

# MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES

Accords collectifs nationaux

## BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

### **Avenant n° 38 du 17 décembre 2024**

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

NOR : ASET2550170M

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

**CAPEB ;**

**FNTP ;**

**FFB ;**

**FFIE ;**

**SCOP BTP,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**BATIMAT-TP CFTC ;**

**CFDT FNCB ;**

**CFE CGC BTP ;**

**FG FO construction,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Titre I<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 4.6 « Recouvrement des cotisations » :**

« Il appartient à BTP-Prévoyance de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit.

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

- soit auprès de la caisse congés intempéries BTP : dans ce cas, l'entreprise relève de la modalité de recouvrement appelée "mode direct" ;

- soit auprès de l’entreprise : dans ce cas, l’entreprise relève de la modalité de recouvrement dite “mode déclaratif”

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

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

Le versement des prestations peut être suspendu si l’entreprise ne s’acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement. »,

est remplacé par :

« Il appartient à BTP-Prévoyance de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit.

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

- soit auprès de la caisse congés intempéries BTP : dans ce cas, l’entreprise relève de la modalité de recouvrement appelée “mode direct” ;
- soit auprès de l’entreprise : dans ce cas, l’entreprise relève de la modalité de recouvrement dite “mode déclaratif”

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

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

Si l’entreprise ne s’acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement, le versement des prestations peut être suspendu dans le respect des dispositions du sous-article 5.1 b. »

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

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

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

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

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

est remplacé par :

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

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

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

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

**III.** Le titre et le texte du sous-article 8.3 « Autres dispositions de maintien des garanties décès » sont intégralement remplacés par :

#### **« 8.3. Autres dispositions relatives au maintien des garanties décès**

Pour les ouvriers qui ne relèvent pas des dispositions des articles 8.1 et 8.2, les garanties en cas de décès continuent d'être accordées sans contrepartie de cotisation, tant qu'ils bénéficient de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies au titre du présent règlement.

Par exception, lorsqu'un ancien ouvrier reprend une activité professionnelle en dehors du champ du bâtiment et des travaux publics et bénéficie ainsi de nouvelles garanties décès dans le cadre d'une autre couverture de prévoyance :

- il ne peut y avoir cumul de droits à prestations décès à la fois au titre du présent règlement et dans le cadre de la nouvelle couverture ;
- tout octroi ou versement de prestations décès par la nouvelle couverture vient en déduction des prestations qui, à défaut, auraient été intégralement dues par l'institution en application du présent article 8 ou de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Les bénéficiaires en cas de décès doivent fournir toutes informations et/ou pièces justificatives requises par la réglementation pour que les prestations de BTP-Prévoyance puissent leur être servies. »

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

- « Sont considérés comme à charge les enfants nés de l'ouvrier, ou adoptés par l'ouvrier :
- âgés de moins de 18 ans (ou, pour le bénéfice de la garantie définie à l'article 19.2, de moins de 21 ans si orphelins de père et de mère) ;
  - âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
    - apprentis ;
    - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'Espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
    - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
    - demandeurs d'emploi inscrits au pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée. »,

est remplacé par :

- « Sont considérés comme à charge les enfants nés de l'ouvrier, ou adoptés par l'ouvrier :
- âgés de moins de 18 ans (ou, pour le bénéfice de la garantie définie à l'article 19.2, de moins de 21 ans si orphelins de père et de mère) ;
  - âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
    - apprentis ;
    - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'Espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
    - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
    - demandeurs d'emploi inscrits auprès de France Travail et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ; »

#### V. 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 6,32 € 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 ; »,

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 6,56 € au 1<sup>er</sup> juillet 2024 (6,32 € au 1<sup>er</sup> juillet 2023). 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 ; »

**VI.** Le texte suivant de l'article 14 « Limitation des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité » :

« Afin que l'intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle, les différents taux de remplacement exprimés dans le cadre du présent règlement n'excèdent pas un pourcentage maximal de SB, adapté aux modalités de calcul de la garantie concernée.

Ce pourcentage maximal est fixé :

- à 85 % de SB pour les arrêts de travail suite à maladie ou accident de droit commun ;
- à 85 % de SB pour les rentes d'invalidité servies suite à maladie ou accident de droit commun.

Ce pourcentage maximal de SB tel que visé ci-dessus sert également pour plafonner :

- les indemnités journalières brutes ou rentes brutes servies au titre du présent règlement en complément de la sécurité sociale suite à maladie ou accident de droit commun ;
- le cumul des sommes brutes servies au titre du présent règlement, par la sécurité sociale ou par tout autre organisme de substitution, ainsi que dans le cadre d'un salaire en cas de reprise d'activité. »,

est remplacé par :

« Afin que l'intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle, les différents taux de remplacement exprimés dans le cadre du présent règlement n'excèdent pas un pourcentage maximal de SB, adapté aux modalités de calcul de la garantie concernée.

Ce pourcentage maximal est fixé :

- à 85 % de SB pour les arrêts de travail suite à maladie ou accident de droit commun ;
- à 85 % de SB pour les rentes d'invalidité servies suite à maladie ou accident de droit commun.

Ce pourcentage maximal de SB tel que visé ci-dessus sert également pour plafonner :

- les indemnités journalières brutes ou rentes brutes servies au titre du présent règlement en complément de la sécurité sociale suite à maladie ou accident de droit commun ;
- le cumul des sommes brutes servies au titre du présent règlement, par la sécurité sociale ou par tout autre organisme de substitution (tel que notamment France Travail...), ainsi que dans le cadre d'un salaire en cas de reprise d'activité. »

**VII.** Il est inséré un article 20.3 « Déclaration. Justification » :

#### **« 20.3. Déclaration. Justification**

Toute maladie entraînant une incapacité de travail susceptible d'être indemnisée au titre du présent régime doit être déclarée par l'entreprise ou à défaut par l'intéressé.

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

Les prestations versées au titre du présent régime complètent celles de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de substitution (tel que notamment France Travail...). Il importe donc de porter à la connaissance de BTP-Prévoyance toute modification intervenant dans l'indemnisation de la sécurité sociale ou de tout autre orga-

nisme de substitution, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci susceptible d'entraîner une révision des prestations au titre du présent règlement. »

**VIII.** Le titre et le texte du sous-article 20.3 « Paiement de l'indemnité journalière » sont intégralement remplacés par :

**« 20.4. Paiement de l'indemnité journalière**

L'indemnité journalière est régie à l'entreprise tant que le contrat de travail est en vigueur et directement à l'ouvrier à partir de la date de rupture du contrat de travail.

Les indemnités journalières sont payées aussi longtemps que celles versées par la sécurité sociale sous réserve du point 20.5 ci-après. »

**IX.** Le titre du sous-article 20.4 « Cessation du versement de l'indemnité » est remplacé par :

**« 20.5. Cessation du versement de l'indemnité »**

**X.** Le texte suivant du sous-article 21.3 « Date d'effet, versement et obligations déclaratives » :

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

L'ouvrier devra :

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

Elle sera révisable éventuellement chaque mois :

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

La rente d'invalidité ou d'incapacité permanente sera supprimée :

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

Il appartient à l'adhérent de signaler à BTP-Prévoyance tout changement de situation individuelle conduisant à modifier son droit à rente au titre du présent article 21 du présent règlement, notamment le changement de composition familiale et/ou l'atteinte de la date de fin du versement de la rente. »,

est remplacé par :

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

L'ouvrier doit :

- pouvoir apporter la preuve qu'il a perçu des prestations en espèces de la sécurité sociale, pour la période dont il demande l'indemnisation ;

- porter à la connaissance de l’institution toute modification intervenant dans l’indemnisation de la sécurité sociale, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci.

Elle est révisable à tout moment en fonction :

- d’une évolution dans le nombre d’enfants à charge ;
- de toute modification intervenant dans l’indemnisation de la sécurité sociale.

La rente d’invalidité ou d’incapacité permanente est supprimée :

- pour les invalidités de droit commun, à l’âge de fin de la pension d’invalidité versée par la sécurité sociale (tel que prévu à l’article L. 341-15 du code de la sécurité sociale), et en tout état de cause si l’intéressé a cessé de percevoir une pension d’invalidité de catégorie 2 ou 3 de la sécurité sociale. En cas de poursuite d’une activité professionnelle au-delà de l’âge prévu à l’article L. 341-15, le versement de la rente d’invalidité sera prolongé aussi longtemps que le participant justifie auprès de BTP-Prévoyance qu’il continue à percevoir une pension d’invalidité de catégorie 2 ou 3 de la sécurité sociale ;
- pour les incapacités permanentes suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, si l’intéressé cesse de percevoir la pension de la sécurité sociale au titre de son incapacité permanente, et en tout état de cause à l’âge de fin de la pension d’invalidité de la sécurité sociale tel que prévu à l’article L. 341-15 du code de la sécurité sociale.

Il appartient au participant de signaler à BTP-Prévoyance tout changement de situation individuelle conduisant à modifier son droit à rente au titre du présent article 21 du présent règlement, notamment le changement de composition familiale et/ou l’atteinte de la date de fin du versement de la rente. »

#### **XI.** Le texte suivant du sous-article 26.1 « Information lors de l’adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l’exécution de la présente adhésion, l’entreprise ou ses salariés devront s’adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l’adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s’engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l’exécution du présent règlement, l’entreprise ou ses salariés devront s’adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l’adresse suivante :

**PRO BTP – Réclamations, 93901 Bobigny Cedex 9 ;**

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s’engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »



## 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 de l'article 1<sup>er</sup> « Conditions générales » :

« En adhérant au présent règlement de BTP-Prévoyance et en respectant les obligations qui s'y rattachent (obligations déclaratives, obligation de versement des cotisations dues), les entreprises du bâtiment et des travaux publics ont la garantie que leurs personnels ETAM bénéficient d'une couverture de prévoyance conforme aux dispositions de l'accord collectif national du 13 décembre 1990. »,

est remplacé par :

« En adhérant au présent règlement de BTP-Prévoyance et en respectant les obligations qui s'y rattachent (obligations déclaratives, obligation de versement des cotisations dues), les entreprises du bâtiment et des travaux publics ont la garantie que leurs personnels ETAM relevant de l'accord collectif national du 13 décembre 1990 bénéficient d'une couverture de prévoyance conforme aux dispositions de ce dernier. »

### II. Le texte suivant de l'article 4.6 « Recouvrement des cotisations » :

« Il appartient à BTP-Prévoyance de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit.

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

- soit auprès de la caisse congés intempéries BTP : dans ce cas, l'entreprise relève de la modalité de recouvrement appelée "mode direct" ;
- soit auprès de l'entreprise : dans ce cas, l'entreprise relève de la modalité de recouvrement dite "mode déclaratif".

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

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

Le versement des prestations peut être suspendu si l'entreprise ne s'acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement. »,

est remplacé par :

« Il appartient à BTP-Prévoyance de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit.

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

- soit auprès de la caisse congés intempéries BTP : dans ce cas, l'entreprise relève de la modalité de recouvrement appelée "mode direct" ;



– soit auprès de l’entreprise : dans ce cas, l’entreprise relève de la modalité de recouvrement dite “mode déclaratif”.

