)</sup>	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres équipement optique (verres et monture)</b>			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup>			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% <sup>(c)</sup>	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs <sup>(9)</sup> - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € <sup>(10)</sup> 100 €
	* Supplément forte correction <sup>(11)</sup>		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
	<b>Lentilles<sup>(12)</sup></b>			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
	<b>Chirurgie réfractive de la vue <sup>(13)(34)</sup></b>	-	450 €	450 €
Dentaire	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé <sup>(2)(14)</sup></b>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b>			
	Inlay / Onlay (par acte)	60%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) <sup>(12)</sup>	-	200 €	300 €
	<b>Prothèses dentaires<sup>(2)</sup></b>			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup> - Autres prothèses	60%	400% 400%	Frais réels 450%
	<b>Orthodontie</b>			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	275%	425%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	300 €
	Implants <sup>(12)</sup>	-	300 €	400 €
Aides auditives	<b>Equipements auditifs 100% Santé <sup>(23)</sup></b>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives<sup>(2)(18)</sup></b>			
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus - Pour les bénéficiaires de moins 20 ans	60%	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €
Prestations complémentaires	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%
	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées <sup>(20)(21)</sup></b>			
	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)
Module additionnel facultatif	Cures thermale <sup>(22)</sup>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option

# Règlement des Frais Médicaux Amplitude – Améliorations de garanties

## ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024

### 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 supplémentaire 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<sup>er</sup> janvier 2024**  
Cotisation mensuelle - formule Adulte de moins de 26 ans / Enfant  
*Gamme nationale*

---

**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<sup>er</sup> janvier 2024  
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 publique.

Options de la gamme nationale									
FUF Bloc S		Part S.S. RG <sup>(1)</sup>	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux Consultations et visites (généralistes et spécialistes) Actes techniques médicaux Radiologie Soins externes	70% 60% à 70%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux, soins infirmiers Transport Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60% 55% 60%	100%	100%	100%	160% 100%	200% 100%	200% 100%	
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(1)</sup>	-	-	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 <sup>(2)</sup>								
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%	
	Hospitalisation	Honoraires							
Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup>		80%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
Chambre particulière <sup>(3)</sup>		-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(3)</sup> ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(3)</sup>		-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
Actes médicaux supérieurs à 120 € - 1 forfait		100% -	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Forfait journalier <sup>(3)(4)</sup> et Forfait urgences <sup>(3)(4b)(14)</sup> en établissements hospitaliers		-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Bloc P		Part S.S. RG <sup>(1)</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique	Equipeement optique 100% Santé <sup>(5)(10)</sup>	60% <sup>(4)</sup>	Frais réels	Frais réels					
	Autre équipement optique (verres et monture)								
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(4)</sup>	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 <sup>(6)(7)(8)</sup> <u>Equipeement à verres unifocaux</u> 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 €
	<u>Equipeement à verres progressifs</u> <sup>(9)</sup> Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas	60% <sup>(4)</sup>	200 € + 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans <sup>(4)</sup>	250 € 200 € + 50 € / verre	300 € 250 € + 50 € / verre	400 € 300 € + 50 € / verre	500 € 400 € + 50 € / verre	600 € <sup>(10)</sup> 500 € + 50 € / verre	700 € <sup>(10)</sup> 600 € + 50 € / verre progressif <sup>(4)</sup>
	<u>Supplément forte correction</u> <sup>(11)</sup>								
	Lentilles <sup>(13)</sup> Lentilles remboursées par la S.S. Lentilles non remboursées par la S.S.	60% -	100% -	100% + 120 € -	100% + 120 € 80 €	100% + 150 € 125 €	100% + 200 € 150 €	100% + 200 € 175 €	100% + 250 € 250 €
	Chirurgie réfractive de la vue <sup>(13)</sup>	-	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil
Dentaire	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(2)(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires	60%							
	Inlay / onlay (par acte)	60%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires <sup>(2)</sup> Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup> - Autres prothèses	60%	125%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	Orthodontie Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre) Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	100% - -	125% - -	200% - -	200% 200 €	275% 300 €	350% 400 €	425% 500 €	500% 600 €
	Implants (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup> Si partenaire Implantologie Sévane Dans les autres cas	-	- -	- -	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €	1 200 € 600 €
Aides auditives	Equipeements auditifs 100% Santé <sup>(21)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives <sup>(2)(18)</sup>								
	- 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 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées <sup>(20)(21)</sup> 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 <sup>(22)</sup>	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<sup>er</sup> janvier 2024