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

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

Si l’entreprise ne s’acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement, le versement des prestations peut être suspendu dans le respect des dispositions du sous-article 5.1 *b.* »

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

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

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

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

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

est remplacé par :

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

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

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

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

**IV.** Le titre et le texte du sous-article 8.3 « Autres dispositions de maintien des garanties décès » sont intégralement remplacé par :

**« 8.3. Autres dispositions relatives au maintien des garanties décès**

Pour les ETAM qui ne relèvent pas des dispositions des articles 8.1 et 8.2, les garanties en cas de décès continuent d'être accordées aux ETAM, sans contrepartie de cotisation, tant qu'ils bénéficient de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies au titre du présent règlement.

Par exception, lorsqu'un ancien ETAM reprend une activité professionnelle en dehors du champ du bâtiment et des travaux publics et bénéficie ainsi de nouvelles garanties décès dans le cadre d'une autre couverture de prévoyance :

- il ne peut y avoir cumul de droits à prestations décès à la fois au titre du présent règlement et dans le cadre de la nouvelle couverture ;
- tout octroi ou versement de prestations décès par la nouvelle couverture vient en déduction des prestations qui, à défaut, auraient été intégralement dues par l'institution en application du présent article 8 ou de l'article 7.1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Les bénéficiaires en cas de décès doivent fournir toutes informations et/ou pièces justificatives requises par la réglementation pour que les prestations de BTP-Prévoyance puissent leur être servies. »

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

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

est remplacé par :

- « Sont considérés comme à charge les enfants nés de l'ETAM, ou adoptés par l'ETAM :
- âgés de moins de 18 ans ;
  - âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
    - apprentis ;
    - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'Espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
    - en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;

- demandeurs d’emploi inscrits auprès de France Travail et non indemnisés par le régime d’assurance chômage, célibataires, n’exerçant pas d’activité régulière rémunérée ; »

**VI.** Le texte suivant de l’article 14 « Limitation des garanties indemnités journalières et rente d’invalidité » :

« Afin que l’intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu’il aurait perçue s’il avait poursuivi son activité professionnelle, les différents taux de remplacement exprimés dans le cadre du présent règlement n’excèdent pas un pourcentage maximal de SB, adapté aux modalités de calcul de la garantie concernée.

Ce pourcentage maximal est fixé :

- à 85 % de SB pour les arrêts de travail suite à maladie ou accident de droit commun ;
- à 85 % de SB pour les arrêts de travail suite à accident de travail ou maladie professionnelle ;
- à 85 % de SB pour les rentes d’invalidité servies suite à maladie ou accident de droit commun.

Ce pourcentage maximal de SB tel que visé ci-dessus sert également pour plafonner :

- les indemnités journalières brutes ou rentes brutes servies au titre du présent règlement en complément de la sécurité sociale suite à maladie ou accident de droit commun ;
- le cumul des sommes brutes servies au titre du présent règlement, par la sécurité sociale ou par tout autre organisme de substitution, ainsi que dans le cadre d’un salaire en cas de reprise d’activité. »,

est remplacé par :

« Afin que l’intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu’il aurait perçue s’il avait poursuivi son activité professionnelle, les différents taux de remplacement exprimés dans le cadre du présent règlement n’excèdent pas un pourcentage maximal de SB, adapté aux modalités de calcul de la garantie concernée.

Ce pourcentage maximal est fixé :

- à 85 % de SB pour les arrêts de travail suite à maladie ou accident de droit commun ;
- à 85 % de SB pour les arrêts de travail suite à accident de travail ou maladie professionnelle ;
- à 85 % de SB pour les rentes d’invalidité servies suite à maladie ou accident de droit commun.

Ce pourcentage maximal de SB tel que visé ci-dessus sert également pour plafonner :

- les indemnités journalières brutes ou rentes brutes servies au titre du présent règlement en complément de la sécurité sociale suite à maladie ou accident de droit commun ;
- le cumul des sommes brutes servies au titre du présent règlement, par la sécurité sociale ou par tout autre organisme de substitution (tel que notamment France Travail...), ainsi que dans le cadre d’un salaire en cas de reprise d’activité. »

**VII.** Il est inséré un article 20.3 « Déclaration. Justification » :

#### **« 20.3. Déclaration. Justification**

Toute maladie entraînant une incapacité de travail susceptible d’être indemnisée au titre du présent régime doit être déclarée par l’entreprise ou à défaut par l’intéressé.

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

Les prestations versées au titre du présent régime complètent celles de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de substitution (tel que notamment France Travail...). Il importe donc de porter à la connaissance de BTP-Prévoyance toute modification intervenant dans l'indemnisation de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de substitution, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci susceptible d'entraîner une révision des prestations au titre du présent règlement. »

**VIII.** Le titre et le texte du sous-article 20.3 « Paiement de l'indemnité journalière » sont intégralement remplacés par :

**« 20.4. Paiement de l'indemnité journalière**

L'indemnité journalière est réglée à l'entreprise tant que le contrat de travail est en vigueur et directement à l'ETAM à partir de la date de rupture du contrat de travail.

Les indemnités journalières sont payées aussi longtemps que celles versées par la sécurité sociale sous réserve du point 20.5 ci-après »

**IX.** Le titre du sous-article 20.4 « Cessation du versement de l'indemnité » est remplacé par :

**« 20.5. Cessation du versement de l'indemnité »**

**X.** Le texte suivant du sous-article 21.3 « Date d'effet, versement et obligations déclaratives » :

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

L'ETAM devra :

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

Elle sera révisable éventuellement chaque mois :

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

La rente d'invalidité ou d'incapacité permanente sera supprimée :

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

Il appartient à l'adhérent de signaler à BTP-Prévoyance tout changement de situation individuelle conduisant à modifier son droit à rente au titre du présent article 21 du présent règlement, notamment le changement de composition familiale et/ou l'atteinte de la date de fin du versement de la rente. »,

est remplacé par :

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

L'ETAM doit :

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

Elle est révisable à tout moment en fonction :

- d'une évolution dans le nombre d'enfants à charge ;
- de toute modification intervenant dans l'indemnisation de la sécurité sociale.

La rente d'invalidité ou d'incapacité permanente est supprimée :

- pour les invalidités de droit commun, à l'âge de fin de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale (tel que prévu à l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale), et en tout état de cause si l'intéressé a cessé de percevoir la pension d'invalidité de la sécurité sociale. En cas de poursuite d'une activité professionnelle au-delà de l'âge prévu à l'article L. 341-15, le versement de la rente d'invalidité sera prolongé aussi longtemps que le participant justifie auprès de BTP-Prévoyance qu'il continue à percevoir la pension d'invalidité de la sécurité sociale ;
- pour les incapacités permanentes suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, si l'intéressé cesse de percevoir la pension de la sécurité sociale au titre de son incapacité permanente, et en tout état de cause à l'âge de fin de la pension d'invalidité de la sécurité sociale tel que prévu à l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale.

Il appartient au participant de signaler à BTP-Prévoyance tout changement de situation individuelle conduisant à modifier son droit à rente au titre du présent article 21 du présent règlement, notamment le changement de composition familiale et/ou l'atteinte de la date de fin du versement de la rente. »

**XI.** Le texte suivant du sous-article 26.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'entreprise ou ses salariés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **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 de l'article 3 « Affiliation des participants » :**

- « L'adhésion de l'entreprise l'engage à affilier d'une façon permanente au présent règlement tous ses salariés cadres et assimilés.  
Peuvent ainsi prétendre au bénéfice du présent règlement les salariés suivants, appelés membres participants :
- les ingénieurs et cadres qui relèvent des dispositions de l'article 2.1 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 ;
  - les assimilés cadres qui s'entendent des salariés relevant :
    - de l'article 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 ;
    - de tout accord agréé par la commission paritaire de l'APEC ;
    - ou, jusqu'au 31 décembre 2024, de l'article 36 de la convention collective nationale du 14 mars 1947 dans sa version en vigueur au 31 décembre 2018, à la condition qu'aucune modification du champ des bénéficiaires du présent règlement ne soit intervenue depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ;
  - les anciens cadres et assimilés des entreprises adhérentes, lorsqu'ils relèvent des dispositions de maintien de garanties prévues à l'article 7 ;
  - leurs ayants droit tels qu'ils sont définis pour chaque prestation par le présent règlement. »

est remplacé par :

- « L'adhésion de l'entreprise l'engage à affilier d'une façon permanente au présent règlement tous ses salariés cadres et assimilés.  
Peuvent ainsi prétendre au bénéfice du présent règlement les salariés suivants, appelés membres participants :
- les Ingénieurs et cadres qui relèvent des dispositions de l'article 2.1 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ;
  - les assimilés cadres qui s'entendent des salariés relevant :
    - de l'article 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres,
    - ou, de tout accord agréé par la commission paritaire de l'APEC ;
  - les anciens cadres et assimilés des entreprises adhérentes, lorsqu'ils relèvent des dispositions de maintien de garanties prévues à l'article 8 ;
  - leurs ayants droit tels qu'ils sont définis pour chaque prestation par le présent règlement. »

### **II. Le texte suivant de l'article 4.6 « Recouvrement des cotisations » :**

- « Il appartient à l'organisme assureur de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit.  
La fraction des cotisations due pour le régime de prévoyance au titre des indemnités de congés payés (y compris primes conventionnelles de congés) peut être recouvrée par BTP-Prévoyance :
- soit auprès de la caisse congés intempéries BTP : dans ce cas, l'entreprise relève de la modalité de recouvrement appelée "mode direct" ;



– soit auprès de l’entreprise : dans ce cas, l’entreprise relève de la modalité de recouvrement dite “mode déclaratif”.

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

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

Le versement des prestations peut être suspendu si l’entreprise ne s’acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement. »,

est remplacé par :

« Il appartient à l’organisme assureur de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit.

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

- soit auprès de la caisse congés intempéries BTP : dans ce cas, l’entreprise relève de la modalité de recouvrement appelée “mode direct” ;
- soit auprès de l’entreprise : dans ce cas, l’entreprise relève de la modalité de recouvrement dite “mode déclaratif”.

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

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

Si l’entreprise ne s’acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement, le versement des prestations peut être suspendu dans le respect des dispositions du sous-article 5.1 b. »,

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

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



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

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

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

est remplacé par :

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

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

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

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

**IV.** Le titre et le texte du sous-article 8.3 « Autres dispositions de maintien des garanties décès » sont intégralement remplacé par :

### **« 8.3. Autres dispositions relatives au maintien des garanties décès**

Pour les participants cadres ou assimilés qui ne relèvent pas des dispositions des articles 8.1 et 8.2, les garanties en cas de décès continuent d'être accordées, sans contrepartie de cotisation, tant qu'ils bénéficient de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies au titre du présent règlement.

Par exception, lorsqu'un ancien cadre ou assimilé reprend une activité professionnelle en dehors du champ du bâtiment et des travaux publics et bénéficie ainsi de nouvelles garanties décès dans le cadre d'une autre couverture de prévoyance :

- il ne peut y avoir cumul de droits à prestations décès à la fois au titre du présent règlement et dans le cadre de la nouvelle couverture ;
- tout octroi ou versement de prestations décès par la nouvelle couverture vient en déduction des prestations qui, à défaut, auraient été intégralement dues par l'institution en application du présent article 8 ou de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Les bénéficiaires en cas de décès doivent fournir toutes informations et/ou pièces justificatives requises par la réglementation pour que les prestations de BTP-Prévoyance puissent leur être servies. »

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

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

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

est remplacé par :

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

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

**VI.** Le texte suivant de l'article 12 « Base de calcul des prestations » :

« Toutes les prestations prévues par le présent règlement sont calculées en fonction du salaire de base (ci-après appelé SB).