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	<b>Honoraires médicaux</b>			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% ( 200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% ( 200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Radiologie			
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	<b>Honoraires paramédicaux</b>			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transport	55%		
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60%	100%	100%
	<b>Médicaments</b>			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% - 30% 15%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. <sup>(1)</sup>	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	<b>Matériel médical<sup>(2)</sup></b>			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
	<b>Honoraires</b>			
	Honoraires, frais de séjour <sup>(3)(30)</sup>	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(30)</sup>	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant <sup>(30)</sup>	-	23 € / jour <sup>(3)</sup>	23 € / jour <sup>(3)</sup>
	pour les enfants de -15 ans			
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
Optique	<b>Forfait journalier<sup>(3)(4)</sup> et Forfait urgences<sup>(3)(4b)s</sup> en établissements hospitaliers<sup>(30)</sup></b>	-	oui	oui
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisation > 15 jours	-	-	-
	<b>Bloc P</b>	<b>Part S.S. RG*</b>	<b>PCE 1</b>	<b>PCE 2</b>
	<b>Equipeement optique 100% Santé <sup>(5)(6)</sup></b>	60% <sup>(4)</sup>	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres équipement optique (verres et monture)</b>			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup>			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux	60% <sup>(c)</sup>	300 €	420 €
	- dont pour la monture		100 €	100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs <sup>(9)</sup>		400 €	600 € <sup>(10)</sup>
Dentaire	- dont pour la monture		100 €	100 €
	* Supplément forte correction <sup>(11)</sup>		+50 € / verre	+50 € / verre
	<b>Lentilles<sup>(12)</sup></b>			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
	<b>Chirurgie réfractive de la vue <sup>(13)(34)</sup></b>	-	450 €	450 €
	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé <sup>(14)</sup></b>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b>			
	Inlay / Onlay (par acte)	60%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>	60%	100%	140%
Aides auditives	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) <sup>(12)</sup>	-	200 €	300 €
	<b>Prothèses dentaires<sup>(2)</sup></b>			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :			
	- Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup>	60%	400%	Frais réels
	- Autres prothèses		400%	450%
	<b>Orthodontie</b>			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	275%	425%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	300 €
	Implants <sup>(12)</sup>	-	300 €	400 €
	<b>Equipeements auditifs 100% Santé <sup>(23)</sup></b>	60%	Frais réels	Frais réels
Prestations complémentaires	<b>Autres Prothèses auditives<sup>(2)(18)</sup></b>			
	- 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 <sup>(19)</sup>		100%	100%
Module additionnel facultatif	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées <sup>(20)(21)</sup></b>	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.			
	Cures thermales <sup>(22)</sup>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option

## **Règlement des Frais Médicaux Amplitude - Extension familiale**

### **ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024**

#### **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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2024  
Modules Soins et Hospitalisation - Cotisation mensuelle TTC <sup>(1)</sup>  
Gamme nationale**

---

**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  
Annexes de garanties, d'assistance et Sociales 2024

Annexe 24.2 – Règlement des frais médicaux individuels des Actifs  
Annexes de garanties, d'assistance et Sociales 2024

Annexe 24.3 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs  
Cotisations des Titulaires

Annexe 24.4 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs  
Cotisations des Couples