Le salaire de base est le montant annuel de la rémunération brute du cadre ou assimilé soumise à cotisations tel que fixée à l'article 4.1 au cours de l'exercice de référence, défini comme étant l'exercice civil précédant celui où se situe l'événement à l'origine du droit à la prestation.

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

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

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

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

De plus, lorsque le décès ou l'arrêt de travail intervient entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre d'un exercice, le salaire de base est actualisé en lui appliquant la moitié du coefficient de revalorisation fixé pour le même exercice dans les conditions de l'article 14 ci-après. »,

est remplacé par :

« Toutes les prestations prévues par le présent règlement sont calculées en fonction du salaire de base (ci-après appelé SB).

Le salaire de base est le montant annuel de la rémunération brute du cadre ou assimilé soumise à cotisations tel que fixée à l'article 4.1 au cours de l'exercice de référence, défini comme étant l'exercice civil précédant celui où se situe l'événement à l'origine du droit à la prestation.

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

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

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

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

De plus, lorsque le décès ou l'arrêt de travail intervient entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre d'un exercice, le salaire de base est actualisé en lui appliquant la moitié du coefficient de revalorisation fixé pour le même exercice dans les conditions de l'article 13 ci-après. »

**VII.** Le texte suivant de l'article 14 « Limitation des garanties indemnités journalières et rente d'invalidité » :

« Afin que l'intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle, les différents taux de remplacement exprimés dans le cadre du présent règlement n'excèdent pas un pourcentage maximal de SB.

Ce pourcentage maximal est fixé :

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

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

- les indemnités journalières ou rentes servies au titre du présent règlement en complément de la sécurité sociale suite à maladie ou accident de droit commun ;
- le cumul des sommes servies au titre du présent règlement, par la sécurité sociale ou par tout autre organisme de substitution, ainsi que dans le cadre d'un salaire en cas de reprise d'activité. »,

est remplacé par :

« Afin que l'intéressé ne perçoive pas une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle, les différents taux de remplacement exprimés dans le cadre du présent règlement n'excèdent pas un pourcentage maximal de SB.

Ce pourcentage maximal est fixé :

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

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

- les indemnités journalières ou rentes servies au titre du présent règlement en complément de la sécurité sociale suite à maladie ou accident de droit commun ;
- le cumul des sommes servies au titre du présent règlement, par la sécurité sociale ou par tout autre organisme de substitution (tel que notamment France Travail...), ainsi que dans le cadre d'un salaire en cas de reprise d'activité. »

**VIII.** Le texte du sous-article 17.2 « Décès accidentel ou des suites d'une maladie professionnelle » :

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

Lorsque le décès est consécutif à un accident, un accident du travail ou une maladie professionnelle, il est versé un complément de capital égal à 100 % du salaire de base en tranche A et en tranche B, sous réserve des exclusions prévues à l'article 25. »,

est remplacé par :

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

Lorsque le décès est consécutif à un accident, un accident du travail ou une maladie professionnelle, il est versé un complément de capital égal à 100 % du salaire de base en tranche A et en tranche B, sous réserve des exclusions prévues à l'article 24. »

**IX.** Le texte du sous-article 20.3 « Déclaration. Justification » :

« Toute maladie entraînant une incapacité de travail susceptible d'être indemnisée au titre du présent régime doit être déclarée par l'entreprise ou à défaut par l'intéressé.

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

Les prestations versées au titre du présent régime complètent celles de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de substitution. Il importe donc de porter à la connaissance de l'organisme assureur toute modification intervenant dans l'indem-

nisation de la sécurité sociale, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci susceptible d'entraîner une révision des prestations au titre du présent régime. »,

est remplacé par :

« Toute maladie entraînant une incapacité de travail susceptible d'être indemnisée au titre du présent régime doit être déclarée par l'entreprise ou à défaut par l'intéressé.

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

Les prestations versées au titre du présent régime complètent celles de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de substitution (tel que notamment France Travail...). Il importe donc de porter à la connaissance de BTP-Prévoyance toute modification intervenant dans l'indemnisation de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de substitution, y compris une éventuelle remise en cause de celle-ci susceptible d'entraîner une révision des prestations au titre du présent règlement. »

**X.** Le texte suivant du sous-article 21.3 « Date d'effet, versement et obligations déclaratives » :

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

Le participant devra :

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

Elle sera révisable éventuellement chaque mois :

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

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

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

Il appartient à l'adhérent de signaler à BTP-Prévoyance tout changement de situation individuelle conduisant à modifier son droit à rente au titre du présent article 21 du présent règlement, notamment le changement de composition familiale et/ou l'atteinte de la date de fin du versement de la rente. »,

est remplacé par :

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

Le participant doit :

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

Elle est révisable à tout moment en fonction :

- d’une évolution dans le nombre d’enfants à charge ;
- de toute modification intervenant dans l’indemnisation de la sécurité sociale.

La rente d’invalidité ou d’incapacité permanente de BTP-Prévoyance est supprimée :

- pour les invalidités de droit commun, à l’âge de fin de la pension d’invalidité versée par la sécurité sociale (tel que prévu à l’article L. 341-15 du code de la sécurité sociale), et en tout état de cause si l’intéressé a cessé de percevoir la pension d’invalidité de la sécurité sociale. En cas de poursuite d’une activité professionnelle au-delà de l’âge prévu à l’article L. 341-15, le versement de la rente d’invalidité sera prolongé aussi longtemps que le participant justifie auprès de BTP-Prévoyance qu’il continue à percevoir la pension d’invalidité de la sécurité sociale ;
- pour les incapacités permanentes suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, si l’intéressé cesse de percevoir la pension de la sécurité sociale au titre de son incapacité permanente, et en tout état de cause à l’âge de fin de la pension d’invalidité de la sécurité sociale tel que prévu à l’article L. 341-15 du code de la sécurité sociale.

Il appartient au participant de signaler à BTP-Prévoyance tout changement de situation individuelle conduisant à modifier son droit à rente au titre du présent article 21 du présent règlement, notamment le changement de composition familiale et/ou l’atteinte de la date de fin du versement de la rente. »

**XI.** Le texte suivant du sous-article 26.1 « Information lors de l’adhésion » :

- « Pour toute réclamation concernant l’exécution de la présente adhésion, l’entreprise ou ses salariés devront s’adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :
- soit par courrier à l’adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s’engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

- « Pour toute réclamation concernant l’exécution du présent règlement, l’entreprise ou ses salariés devront s’adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :
- soit par courrier à l’adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s’engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **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 suivant du sous-article 2.1 « Périmètre et date d'effet de l'adhésion » :**

« Toute entreprise adhérente au "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO" (ou ayant souscrit auprès de BTP-Prévoyance un contrat particulier assurant des garanties équivalentes) peut demander à adhérer au présent règlement, en renseignant dans sa demande d'adhésion (ou dans toute demande de modification ultérieure) :

- a) La ou les garanties qu'elle souhaite mettre en œuvre ;
- b) Le niveau retenu pour chaque garantie souscrite, à définir parmi les options prévues ;
- c) De manière générale, toute information qui pourra être demandée par BTP-Prévoyance pour faciliter la gestion de l'adhésion et la relation avec l'entreprise (modalités de mise en œuvre de la garantie au sein de l'entreprise, répartition de la cotisation...). » ,

est remplacé par :

« Toute entreprise adhérente au "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO" (ou ayant souscrit auprès de BTP-Prévoyance un contrat sur mesure assurant des garanties équivalentes) peut demander à adhérer au présent règlement, en renseignant dans sa demande d'adhésion (ou dans toute demande de modification ultérieure) :

- a) La ou les garanties qu'elle souhaite mettre en œuvre ;
- b) Le niveau retenu pour chaque garantie souscrite, à définir parmi les options prévues ;
- c) De manière générale, toute information qui pourra être demandée par BTP-Prévoyance pour faciliter la gestion de l'adhésion et la relation avec l'entreprise (modalités de mise en œuvre de la garantie au sein de l'entreprise, répartition de la cotisation...). »

### **II. Le texte suivant de l'article 6 « Conditions générales régissant les garanties » :**

« Sauf disposition particulière :

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



est remplacé par :

« Sauf disposition particulière :

- les dispositions générales relatives aux garanties telles qu’elles sont prévues, pour le “Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO”, dans ses articles 8 (Maintien et cessation des garanties), 9 (Délai de déclaration et prescription), 10 (Définition des ayants droit), 11 (Bénéficiaires en cas de décès), 12 (Base de calcul des prestations), 13 (Revalorisation), 14 (Limitation des garanties indemnités journalières et rente d’invalidité), 15 (Versement des rentes) et 17.4 (Conversion du capital en rente), sont applicables au titre du présent régime collectif supplémentaire ;
- les dispositions spécifiques aux prestations du “Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO” telles qu’elles sont prévues en matière d’attribution, de calcul et de versement, et notamment les dispositions des articles 20.1, 20.4, 20.5 et 21.3, sont applicables à la prestation correspondante définie dans le cadre du présent régime collectif supplémentaire. »

**III.** Le texte suivant du sous-article 26.1 « Information lors de l’adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l’exécution de la présente adhésion, l’entreprise ou ses salariés affiliés devront s’adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l’adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s’engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l’exécution du présent règlement, l’entreprise ou ses salariés affiliés devront s’adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l’adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s’engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **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 suivant du sous-article 2.1 « Périmètre et date d’effet de l’adhésion » :

« Toute entreprise adhérente au “Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE” (ou ayant souscrit auprès de BTP-Prévoyance un contrat particulier assurant des garanties équivalentes) peut demander à adhérer au présent règlement, en renseignant dans sa demande d’adhésion (ou dans toute demande de modification ultérieure) :

- a) La ou les garanties qu'elle souhaite mettre en œuvre ;
- b) Le niveau retenu pour chaque garantie souscrite, à définir parmi les options prévues ;
- c) De manière générale, toute information qui pourra être demandée par BTP-Prévoyance pour faciliter la gestion de l'adhésion et la relation avec l'entreprise (modalités de mise en œuvre de la garantie au sein de l'entreprise, répartition de la cotisation...). »,

est remplacé par :

« Toute entreprise adhérente au "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE" (ou ayant souscrit auprès de BTP-Prévoyance un contrat sur mesure assurant des garanties équivalentes) peut demander à adhérer au présent règlement, en renseignant dans sa demande d'adhésion (ou dans toute demande de modification ultérieure) :

- a) La ou les garanties qu'elle souhaite mettre en œuvre ;
- b) Le niveau retenu pour chaque garantie souscrite, à définir parmi les options prévues ;
- c) De manière générale, toute information qui pourra être demandée par BTP-Prévoyance pour faciliter la gestion de l'adhésion et la relation avec l'entreprise (modalités de mise en œuvre de la garantie au sein de l'entreprise, répartition de la cotisation...). »

## II. Le texte suivant de l'article 6 « Conditions générales régissant les garanties » :

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

est remplacé par :

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

de calcul et de versement, et notamment les dispositions des articles 20.1, 20.4, 20.5 et 21.3 sont applicables à la prestation correspondante définie dans le cadre du présent régime collectif supplémentaire. »

**III.** Le texte du sous-article 26.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre VI Règlement du régime de prévoyance individuelle des ETAM**

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

**I.** Le texte de l'article 8 « Modalités d'application de chaque garantie » :

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

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

Toutefois, lorsque l'adhésion est réalisée au titre d'une période indemnisée par pôle emploi, le cumul des prestations servies par la sécurité sociale, l'institution et tout autre organisme ou activité assurant un revenu de remplacement, ne peut, au titre de la garantie maladie-invalidité, excéder le montant des prestations du régime de pôle emploi. Cette comparaison est réalisée la veille du 1<sup>er</sup> jour d'incapacité de travail tel que pris en compte par l'institution pour déterminer le point de départ du versement de ses prestations. »,

est remplacé par :

« Les régimes proposés à titre individuel étant identiques à ceux proposés dans le cadre collectif, leurs garanties sont, à l'exception de la période de franchise qui détermine le point de départ de l'indemnisation maladie-invalidité, en tous points celles

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

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

Toutefois, lorsque l'adhésion est réalisée au titre d'une période indemnisée par France Travail, le cumul des prestations servies par la sécurité sociale, l'institution et tout autre organisme ou activité assurant un revenu de remplacement, ne peut, au titre de la garantie maladie-invalidité, excéder le montant des prestations du régime de France Travail. Cette comparaison est réalisée la veille du 1<sup>er</sup> jour d'incapacité de travail tel que pris en compte par l'institution pour déterminer le point de départ du versement de ses prestations. »

## **Titre VII Règlement des compléments individuels de prévoyance des ETAM**

Les modifications suivantes sont apportées au « Règlement des compléments Individuels de prévoyance des ETAM » :

### **I. Le texte suivant de l'article 2 « Accès au complément individuel de prévoyance des ETAM » :**

« **2.a.** Peuvent adhérer au présent règlement les ETAM qui remplissent les conditions suivantes :

- être salarié dans une entreprise du bâtiment et des travaux publics ;
- et être couvert au titre du "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE" (ou si son entreprise a souscrit auprès de BTP-Prévoyance un contrat particulier assurant des garanties équivalentes). »,

est remplacé par :

« **2.a.** Peuvent adhérer au présent règlement les ETAM qui remplissent les conditions suivantes :

- être salarié dans une entreprise du bâtiment et des travaux publics ;
- et être couvert au titre du "Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE" (ou si son entreprise a souscrit auprès de BTP-Prévoyance un contrat sur mesure assurant des garanties équivalentes). »

### **II. Le texte suivant du sous-article 26.1 « Information lors de l'adhésion » :**

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre VIII Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des cadres**

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

**I. Le texte suivant du sous-article 2.1 « Périmètre et date d'effet de l'adhésion » :**

« Toute entreprise adhérente au "Règlement de BTP-Prévoyance au titre du RNPC" (ou ayant souscrit auprès de BTP-Prévoyance un contrat particulier assurant des garanties équivalentes) peut demander à adhérer au présent règlement, en renseignant dans sa demande d'adhésion (ou dans toute demande de modification ultérieure) :

- a) La ou les garanties qu'elle souhaite mettre en œuvre ;
- b) Le niveau retenu pour chaque garantie souscrite, à définir parmi les options prévues ;
- c) De manière générale, toute information qui pourra être demandée par BTP-Prévoyance pour faciliter la gestion de l'adhésion et la relation avec l'entreprise (modalités de mise en œuvre de la garantie au sein de l'entreprise, répartition de la cotisation...). »

est remplacé par :

« Toute entreprise adhérente au "Règlement de BTP-Prévoyance au titre du RNPC" (ou ayant souscrit auprès de BTP-Prévoyance un contrat sur mesure assurant des garanties équivalentes) peut demander à adhérer au présent règlement, en renseignant dans sa demande d'adhésion (ou dans toute demande de modification ultérieure) :

- a) La ou les garanties qu'elle souhaite mettre en œuvre,
- b) Le niveau retenu pour chaque garantie souscrite, à définir parmi les options prévues,
- c) De manière générale, toute information qui pourra être demandée par BTP-Prévoyance pour faciliter la gestion de l'adhésion et la relation avec l'entreprise (modalités de mise en œuvre de la garantie au sein de l'entreprise, répartition de la cotisation...). »

**II. Le texte suivant de l'article 3 « Affiliation des participants » :**

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

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

- les ingénieurs et cadres qui relèvent des dispositions de l'article 2.1 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 ;
- les assimilés cadres qui s'entendent des salariés relevant :
  - de l'article 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 ;
  - de tout accord agréé par la commission paritaire de l'APEC ;
  - ou, jusqu'au 31 décembre 2024, de l'article 36 de la convention collective nationale du 14 mars 1947 dans sa version en vigueur au 31 décembre 2018, à la condition qu'aucune modification du champ des bénéficiaires du présent règlement ne soit intervenue depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ;

- leurs ayants droit tels qu’ils sont définis pour chaque prestation par le présent règlement. »,

est remplacé par :

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

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

- les ingénieurs et cadres qui relèvent des dispositions de l’article 2.1 de l’accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ;
- les assimilés cadres qui s’entendent des salariés relevant :
  - de l’article 2.2 de l’accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres,
  - ou, de tout accord agréé par la commission paritaire de l’APEC ;
- leurs ayants droit tels qu’ils sont définis pour chaque prestation par le présent règlement. »

### III. Le texte suivant de l’article 6 « Conditions générales régissant les garanties » :

« Sauf disposition particulière :

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

est remplacé par :

« Sauf disposition particulière :

- les dispositions générales relatives aux garanties telles qu’elles sont prévues, pour le “Règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics” institué par l’accord collectif national du 1<sup>er</sup> décembre 2001, dans ses articles 8 (Maintien et cessation des garanties), 9 (Délai de déclaration et prescription), 10 (Définition des ayants droit), 11 (Bénéficiaires en cas de décès), 12 (Base des calcul des prestations), 13 (Revalorisation), 14 (Limitation des garanties Indemnités journalières et Rente d’invalidité), 15 (Versement des rentes), et 17.6 (Conversion du capital en rente) sont applicables au titre du présent régime collectif supplémentaire ;
- les dispositions spécifiques aux prestations du régime de prévoyance conventionnelle des cadres du BTP, telles qu’elles sont prévues en matière d’attribution, de calcul et de versement, et notamment les dispositions des articles 20.1, 20.4, 20.5 et 21.3 sont applicables à la prestation correspondante définie dans le cadre du présent régime collectif supplémentaire. »

#### IV. Le texte du sous-article 26.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre IX Règlement du régime de prévoyance individuelle des cadres**

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

#### I. Le texte de l'article 8 « Modalités d'application de chaque garantie » :

« Les régimes proposés à titre individuel étant identiques à ceux proposés dans le cadre collectif, leurs garanties sont, à l'exception de la période de franchise qui détermine le point de départ de l'indemnisation maladie-invalidité, en tous points celles des régimes de prévoyance décrits à la section III du règlement des régimes de prévoyance collective des cadres. Leur détail figure, par type de garantie, à l'annexe des garanties.

Toutefois, lorsque l'adhésion est réalisée au titre d'une période indemnisée par pôle emploi, le cumul des prestations servies par la sécurité sociale, l'institution et tout autre organisme ou activité assurant un revenu de remplacement, ne peut, au titre de la garantie maladie-invalidité, excéder le montant des prestations du régime de pôle emploi. Cette comparaison est réalisée la veille du 1<sup>er</sup> jour d'incapacité de travail tel que pris en compte par l'institution pour déterminer le point de départ du versement de ses prestations. »,

est remplacé par :

« Les régimes proposés à titre individuel étant identiques à ceux proposés dans le cadre collectif, leurs garanties sont, à l'exception de la période de franchise qui détermine le point de départ de l'indemnisation maladie-invalidité, en tous points celles des régimes de prévoyance décrits à la section III du règlement des régimes de prévoyance collective des cadres. Leur détail figure, par type de garantie, à l'annexe des garanties.



Toutefois, lorsque l'adhésion est réalisée au titre d'une période indemnisée par France Travail, le cumul des prestations servies par la sécurité sociale, l'institution et tout autre organisme ou activité assurant un revenu de remplacement, ne peut, au titre de la garantie maladie-invalidité, excéder le montant des prestations du régime de France Travail. Cette comparaison est réalisée la veille du 1<sup>er</sup> jour d'incapacité de travail tel que pris en compte par l'institution pour déterminer le point de départ du versement de ses prestations. »

## **Titre X 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 21.1 « Information lors de l'adhésion » :**

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :  
– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :  
– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre XI Règlement du régime de GAT**

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

**I. Le texte suivant du sous-article 13.2 « Option de prise en charge des obligations de l'employeur au titre des arrêts de travail des salariés ouvriers » :**

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

– du premier jusqu'au dernier jour de versement d'indemnités complémentaires par l'institution ;

- au titre des prestations de maintien de salaire versées en application du présent règlement, ainsi qu’au titre des indemnités journalières versées par l’institution du fait de l’adhésion de l’entreprise ;
- au “Règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO” ;
- et, le cas échéant, au règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers.

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

est remplacé par :

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

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

La responsabilité de l’institution s’entend dans le cadre et dans la limite des dispositions convenues avec l’Acoss et/ou avec tout autre organisme collecteur (notamment l’URSSAF dont relève l’institution), sous réserve d’avoir préalablement informé l’entreprise adhérente des limites de responsabilité qui en découlent. »

## II. Le texte suivant du sous-article 14 « Déclaration des sinistres. Justification » :

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

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

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

BTP-Prévoyance se réserve le droit de subordonner le paiement de ses prestations à un contrôle de l’état d’incapacité du salarié assuré par le médecin qu’elle désignera.

L'entreprise est tenue de relayer ce contrôle auprès de son salarié qui devra s'y soumettre, conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables. »,

est remplacé par :

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

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

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

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'entreprise adhérente conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen du salarié, le paiement des prestations nées du présent règlement sera interrompu à compter du jour où BTP-Prévoyance en aura été informée par l'entreprise adhérente.

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

### III. Le texte suivant du sous-article 26.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## Titre XII Règlement du régime d'OCALD

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

I. Le texte suivant du sous-article 26.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## Titre XIII 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 4.6 « Recouvrement des cotisations » :

« Il appartient à BTP-Prévoyance de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit.

Toutes cotisations restant dues après la date limite de paiement donnent lieu à l'application de majorations de retard et à l'engagement de poursuites judiciaires, selon des modalités identiques à celles édictées par l'Agirc-Arrco pour le régime de retraite complémentaire des salariés, et conformément aux délais de prescription prévus par la réglementation.

Par exception, aucun forfait minimum de majorations (tel que défini par la réglementation Agirc-Arrco) ne s'applique sur la cotisation due à BTP-Prévoyance lorsque cette dernière fait l'objet d'un appel commun avec une cotisation Agirc-Arrco. En l'absence de toute déclaration récente, l'assiette des cotisations sera estimée par tout autre moyen d'appréciation.

Le versement des prestations peut être suspendu si l'entreprise ne s'acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement. »,

est remplacé par :

« Il appartient à BTP-Prévoyance de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit.

Toutes cotisations restant dues après la date limite de paiement donnent lieu à l'application de majorations de retard et à l'engagement de poursuites judiciaires, selon des modalités identiques à celles édictées par l'Agirc-Arrco pour le régime de retraite complémentaire des salariés, et conformément aux délais de prescription prévus par la réglementation.