## Annexe 24.1 - Règlement des frais médicaux individuels des Retraités

### Annexes de garanties, d'assistance et Sociales 2024

#### Règlement des frais médicaux individuels des Retraités

##### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024

###### 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<sup>e</sup> 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 <sup>(1)</sup>	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux	70%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)				100%	160%	200%	200%	
	Actes techniques médicaux				(160% si OPTAM)	(200% si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)	
	Radiologie								
	Soins externes	60% à 70%							
	Honoraires paramédicaux					160%	200%	200%	
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%							
	Transport	55%							
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65%	100%						
		30%	30%	100%	100%	100%	100%	100%	
		15%	15%						
	Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(1)</sup>	-	-	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 <sup>(2)</sup>								
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%	
	Honoraires								
	Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup>	80%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Optique	Chambre particulière <sup>(3 bis)</sup>	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(3 bis)</sup> ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(3 bis)</sup>	-	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 <sup>(3)(4)</sup> et Forfait urgences <sup>(3)(4)(5)</sup> en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
	Bloc P	Part S.S. RG <sup>(1)</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	Equipeement optique 100% Santé <sup>(5)(6)</sup>	60% <sup>(4)</sup>	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 <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(4)</sup>	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 <sup>(6)(7)(8)</sup>								
	<u>Equipeement à verres unifocaux</u>								
Dentaire	Si partenaire Opticien Sévane								
	Dans les autres cas								
	<u>Equipeement à verres progressifs</u> <sup>(9)</sup>								
	Si partenaire Opticien Sévane								
	Dans les autres cas								
	<u>Supplément forte correction</u> <sup>(11)</sup>								
	Lentilles <sup>(12)</sup>								
	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 <sup>(13)</sup>	-	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil
Aides auditives	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(12)(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires	60%							
	Inlay / onlay (par acte)	60%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>								
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires <sup>(2)</sup>								
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :								
	- Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup>	60%	125%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	- Autres prothèses								
	Orthodontie								
Prestations complémentaires	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	275%	350%	425%	500%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>								
	Si partenaire Implantologue Sévane								
	Dans les autres cas	-	-	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
	Equipeements auditifs 100% Santé <sup>(2)(18)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives <sup>(2)(18)</sup>								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus								
	Si partenaire Audioprothésiste Sévane	60%	400 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €
	Dans les autres cas				950 €	950 €	1 100 €	1 100 €	1 300 €
Module additionnel facultatif	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées <sup>(20)(21)</sup>	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.								
	Cures thermale <sup>(22)</sup>	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<sup>er</sup> janvier 2024**  
***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<sub>x</sub>" du module "Soins", il est possible de souscrire un niveau "P<sub>x-1</sub>", "P<sub>x</sub>" ou "P<sub>x+1</sub>" 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" <sup>(50)</sup>**

	Niveau 1	Niveau 2
Services d'assistance	Oui	Oui
Allocation décès <sup>(51)</sup>	-	1 500 €

**Règlement des frais médicaux individuels des Retraités**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024**  
*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	<b>Honoraires médicaux</b>			
	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%
	<b>Honoraires paramédicaux</b>			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		
	Transport	55%	100%	100%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60%	100%	100%
	<b>Médicaments</b>			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% - 30% 15%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. <sup>(1)</sup>	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup>			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
<b>Honoraires</b>		80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
Hospitalisation	Honoraires, frais de séjour <sup>(3)(30)</sup>			
	Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(30)</sup>	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant pour les enfants de -15 ans <sup>(3)(30)</sup>		23 € / jour	23 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
<b>Forfait journalier</b> <sup>(3)(4)</sup> et <b>Forfait urgences</b> <sup>(3)(4bis)</sup> en établissements hospitaliers <sup>(30)</sup>		-	oui	oui
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Optique	<b>Equipeement optique 100% Santé</b> <sup>(6)(8)</sup>	60% <sup>(a)</sup>	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres équipement optique (verres et monture)</b>			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup>			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux		300 €	420 €
	- dont pour la monture		100 €	100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs <sup>(9)</sup>	60% <sup>(c)</sup>	400 €	600 € <sup>(10)</sup>
	- dont pour la monture		100 €	100 €
	* Supplément forte correction <sup>(11)</sup>		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
	<b>Lentilles</b> <sup>(12)</sup>			
Dentaire	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
	<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> <sup>(13)(34)</sup>	-	450 €	450 €
Dentaire	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b>			
	Inlay / Onlay (par acte)	60%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) <sup>(12)</sup>	-	200 €	300 €
	<b>Prothèses dentaires</b> <sup>(2)</sup>			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :			
	- Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup>	60%	400%	Frais réels
	- Autres prothèses		400%	450%
	<b>Orthodontie</b>			
Aides auditives	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	275%	425%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	300 €
	Implants <sup>(12)</sup>	-	300 €	400 €
Aides auditives	<b>Equipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(18)</sup>			
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	950 €	1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €
Prestations complémentaires	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%
	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées</b> <sup>(20)(21)</sup>	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.			
Module additionnel facultatif	Cures thermales <sup>(22)</sup>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option