Par exception, aucun forfait minimum de majorations (tel que défini par la réglementation Agirc-Arrco) ne s'applique sur la cotisation due à BTP-Prévoyance lorsque cette dernière fait l'objet d'un appel commun avec une cotisation Agirc-Arrco. En l'absence de toute déclaration récente, l'assiette des cotisations sera estimée par tout autre moyen d'appréciation.

Si l'entreprise ne s'acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement, le versement des prestations peut être suspendu dans le respect des dispositions du sous-article 5.1 b. »

**II. Le texte du sous-article 9.1 « Information lors de l'adhésion » :**

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre XIV Règlement des « Régimes de frais médicaux collectifs »**

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

**I. Le paragraphe suivant de l'article 1<sup>er</sup> « Objet » :**

« Des dispositions spécifiques sont applicables pour les entreprises qui ont adhéré à des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance avant le 31 mars 2018 et qui relèvent de mutualisations désormais gérées en groupes fermés (c'est-à-dire

qu'elles ne sont plus ouvertes à l'adhésion). Ces dispositions sont détaillées dans l'annexe "Dispositions spécifiques aux groupes fermés non-cadres, cadres, et ETAM" »,

est remplacé par :

« Des dispositions spécifiques sont applicables :

- pour les entreprises adhérentes aux options régionales PCE1, PCE2 ou PCE3. Ces dispositions sont détaillées dans l'annexe 1 "Dispositions spécifiques aux options régionales PCE1, PCE2 et PCE3" ;
- pour les entreprises qui ont adhéré à des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance avant le 31 mars 2018 et qui relèvent de mutualisations désormais gérées en groupes fermés (c'est-à-dire qu'elles ne sont plus ouvertes à l'adhésion). Ces dispositions sont détaillées dans l'annexe 2 "Dispositions spécifiques aux groupes fermés non-cadres, cadres, et ETAM". »

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

« Le présent règlement s'adresse aux entreprises du bâtiment et des travaux publics qui relèvent des territoires d'application des accords étendus de protection sociale complémentaire suivants :

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

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

**III.** Le texte suivant du sous-article 3.3 « Formalisme et enregistrement de l'adhésion » :

« Lors de sa demande d'adhésion, l'entreprise précise notamment à BTP-Prévoyance :

- la formulation tarifaire retenue (au sens de l'article 6). Si l'entreprise réalise une adhésion pour l'ensemble du personnel non-cadre et cadre présent, cette formulation tarifaire doit respecter les règles suivantes :
  - les cotisations sont exprimées à l'identique pour l'ensemble des salariés non-cadres et cadres, soit en euro, soit en pourcentage de salaire dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale ;
  - si en outre le niveau de garanties retenu est le même pour les deux catégories de salariés non-cadres et cadres, ou si l'effectif de l'entreprise est au moins égal à 10 salariés à la date d'adhésion, la formulation tarifaire au sens de l'article 3.2 doit être identique pour les deux catégories de salariés ;
- le niveau des garanties retenues ;
- le mode de mise en place des garanties collectives, au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- la ou les catégories couvertes (non-cadre et/ou cadre) ;
- ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation des salariés concernés. L'entreprise s'engage ainsi à déclarer lors de son adhésion :
  - tous les salariés qu'elle affine au présent régime ;
  - leurs ayants droit, lorsque le montant ou taux de cotisation en dépend ;
  - les anciens salariés pour lesquels elle demande l'application du dispositif de portabilité prévu par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. »,

est remplacé par :

- « Lors de sa demande d'adhésion, l'entreprise précise notamment à BTP-Prévoyance :
- la formulation tarifaire retenue (au sens de l'article 6). Si l'entreprise réalise une adhésion pour l'ensemble du personnel non-cadre et cadre présent, cette formulation tarifaire doit respecter les règles suivantes :
- les cotisations sont exprimées à l'identique pour l'ensemble des salariés non-cadres et cadres, soit en euro, soit en pourcentage de salaire dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale ;
- si en outre le niveau de garanties retenu est le même pour les deux catégories de salariés non-cadres et cadres, ou si l'effectif de l'entreprise est au moins égal à 10 salariés à la date d'adhésion, la formulation tarifaire au sens de l'article 3.2 doit être identique pour les deux catégories de salariés ;
- le niveau des garanties retenues ;
- le mode de mise en place des garanties collectives, au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- la ou les catégories de personnel couvertes (non-cadre et/ou cadre) ;
- ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation des salariés concernés. L'entreprise s'engage ainsi à déclarer lors de son adhésion :
- tous les salariés qu'elle affine au présent régime ;
- leurs ayants droit, lorsque le montant ou taux de cotisation en dépend ;
- les anciens salariés pour lesquels elle demande l'application du dispositif de portabilité prévu par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. »

**IV.** Le texte introductif de l'article 4 « Bénéficiaires » est intégralement remplacé comme suit :

- « Les personnes pouvant bénéficier de prestations au titre du présent règlement – ci-après désignées les bénéficiaires – sont :
- le salarié affilié ;
- ses ayants droit, sous réserve que la formulation tarifaire retenue par l'entreprise dans son bulletin d'adhésion le prévoit (en application de l'article 3.2 qui précède). Sont reconnus comme ayants droit :
- a) Le conjoint du salarié affilié (tel que défini à l'article 4.1) ;
- b) Ses enfants à charge (tels que définis à l'article 4.2) ;
- c) Et de manière générale, toute autre personne fiscalement à charge du salarié affilié ou de son conjoint ayant droit.

Tout bénéficiaire relevant du régime général d'assurance maladie obligatoire (y compris s'il relève du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle) peut être couvert au titre du présent règlement, à la condition d'avoir été affilié ou déclaré auprès de BTP-Prévoyance conformément aux dispositions des articles 3.3. et 4.2. »

**V.** Le texte suivant du sous-article 4.2 « Notion d'enfant à charge » :

- « Sont également considérés à charge les enfants nés du salarié affilié, ou adoptés par le salarié affilié, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :
- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
- apprentis ;



- scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'Espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d'Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :

- en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
- demandeurs d'emploi inscrits au pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ; »,

est remplacé par :

« Sont également considérés à charge les enfants nés du salarié affilié, ou adoptés par le salarié affilié, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
  - a) Apprentis ou en formation en alternance ;
  - b) Scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'Espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d'Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
  - c) En contrat de professionnalisation ;
  - d) Demandeurs d'emploi inscrits auprès de France Travail et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée.

Pour les bénéficiaires visés au *a* et *b*, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de la période justifiée. »

#### **VI.** Le texte suivant du sous-article 6.4 « Autres dispositions relatives aux cotisations » :

« Le versement des prestations peut être suspendu si l'entreprise ne s'acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement. »,

est remplacé par :

« Si l'entreprise ne s'acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement, le versement des prestations peut être suspendu, dans le respect des dispositions du sous-article 8.1.b. »

#### **VII.** 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 » :

- « – sans limitation de durée, lorsque le salarié affilié :
  - a fait l'objet d'une mesure de licenciement ou de rupture de contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage, alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la sécurité sociale sans que le contrat de travail n'ait été rompu (à l'exception des cas de classification en invalidité de 1<sup>re</sup> catégorie), et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée ;
  - et aussi longtemps qu'il perçoit des prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP-Prévoyance. Lorsque le salarié affilié ne per-

çoit plus ces prestations, il entre dans le cadre du maintien temporaire (décrit ci-dessus). »,

est remplacé par :

- « – sans limitation de durée, lorsque le salarié affilié :
  - a fait l’objet d’une mesure de licenciement ou de rupture de contrat de travail ouvrant droit à l’assurance chômage, alors qu’il était en arrêt de travail, et n’exerce depuis cette date aucune activité rémunérée ;
  - et aussi longtemps qu’il perçoit des prestations d’indemnités journalières servies par BTP-Prévoyance. Lorsque le salarié affilié ne perçoit plus ces prestations, il entre dans le cadre du maintien temporaire (décrit ci-dessus). »

**VIII.** Le texte suivant du sous-article 11.3 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » :

- « En cas de suspension du contrat de travail avec versement par l’entreprise d’une indemnité d’activité partielle ou de tout autre revenu de remplacement, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant :
  - calculé sur la base des indemnités entrant dans l’assiette des cotisations définie à l’article 6.1, lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération ;
  - ou assuré par le versement du forfait mensuel de cotisations lorsque cette dernière est exprimée en euros.

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

Par exception, en cas de suspension du contrat de travail et lorsque le salarié affilié bénéficie d’une rente d’invalidité complémentaire au titre du régime conventionnel de prévoyance du BTP dont il relève, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, pendant la période où il perçoit cette rente. »,

est remplacé par :

- « En cas de suspension du contrat de travail avec versement par l’entreprise d’une indemnité d’activité partielle ou de tout autre revenu de remplacement, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant :
  - calculé sur la base des indemnités entrant dans l’assiette des cotisations définie à l’article 6.1, lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération ;
  - ou assuré par le versement du forfait mensuel de cotisations lorsque cette dernière est exprimée en euros.

En cas de suspension du contrat de travail pour cause de congé parental d’éducation ou congé de proche aidant, et sous réserve que l’acte de mise en place de la couverture collective santé l’ait expressément prévu, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension.

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

**IX.** Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :

« Il est ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
  - le “ticket modérateur” : l’intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - les équipements dits “100 % santé” : équipements d’optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies aux 3°, 4° et 5° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ; »,

est remplacé par :

« Il est ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
  - le “ticket modérateur” : l’intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - les équipements dits “100 % santé” : notamment les équipements d’optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies notamment aux 3°, 4° et 5° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ; »,

et le texte suivant :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur du salarié affilié (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l’institution que par le régime de base d’assurance maladie ou par d’autres régimes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l’ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement seraient réduites à due concurrence. »,

est remplacé par :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur du salarié affilié (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, lorsqu’ils sont complémentaires à la sécurité sociale, les remboursements sont toujours versés dans la limite des sommes déclarées à cette dernière. Dans le cas où le cumul des prestations à servir, tant par l’institution que par le régime de base d’assurance maladie ou par d’autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l’ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement sont réduites à due concurrence. »

**X.** Le texte suivant du sous-article 12.2 « Dispositions spécifiques aux garanties optiques » :

- « S’agissant des lunettes, le forfait de remboursement s’applique aux frais exposés pour l’acquisition d’un équipement composé de deux verres et d’une monture :
  - par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
  - ou en cas de renouvellement anticipé prévu par l’arrêté du 3 décembre 2018 (JO n° 0288 du 13 décembre 2018 texte n° 13). »,

est remplacé par :

- « S’agissant des lunettes, le forfait de remboursement s’applique aux frais exposés pour l’acquisition d’un équipement composé de deux verres et d’une monture :
  - par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;

- ou dans les conditions définies par la réglementation, notamment en cas de renouvellement anticipé (tel que prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 – JO n° 0288 du 13 décembre 2018, texte n° 13 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**XI.** À la fin du sous-article 12.4 « Dispositions spécifiques aux garanties audioprothétiques », le texte suivant est ajouté :

« S'agissant des prothèses auditives, le forfait de remboursement est limité à un appareil par oreille, par période de quatre ans, dans les conditions définies par la réglementation (telles que définies par l'arrêté du 14 novembre 2018 – JO n° 0265 du 16 novembre 2018, texte n° 7 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**XII.** Le texte du sous-article 12.6 « Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Pour les options ou modules qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, le niveau de prise en charge défini dans l'annexe des garanties est différencié selon que le médecin ait ou non adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM CO, ou dispositif équivalent) visé à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**XIII.** 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 2024. 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 2025. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

**XIV.** Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

**PRO BTP – Réclamations, 93901 Bobigny CEDEX 9**

- soit par le biais de leur espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre XV Annexe 1 « Dispositions spécifiques aux options régionales PCE1, PCE2 et PCE3 »**

Il est créé une annexe intitulée « Annexe 1 "Dispositions spécifiques aux options régionales PCE1, PCE2 et PCE3" ».

Le contenu de cette annexe est le suivant :

### **Annexe 1 Dispositions spécifiques aux options régionales PCE1, PCE2 et PCE3**

Pour les adhésions aux options régionales, les dispositions spécifiques suivantes s'appliquent :

#### **Article 1<sup>er</sup> | Objet**

Dans l'article 1<sup>er</sup>, le paragraphe suivant :

« Les garanties proposées reposent sur plusieurs options modulaires avec une progression de niveaux de remboursements, ainsi que sur un ou plusieurs module(s) de garanties additionnelles. »,

est remplacé par :

« Les garanties proposées reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements, ainsi que sur un ou plusieurs module(s) de garanties additionnelles. »

Et le paragraphe suivant :

« Des dispositions spécifiques sont applicables pour les entreprises qui ont adhéré à des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance avant le 31 mars 2018 et qui relèvent de mutualisations désormais gérées en groupes fermés (c'est-à-dire qu'elles ne sont plus ouvertes à l'adhésion). Ces dispositions sont détaillées dans l'annexe 2 "Dispositions spécifiques aux groupes fermés non-cadres, cadres, et ETAM". »,

est supprimé.

#### **Article 2 | Champ d'application et entreprises éligibles**

Les dispositions de l'article 2 sont intégralement remplacées par les dispositions suivantes :

« Peuvent adhérer au présent règlement les entreprises du bâtiment et des travaux publics :

1. Qui relèvent des accords étendus de protection sociale complémentaire suivants :
  - l'accord collectif national du 31 juillet 1968 ;
  - et l'accord collectif national du 13 décembre 1990.
2. Dont le siège est établi dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Par exception, les entreprises relevant d'autres départements, qui avaient adhéré aux options PCE1, PCE2 et PCE3 jusqu'au 31 décembre 2021, peuvent continuer à relever des dispositions de la présente annexe. »

## Article 3 | *Périmètre des personnes couvertes*

Dans le sous-article 3.2 « Périmètre des personnes couvertes », les paragraphes suivants sont supprimés :

- « – la formule “Isolé/duo/famille” : dans cette solution, le taux ou le montant est fonction du nombre de personnes couvertes :
  - la cotisation “Isolé” couvre le salarié affilié seul ;
  - la cotisation “Duo” couvre le salarié affilié et un ayant droit (qu’il s’agisse de son conjoint ou d’un enfant à charge, tels que définis à l’article 4) ;
  - la cotisation “Famille” couvre le salarié affilié et deux ayants droit et plus ;
- la formulation “Adulte/enfant” : dans cette solution, le taux ou le montant de cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes, il correspond à la somme des éléments suivants :
  - montant ou taux de cotisation par “Adulte” multiplié par le nombre d’“Adultes” couverts ;
  - montant ou taux de cotisation par “Enfant” multiplié par le nombre d’“Enfants” couverts.

L’adhésion à cette formule de cotisation n’est possible que lorsque l’entreprise disposait précédemment de la même formulation tarifaire chez son ancien organisme assureur.

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

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

et le dernier paragraphe du sous-article 3.2 est remplacé par :

« Seuls les salariés affiliés couverts par la formulation “Famille sans conjoint” ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit dans le cadre du règlement des options individuelles d’extension familiale de frais médicaux. »

## Article 4 | *Bénéficiaires*

Dans le sous-article 4.3, les formulations suivantes sont supprimées :

- « – si l’entreprise a retenu une formulation tarifaire “Adulte/enfant” : par l’entreprise, »,

et :

- « – si l’entreprise a retenu une formulation tarifaire “Isolé/duo/famille” :
  - par l’entreprise, si le changement du nombre de personnes couvertes entraîne une modification de la cotisation ;
  - par le salarié, dans les autres cas (ou par l’entreprise, si cette dernière souhaite prendre en charge cette formalité administrative). »

Le paragraphe introductif de l'article 6 est intégralement remplacé par le paragraphe suivant :

- « Les cotisations peuvent être exprimées :
- en euros, ou en pourcentage de salaire dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale ;
  - en fonction du périmètre des personnes couvertes, selon les différentes formulations définies à l'article 3.2 : "Global famille", "Conjoint distinct", "Famille sans conjoint". »

Le sous-article 6.2 est intégralement remplacé comme suit :

« Le montant ou le taux de cotisation dépend du niveau de couverture retenu par l'entreprise, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'elle a choisis.

La couverture des ayants droit n'a pas d'incidence sur le montant ou taux de la cotisation, sauf lorsque l'entreprise a opté pour une formulation "Conjoint distinct".

Les différents montants ou taux de cotisations applicables sont fixés dans l'annexe tarifaire.

La répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés affiliés est déterminée librement dans chaque entreprise. Cette répartition doit toutefois respecter les principes suivants pour que l'adhésion puisse être acceptée :

- l'employeur doit assurer au minimum la moitié du financement de la couverture, en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale ;
- la participation de l'employeur doit être uniforme :
  - pour l'ensemble des salariés non-cadres et/ou cadres de l'entreprise, à l'exception des salariés à temps partiels ou des apprentis visés à l'article R. 242-1-4 du code de la sécurité sociale ;
  - pour tous leurs conjoints et enfants à charge, lorsque la formule de cotisation retenue par l'entreprise dépend de la composition familiale.

Toute actualisation de l'annexe tarifaire relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-Prévoyance, après avis de la commission santé et sur proposition du conseil d'administration. »

**Article 12 | Prestations, étendue des garanties**

Au sous-article 12.2, le paragraphe suivant est supprimé :

« Pour les autres équipements optiques (dits "équipements libres"), à partir du module P2, le forfait de remboursement est majoré lorsque l'acquisition de l'équipement intervient chez un opticien ayant signé une convention avec la plateforme santé Sévéane. »

Au sous-article 12.3, les paragraphes suivants sont supprimés :

« Lorsque l'entreprise a opté pour un module supérieur ou égal au niveau P3+, les prothèses dentaires dites à « honoraires maîtrisés » sont également prises en charge sans reste à charge (dans la limite de facturation prévue par la réglementation).

Lorsque l'entreprise a opté pour un module supérieur ou égal au niveau P3, le remboursement de l'implant est majoré lorsque sa pose est réalisée par un chirurgien-dentiste ayant signé une convention au titre de l'"Implantologie" avec la plateforme santé Sévéane. »



Au sous-article 12.4, le paragraphe suivant est supprimé :

« Pour les autres prothèses auditives, à partir du module P2, le remboursement est majoré lorsque l'acquisition de l'équipement intervient chez un audioprothésiste ayant signé une convention avec la plateforme santé Sévéane. »

## **Titre XVI Annexe 2 « Dispositions spécifiques aux groupes fermés non-cadres, cadres et ETAM »**

Les modifications suivantes sont apportées à l'annexe « Dispositions spécifiques aux groupes fermés non-cadres, cadres et ETAM » :

I. L'intitulé « Annexe "Dispositions spécifiques aux groupes fermés non-cadres, cadres et ETAM" » est remplacé par l'intitulé « Annexe 2 "Dispositions spécifiques aux groupes fermés non-cadres, cadres et ETAM." »

II. Le texte suivant de l'article 2 « Champ d'application », entreprises éligibles :

« Les dispositions de l'article 2 sont intégralement remplacées par les dispositions suivantes :

a) Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres (groupe fermé)" :

L'adhésion à une couverture dite de "frais médicaux collectifs des non-cadres – groupe fermé" n'est plus possible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Par exception, les entreprises qui, avant le 31 octobre 2016, avaient choisi de couvrir leurs salariés dans le cadre d'une "option régionale" en coassurance avec la MBTPSE ont pu adhérer pour cette même catégorie de salariés aux options PCE1, PCE2 ou PCE3 jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Depuis cette date, seules des entreprises qui relèvent d'un groupe dans lequel des salariés sont couverts par les options PCE1, PCE2 ou PCE3, peuvent continuer à adhérer à ces options à des fins d'harmonisation.

b) Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des cadres (groupe fermé)" :

L'adhésion à une couverture dite de "frais médicaux collectifs des cadres – groupe fermé" n'est plus possible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Par exception, les entreprises qui, avant le 31 octobre 2016, avaient choisi de couvrir leurs salariés dans le cadre d'une "option régionale" en coassurance avec la MBTPSE ont pu adhérer pour cette même catégorie de salariés aux options PCE1, PCE2 ou PCE3 jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Depuis cette date, seules des entreprises qui relèvent d'un groupe dans lequel des salariés sont couverts par les options PCE1, PCE2 ou PCE3, peuvent continuer à adhérer à ces options à des fins d'harmonisation. »,

est remplacé par :

« Les dispositions de l'article 2 sont intégralement remplacées par les dispositions suivantes :

a) Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des non-cadres (groupe fermé)" :

L'adhésion à une couverture dite de "frais médicaux collectifs des non-cadres – groupe fermé" n'est plus possible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

b) Si l'entreprise était précédemment adhérente au "règlement du régime de frais médicaux collectifs des cadres (groupe fermé)" :

L'adhésion à une couverture dite de "frais médicaux collectifs des cadres – groupe fermé" n'est plus possible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. »

## **Titre XVII 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 suivant de l'article 2 « Adhésion des entreprises » :**

« Ne peuvent adhérer au présent règlement que les entreprises du bâtiment et des travaux publics dont le "Socle responsable" est simultanément :

- assuré par BTP-Prévoyance ;
- géré par l'institution ou par son sous-traitant l'association de moyens PRO BTP. »,

est remplacé par :

« Ne peuvent adhérer au présent règlement que les entreprises du bâtiment et des travaux publics dont le "Socle responsable" est simultanément :

- assuré par BTP-Prévoyance ;
- géré par l'institution ou par l'association de moyens PRO BTP. »

#### **II. Le texte suivant du sous-article 11.3 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » :**

« Dans les autres cas de suspension du contrat de travail avec versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente (hors situation d'activité partielle), les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant :

- calculé sur la base du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail, lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération ;
- ou assuré par le versement du forfait mensuel de cotisation, lorsque cette dernière est exprimée en euros.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ou sans versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente, les garanties sont interrompues. »,

est remplacé par :

« Dans les autres cas de suspension du contrat de travail avec versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente (hors situation d'activité partielle), les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant :

- calculé sur la base du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail, lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération ;

- ou assuré par le versement du forfait mensuel de cotisation, lorsque cette dernière est exprimée en euros.