## Règlement des frais médicaux individuels des Retraités

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024

#### 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2024**  
*Réductions mises en œuvre*

**Annexe occultée.**

Annexe 24.2 - Règlement des frais médicaux individuels des Actifs  
Annexes de garanties, d'assistance et Sociales 2024

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs  
ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024  
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 <sup>a</sup>	S1	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								
	Soins externes	60% à 70%							
	Honoraires paramédicaux					160%	200%	200%	
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Transport	55%							
	Séances d'accompagnement psychologique	60%							
	remboursées par la S.S.								
Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%		
Médicaments									
Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%		100%	100%	100%	100%	100%	
Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(1)</sup>	-	-	-	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 <sup>(2)</sup>									
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%		250%	350%	500%	550%	650%	
Hospitalisation	Honoraires								
	Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup>	80%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Chambre particulière <sup>(3bis)</sup>	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(3bis)</sup> ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(3bis)</sup>	-	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%	
	Forfait journalier <sup>(3)(4)</sup> et Forfait urgences <sup>(3)(4bis)</sup> en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Bloc P		Part S.S. RG <sup>a</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique	Equipement optique 100% Santé <sup>(5)(6)</sup>	60% <sup>(4)</sup>	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 <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(8)</sup>	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 <sup>(6)(7)(8)</sup>								
	Equipement 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 €
	Equipement à verres progressifs <sup>(9)</sup>	60% <sup>(4)</sup>							
	Si partenaire Opticien Sévane		200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € <sup>(10)</sup>	700 € <sup>(10)</sup>
	Dans les autres cas			200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Supplément forte correction <sup>(11)</sup>		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans <sup>(4)</sup>	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(4)</sup>	
Lentilles <sup>(12)</sup>									
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 €	
Chirurgie réfractive de la vue <sup>(13)</sup>	-	-	-	-	200 € / oeil	300 € / oeil	400 € / oeil	500 € / oeil	
Dentaire	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(2)(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires	60%							
	Inlay / onlay (par acte)	60%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires <sup>(2)</sup>								
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :								
	- Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup>	60%	125%	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%	125%	200%	200%	275%	350%	425%	500%	
Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	
Implants (par an par bénéficiaire) <sup>(12)</sup>									
Si partenaire Implantologue Sévane	-	-	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €	
Dans les autres cas				200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	
Aides auditives	Equipements auditifs 100% Santé <sup>(2)(18)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives <sup>(2)(18)</sup>								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus								
	Si partenaire Audioprothésiste Sévane	60%	400 €	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 €	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 <sup>(19)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées <sup>(20)(21)</sup>	-	-	-	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 <sup>(22)</sup>	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 individuels des Actifs**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024**  
**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<sub>x</sub>" du module "Soins", il est possible de souscrire un niveau "P<sub>x-1</sub>", "P<sub>x</sub>" ou "P<sub>x+1</sub>" 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" <sup>(50)</sup>**

	Niveau 1	Niveau 2
<b>Services d'assistance</b>	Oui	Oui
<b>Allocation décès <sup>(51)</sup></b>	-	1 500 €



**Règlement des frais médicaux individuel des Actifs**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024**  
*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	<b>Honoraires médicaux</b>			
	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%
	<b>Honoraires paramédicaux</b>			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		
	Transport	55%	100%	100%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60%	100%	100%
	<b>Médicaments</b>	65% / 30%		
	Pharmacie remboursées par la S.S.	15%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. <sup>(1)</sup>	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup>			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
	<b>Honoraires</b>			
	Honoraires, frais de séjour <sup>(3)(30)</sup>	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
Optique	Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(30)</sup>	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant pour les enfants de -15 ans <sup>(3)(30)</sup>	-	23 € / jour	23 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%
	<b>Forfait journalier</b> <sup>(3)(4)</sup> et <b>Forfait urgences</b> <sup>(3)(4b)(s)</sup> en établissements hospitaliers <sup>(30)</sup>	-	oui	oui
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Optique	<b>Equipelement optique 100% Santé</b> <sup>(5)(6)</sup>	60% <sup>(a)</sup>	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres équipement optique (verres et monture)</b>			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(6)(7)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup>			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux		300 €	420 €
	- dont pour la monture		100 €	100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs <sup>(9)</sup>	60% <sup>(c)</sup>	400 €	600 € <sup>(10)</sup>
	- dont pour la monture		100 €	100 €
	* Supplément forte correction <sup>(11)</sup>		+50 € / verre	+50 € / verre
	<b>Lentilles</b> <sup>(12)</sup>			
Dentaire	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150€ <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135,00 €	150,00 €
	<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> <sup>(13)(34)</sup>	-	450 €	450 €
	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b>			
Aides auditives	Inlay / Onlay (par acte)	60%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) <sup>(12)</sup>	-	200 €	300 €
	<b>Prothèses dentaires</b> <sup>(2)</sup>			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :			
	- Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup>	60%	400%	Frais réels
	- Autres prothèses		400%	450%
	<b>Orthodontie</b>			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	275%	425%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	300 €
Prestations complémentaires	Implants <sup>(12)</sup>	-	300 €	400 €
	<b>Equipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(18)</sup>			
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	950 €	1 100 €
Module additionnel facultatif	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%
	<b>Médecines complémentaires et alternatives agréées</b> <sup>(20)(21)</sup>			
Module additionnel facultatif	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédiure, 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 <sup>(22)</sup>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Module additionnel facultatif		Services d'assistance	-	en option
			en option	en option

## **Règlement des frais médicaux individuels des Actifs**

### **ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2024**

#### **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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 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<sup>er</sup> janvier 2024**  
***Cotisations Apprentis***

Annexe occultée.

**Annexe 24.3 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs  
Cotisations des Titulaires**

**Annexe occultée.**

**Annexe 24.4 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs  
Cotisations des Couples Retraités et Actifs**

**Annexe occultée.**

**Annexe N° 25**  
**Annexes des Garanties et Annexes de Cotisations des**  
*« Couvertures 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 de BTP-PRÉVOYANCE du 11 octobre 2023, les niveaux des garanties et les tarifs des couvertures 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<sup>er</sup> janvier 2024 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 tarifs applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2024 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 2024
<b>Hospitalisation</b>	
- Honoraires Chirurgie	200% BR (Frais réels si OPTAM)
- Honoraires Obstétrique	175% BR (Frais réels si OPTAM)
- Forfait Urgence	100% du forfait
- Participation 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
<b>Lit accompagnant d'enfant de moins de 12 ans</b>	29 € / jour
<b>Allocation naissance</b>	39,2% PMSS / enfant

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2024 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<sup>er</sup> janvier 2024 sont :

**Annexe occultée.**

### ➤ Ancienne Gamme Frais Médicaux Individuel Actif (GFMIA)

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
Option 2	S2	P2

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2024 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<sup>er</sup> janvier 2024 sont :

**Annexe occultée.**

### ➤ Option Chirurgie Maternité, renforcement des garanties sous GFMIR et AGRETRAITE

Les garanties sont :

Soins - Hospitalisation	Garantie 2024
<b>Hospitalisation chirurgicale</b>	
- Honoraires	200% BR (Frais réels si OPTAM)
- Participation assuré	100% FR
- Forfait urgence	100% FR
- Forfait hospitalier	100% FR
- Chambre particulière	100 € / jour

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2024 sont :

**Annexe occultée.**

### ➤ Option Chirurgie Maternité, renforcement des garanties sous GFMIA

Les garanties sont :

Soins - Hospitalisation	Garantie 2024
<b>Hospitalisation chirurgicale</b>	
- Honoraires	200% BR (Frais réels si OPTAM)
- Participation assuré	100% FR
- Forfait urgence	100% FR
- Forfait hospitalier	100% FR
- Chambre particulière	100 € / jour
- Forfait naissance	3,2% PASS / enfant

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2024 sont :

**Annexe occultée.**