En cas de suspension du contrat de travail pour cause de congé parental d'éducation ou congé de proche aidant, et sous réserve que l'acte de mise en place de la couverture collective santé l'ait expressément prévu, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ni versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente, les garanties sont interrompues. »

**III.** Le texte suivant du sous-article 12.1 « Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage » :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur du salarié affilié (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par BTP-Prévoyance que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations versées par BTP-Prévoyance seraient réduites à due concurrence :

- en priorité, au titre du "Renfort dépassements d'honoraires" ;
- au-delà, en tant que de besoin, au titre du "Socle responsable". »

est remplacé par :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur du salarié affilié (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, lorsqu'ils sont complémentaires à la sécurité sociale, les remboursements sont toujours versés dans la limite des sommes déclarées à cette dernière. Dans le cas où le cumul des prestations à servir, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement sont réduites à due concurrence :

- en priorité, au titre du "Renfort dépassements d'honoraires" ;
- au-delà, en tant que de besoin, au titre du "Socle responsable". »

**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 2024. 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 2025. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

## **Titre XVIII 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 » :**

« Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de définir les droits et les obligations des salariés qui, déjà couverts dans le cadre de leur entreprise par un régime collectif de frais médicaux de BTP-Prévoyance (régime tous collègues, régime fermé non-cadres, régime fermé cadres ou régime fermé ETAM), souhaitent compléter leurs garanties de frais médicaux sur la base d'une contribution financière à leur charge exclusive. »,

est remplacé par :

« Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de définir les droits et les obligations des salariés qui, déjà couverts par leur entreprise dans le cadre du régime standard de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance, souhaitent compléter leurs garanties de frais médicaux sur la base d'une contribution financière à leur charge exclusive. »

### **II. Le texte de l'article 2 « Accès aux améliorations de garanties » est intégralement remplacé par le texte suivant :**

« Peut adhérer au présent règlement toute personne qui, salariée dans une entreprise du bâtiment et des travaux publics, est à ce titre affiliée au régime standard de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance.

Lors de son affiliation par l'entreprise au socle collectif, chaque salarié est informé par BTP-Prévoyance de sa faculté d'accéder à des 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 ;
- 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. Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :**

« Quel que soit le niveau des garanties choisi par l'adhérent au titre du présent règlement, les prestations du Dispositif de couverture santé à étages respectent les obligations relatives au contrat dit "responsable" (notamment les planchers, plafonds, obligations et interdictions de prise en charge) résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
  - le "ticket modérateur" : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1<sup>o</sup> de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - les équipements dits "100 % santé" : équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies aux 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6<sup>o</sup> de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les mai-

sons d'accueil spécialisées [MAS] ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes [EHPAD] ne sont pas pris en compte) ;

- le forfait urgences en établissements hospitaliers dans les conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'applications. »,

est remplacé par :

« Quel que soit le niveau des garanties choisi par l'adhérent au titre du présent règlement, les prestations du Dispositif de couverture santé à étages respectent les obligations relatives au contrat dit "responsable" (notamment les planchers, plafonds, obligations et interdictions de prise en charge) résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
  - le "ticket modérateur" : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - les équipements dits "100 % santé" : notamment les équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies notamment aux 3°, 4° et 5° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d'accueil spécialisées [MAS] ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes [EHPAD] ne sont pas pris en compte) ;
  - le forfait urgences en établissements hospitaliers dans les conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'applications. »,

et le texte suivant :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement seraient réduites à due concurrence :

- en priorité, au titre du présent règlement ;
- au-delà, si applicable, au titre du règlement du socle collectif. »,

est remplacé par :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, lorsqu'ils sont complémentaires à la sécurité sociale, les remboursements sont toujours versés dans la limite des sommes déclarées à cette dernière. Dans le cas où le cumul des prestations à servir, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement sont réduites à due concurrence :

- en priorité, au titre du présent règlement ;
- au-delà, si applicable, au titre du règlement du socle collectif. »

**IV.** Le texte suivant du sous-article 12.2 « Dispositions spécifiques aux garanties optiques » :

« S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou en cas de renouvellement anticipé prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 (*JO* n° 0288 du 13 décembre 2018 texte n° 13). »,

est remplacé par :

« S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou dans les conditions définies par la réglementation, notamment en cas de renouvellement anticipé (tel que prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 – *JO* n° 0288 du 13 décembre 2018, texte n° 13 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**V.** À la fin du sous-article 12.4 « Dispositions spécifiques aux garanties audioprothétiques », le texte suivant est ajouté :

« S'agissant des prothèses auditives, le forfait de remboursement est limité à un appareil par oreille, par période de quatre ans, dans les conditions définies par la réglementation (telles que définies par l'arrêté du 14 novembre 2018 – *JO* n° 0265 du 16 novembre 2018, texte n° 7 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**VI.** Le texte du sous-article 12.6 « Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Pour les options ou modules qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, le niveau de prise en charge défini dans l'annexe des garanties est différencié selon que le médecin ait ou non adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM CO, ou dispositif équivalent) visé à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**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 2024. 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 2025. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

**VIII.** Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'adhérent devra s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'adhérent devra s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre XIX Règlements de surcomplémentaires « Amplitude ». Extension familiale**

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

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

« Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de définir les modalités de fonctionnement d'une couverture complémentaire santé fondée sur les principes suivants :

– l'adhérent est un salarié affilié par son entreprise dans le cadre du règlement des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance ;

– les bénéficiaires sont des personnes liées au salarié (conjoint et/ou ayants droit), à l'exclusion du salarié lui-même. »,

est remplacé par :

« Le présent règlement est régi par le code de la sécurité sociale. Il a pour objet de définir les modalités de fonctionnement d'une couverture complémentaire santé fondée sur les principes suivants :

– l'adhérent est un salarié affilié par son entreprise dans le cadre du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance ;

– les bénéficiaires sont des personnes liées au salarié (conjoint et/ou ayants droit), à l'exclusion du salarié lui-même. »

### **II. Le texte suivant de l'article 2 « Accès aux options individuelles d'extension familiale de frais médicaux » :**

« Tout salarié peut choisir d'adhérer au présent règlement pour couvrir ses ayants droit (conjoint et/ou enfants à charge) dès lors qu'il relève de la situation suivante :

– le salarié est affilié par son entreprise au règlement des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance ;

– et son entreprise a choisi d'opter pour une formulation tarifaire "Salarié seul" ou "Famille sans conjoint". »,

est remplacé par :

« Tout salarié peut choisir d'adhérer au présent règlement pour couvrir ses ayants droit (conjoint et/ou enfants à charge) dès lors qu'il relève de la situation suivante :

– le salarié est affilié par son entreprise au règlement du régime standard de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance ;



- et son entreprise a choisi d’opter pour une formulation tarifaire “Salarié seul” ou “Famille sans conjoint.” »

### III. Le texte suivant du sous-article 4.2 « Notion d’enfant(s) à charge » :

« Sont considérés comme à charge, les enfants ayants droit au sens de la législation de la sécurité sociale. Sont également considérés à charge, les enfants nés du salarié ou adoptés par le salarié, ou dont l’autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu’au 31 décembre de l’année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s’ils sont dans l’une des situations suivantes :
  - apprentis ;
  - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l’Espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d’Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu’au 31 décembre suivant la fin de l’année scolaire justifiée, s’ils sont dans l’une des situations suivantes :

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

est remplacé par :

« Sont considérés comme à charge, les enfants ayants droit au sens de la législation de la sécurité sociale. Sont également considérés à charge, les enfants nés du salarié ou adoptés par le salarié, ou dont l’autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu’au 31 décembre de l’année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s’ils sont dans l’une des situations suivantes :

*a) Apprentis ou en formation en alternance ;*

*b) Scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l’Espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d’Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;*

*c) En contrat de professionnalisation ;*

*d) Demandeurs d’emploi inscrits auprès de France Travail et non indemnisés par le régime d’assurance chômage, célibataires, n’exerçant pas d’activité régulière rémunérée.*

Pour les bénéficiaires visés au *a* et *b*, les droits sont ouverts jusqu’au 31 décembre suivant la fin de la période justifiée.

- sans limite d’âge, s’ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d’une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l’enfant doit être à la charge fiscale du participant. »

**IV.** Le texte du sous-article 6.3 « Remises de cotisations lors de la mise en place de la couverture » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Pour tout nouveau bénéficiaire, les deux premiers mois de couverture font l'objet d'une remise de cotisation 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.** Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :

« Il est ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
  - le “ticket modérateur” : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - les équipements dits “100 % santé” : équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies aux 3°, 4° et 5° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale,
  - le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d'accueil spécialisées [MAS] ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes [EHPAD] ne sont pas pris en compte) ;
  - le forfait urgences en établissements hospitaliers dans les conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'applications. »,

est remplacé par :

« Il est ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
  - le “ticket modérateur” : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - les équipements dits “100 % santé” : notamment les équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies notamment aux 3°, 4° et 5° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d'accueil spécialisées [MAS] ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes [EHPAD] ne sont pas pris en compte) ;
  - le forfait urgences en établissements hospitaliers dans les conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'applications. »,

et le texte suivant :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, les remboursements sont toujours complémentaires et versés dans la limite des sommes déclarées à la sécurité sociale. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait

lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence. »,

est remplacé par :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, lorsqu'ils sont complémentaires à la sécurité sociale, les remboursements sont toujours versés dans la limite des sommes déclarées à cette dernière. Dans le cas où le cumul des prestations à servir, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement sont réduites à due concurrence. »

**VI.** Le texte suivant du sous-article 12.2 « Dispositions spécifiques aux garanties optiques » :

« S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou en cas de renouvellement anticipé prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 (*JO* n° 0288 du 13 décembre 2018 texte n° 13). »,

est remplacé par :

« S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou dans les conditions définies par la réglementation, notamment en cas de renouvellement anticipé (tel que prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 – *JO* n° 0288 du 13 décembre 2018, texte n° 13 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**VII.** À la fin du sous-article 12.4 « Dispositions spécifiques aux garanties audioprothétiques », le texte suivant est ajouté :

« S'agissant des prothèses auditives, le forfait de remboursement est limité à un appareil par oreille, par période de quatre ans, dans les conditions définies par la réglementation (telles que définies par l'arrêté du 14 novembre 2018 – *JO* n° 0265 du 16 novembre 2018, texte n° 7 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**VIII.** Le texte du sous-article 12.6 « Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Pour les options ou modules qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, le niveau de prise en charge défini dans l'annexe des garanties est différencié selon que le médecin ait ou non adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM CO, ou dispositif équivalent) visé à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**IX.** 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 2024. 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 2025. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

**X.** Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'adhérent devra s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'adhérent devra s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

– soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre XX Règlement des « Frais médicaux individuels des retraités »**

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « Frais médicaux individuels des retraités » :

**I.** Le titre du sous-article 3.2 « Transfert du règlement des frais médicaux individuels actifs vers le règlement des frais médicaux individuels retraités » est remplacé par « 3.2. Transfert du règlement des frais médicaux individuels actifs vers le règlement des frais médicaux individuels des retraités ».

**II.** Le texte du sous-article 3.2 « Transfert du règlement des frais médicaux individuels actifs vers le règlement des frais médicaux individuels des retraités » est intégralement remplacé par :

« Sont transférés vers le présent règlement les adhérents qui relevaient précédemment du règlement des frais médicaux individuels des actifs, lorsqu'ils ont liquidé des droits à retraite complémentaire Agirc-Arrco (droits directs ou pension de réversion) et que BTP-Prévoyance en a été informée.

Pour ces adhérents :

– en cas de demande expresse de l'adhérent, l'adhésion est transférée au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de sa demande ;

– à défaut, l'adhésion est automatiquement transférée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Par ailleurs, un transfert vers le présent règlement intervient automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle où les adhérents au règlement des frais médi-

caux individuels des actifs ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale.

Chacun de ces transferts s'effectue en maintenant à l'identique le niveau des prestations servies, sans que le montant des cotisations ne puisse être supérieur à celui qui aurait résulté de l'application du règlement des frais médicaux individuels actifs. Lors du transfert, il n'est pas signé de nouveau bulletin d'adhésion ; aucun droit à renonciation (tel que défini à l'article 3.1) n'est ouvert suite à la mise en œuvre de ce transfert. »

**III. Le texte suivant du sous-article 4.2 « Notion d'enfant à charge » :**

« Sont également considérés à charge les enfants nés de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
  - apprentis ;
  - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'Espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d'Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :

- en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
- demandeurs d'emploi inscrits au pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ; »,

est remplacé par :

« Sont également considérés à charge les enfants nés de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
  - a) Apprentis ou en formation en alternance ;
  - b) Scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'Espace économique européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d'Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale ;
  - c) En contrat de professionnalisation ;
  - d) Demandeurs d'emploi inscrits auprès de France Travail et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée.

Pour les bénéficiaires visés au a et b, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de la période justifiée. »

**IV. Le texte du sous-article 5.2 « Date d'effet en cas de changement d'option » est intégralement remplacé comme suit :**

« Pour toute demande de l'adhérent reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement d'option intervient avec effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant.

Par exception :

- le changement d’option peut être pris en compte rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier, lorsque l’adhérent a formulé sa demande en janvier ou dans le délai de 60 jours suivant la date d’envoi de son avis d’échéance annuelle ;
- la date de changement d’option peut être fixée au premier jour du mois suivant réception de la demande (sans possibilité de rétroactivité), si les niveaux de couverture de départ et d’arrivée sont inférieurs ou égaux au niveau S3P3 et si le niveau de couverture de l’adhérent est resté inchangé pendant les 12 mois précédents ;
- dans chacun des cas énoncés ci-dessous, le changement d’option est accepté au premier jour suivant réception de la demande (sous réserve d’apporter les pièces justificatives correspondantes), avec possibilité de rétroactivité à la date du fait qui y donne droit lorsque la demande intervient dans les 3 mois qui s’ensuivent :
  - l’adhérent inscrit un nouveau bénéficiaire suite à mariage, conclusion d’un Pacs, naissance ou adoption ;
  - le périmètre des bénéficiaires couverts est modifié suite à divorce, rupture du Pacs de l’adhérent, séparation de corps ou suite au décès d’un ayant droit ;
  - le contrat de travail de l’adhérent ou de son conjoint est rompu en donnant droit à indemnisation par France Travail (dans ce cas, le changement d’option ne peut intervenir qu’à la baisse) ;
  - l’adhérent (ou son conjoint) liquide ses droits à retraite complémentaire Agirc-Arrco. »

**V. 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 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. »,

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 70 ans) ;
- de son lieu de résidence (apprécié au premier janvier de l'exercice).

Pour toute adhésion jusqu'à l'exercice où l'adhérent a atteint ses 70 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 s'élève à + 15 % pour les nouveaux adhérents qui ont atteint au moins l'âge de 71 ans au cours de l'année d'adhésion. »

**VI.** Le titre du sous-article 6.3 « Remises de cotisations à l'adhésion » est remplacé par « 6.3. Remises de cotisations pour les nouveaux bénéficiaires ».

**VII.** Le texte du sous-article 6.3 « Remises de cotisations pour les nouveaux bénéficiaires » est intégralement remplacé par :

**« 6.3.a. Remise générale pour tout nouveau bénéficiaire**

Pour tout nouveau bénéficiaire (qu'il s'agisse de l'adhérent ou de son conjoint), les deux premiers mois de couverture font l'objet d'une remise de cotisation 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 autre entité relevant du périmètre des comptes combinés de la SGAPS BTP ;
- gérée par l'institution ou par l'association de moyens PRO BTP.

Pour les conjoints, cette disposition s'applique y compris lorsque l'inscription auprès de BTP-Prévoyance est postérieure à celle de l'adhérent.

**6.3.b. Remise spécifique pour les adhérents précédemment couverts en frais médicaux collectifs**

En sus de la remise générale prévue à l'article 6.3.a, le nouvel adhérent et son conjoint (si ce dernier est également admis comme bénéficiaire du présent règlement) bénéficient d'une suspension de cotisations pendant les quatre mois qui suivent, lorsque l'adhésion remplit les conditions suivantes :

a) Le nouvel adhérent au règlement était précédemment couvert en frais médicaux collectifs par l'institution (ou par la Mutuelle Mieux-Être s'il relevait des secteurs du bâtiment et des travaux publics) :

- dans les 24 mois précédant la date d'effet de son adhésion au présent règlement ;
- au titre du "règlement des régimes de frais médicaux collectifs" ou d'une convention particulière conclue avec une entreprise adhérente ;

b) Quelles qu'aient été ses couvertures antérieures, à condition que sa dernière couverture en frais médicaux collectifs soit celle mise en œuvre par BTP-Prévoyance (ou par la Mutuelle Mieux-Être s'il relevait des secteurs du bâtiment et des travaux publics) ;

c) Le nouvel adhérent est bénéficiaire d'une pension de retraite servie par le régime complémentaire Agirc-Arrco à la date d'adhésion.

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

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de résiliation portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion ;



- et si les cotisations dues jusqu’au 12<sup>e</sup> mois suivant l’adhésion (hors période de suspension initiale) ont été régulièrement honorées, sans que l’institution ait eu à constater un retard de versement excédant 30 jours.

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

- à compter de la date où l’institution prend connaissance de la demande de résiliation ;
- ou à compter du 31<sup>e</sup> jour de retard de versement des cotisations.

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

Les adhérents :

- qui ont bénéficié d’une remise de cotisations durant leurs 6 premiers mois d’adhésion, dans les conditions prévues aux articles 6.3.a et 6.3.b ;

– et à jour de leurs cotisations,

bénéficient de remises complémentaires de cotisations :

- trois mois au cours de leur seconde année d’adhésion au présent règlement ;
- et trois mois au cours de leur troisième année d’adhésion au présent règlement. »

**VIII.** Le texte du sous-article 6.4 « Autres remises de cotisations » est intégralement remplacé par :

« Lorsqu’ils ont bénéficié d’une minoration de cotisation dans le cadre des dispositions de l’article 6.6.b du règlement des frais médicaux individuels des actifs, les anciens invalides bénéficient d’une remise de cotisation durant les deux premiers mois suivant la fin de leur droit à réduction sociale, s’ils poursuivent leur adhésion auprès de l’institution dans le cadre du présent règlement.

En complément, certains ensembles d’anciens salariés ou de groupes du BTP peuvent bénéficier de dispositifs spécifiques de réductions de cotisations, notamment lors de leur adhésion. Le cadre général dans lequel ces réductions de cotisations s’inscrivent est défini par le conseil d’administration. »

**IX.** Le texte du sous-article 6.5 « Gratuité temporaire à l’adhésion du conjoint, en cas de décès de l’ancien adhérent principal » est intégralement remplacé par :

« En cas de décès d’un ancien participant de l’institution, qui à la date du décès :

- était affilié au règlement du régime standard de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance ;
- ou était bénéficiaire en tant qu’invalidé de la réduction sociale définie au sous-article 6.6.b du règlement des frais médicaux individuels des actifs,

son conjoint bénéficie d’une gratuité de cotisation durant les six premiers mois de son adhésion au présent règlement, si la demande d’adhésion a été signifiée à l’institution dans les 6 mois suivant le décès. »

**X.** Au sous-article 6.6.b « Dispositions spécifiques à la “réduction dépendance” », le texte suivant :

« 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). »,

est remplacé par :

- « 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 2025 ;
  - à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, pour les personnes qui bénéficiaient déjà de l'APA au 31 décembre 2024 (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 2023 ou 2024). »,

et le paragraphe suivant :

« 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. »,

est remplacé par :

« Pour tout bénéficiaire de la "réduction dépendance", le droit à réduction est irrévocablement acquis jusqu'au 31 décembre 2025 ; par exception, le décès du bénéficiaire de l'APA interrompt automatiquement le droit à réduction. »,

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

- « 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). »,

est remplacé par :

- « En 2025, 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). »,

**XII.** Le texte suivant de l'article 8 « Terme de l'adhésion. Conséquences sur les prestations et cotisations en cours » :

- « Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :
- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
  - en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;
  - automatiquement : au jour du décès de l'adhérent, ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. »,

est remplacé par :

- « Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :
- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
  - en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;

- automatiquement :
  - au jour du décès de l’adhérent ;
  - ou à compter du jour où l’adhérent ne relève plus d’un régime obligatoire d’assurance maladie français ;
  - au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l’affiliation à une couverture collective obligatoire assurée par BTP-Prévoyance. »

**XIII.** Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :

- « Il est ainsi précisé :
- que les garanties prennent en charge :
  - le “ticket modérateur” : l’intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - les équipements dits “100 % santé” : équipements d’optique, aides et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies aux 3°, 4° et 5° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d’accueil spécialisées [MAS] ou les établissements d’hébergement pour personnes dépendantes [EHPAD] ne sont pas pris en compte) ;
  - le forfait urgences en établissements hospitaliers dans les conditions définies par l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d’applications. »,

est remplacé par :

- « Il est ainsi précisé :
- que les garanties prennent en charge :
  - le “ticket modérateur” : l’intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
  - les équipements dits “100 % santé” : notamment les équipements d’optique, aides et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies notamment aux 3°, 4° et 5° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale,
  - le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6° de l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d’accueil spécialisées [MAS] ou les établissements d’hébergement pour personnes dépendantes [EHPAD] ne sont pas pris en compte) ;
  - le forfait urgences en établissements hospitaliers dans les conditions définies par l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d’applications. »,

et le texte suivant :

« Sous réserve des dispositions de l’article 3.1, le cumul des remboursements effectués en faveur de l’adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, les remboursements sont toujours complémentaires et versés dans la limite des sommes déclarées à la sécurité sociale. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l’institution que par le régime de base d’assurance maladie ou par d’autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l’ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement seraient réduites à due concurrence. »,

est remplacé par :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, lorsqu'ils sont complémentaires à la sécurité sociale, les remboursements sont toujours versés dans la limite des sommes déclarées à cette dernière. Dans le cas où le cumul des prestations à servir, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement sont réduites à due concurrence. »

**XIV.** Le texte suivant du sous-article 12.2 « Dispositions spécifiques aux garanties optiques » :

« S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou en cas de renouvellement anticipé prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 (*JO* n° 0288 du 13 décembre 2018 texte n° 13). »,

est remplacé par :

« S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou dans les conditions définies par la réglementation, notamment en cas de renouvellement anticipé (tel que prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 – *JO* n° 0288 du 13 décembre 2018, texte n° 13 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**XV.** À la fin du sous-article 12.4 « Dispositions spécifiques aux garanties audioprothétiques », le texte suivant est ajouté :

« S'agissant des prothèses auditives, le forfait de remboursement est limité à un appareil par oreille, par période de quatre ans, dans les conditions définies par la réglementation (telles que définies par l'arrêté du 14 novembre 2018 – *JO* n° 0265 du 16 novembre 2018, texte n° 7 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**XVI.** Le texte du sous-article 12.6 « Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Pour les options ou modules qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, le niveau de prise en charge défini dans l'annexe des garanties est différencié selon que le médecin ait ou non adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM CO, ou dispositif équivalent) visé à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**XVII.** Le paragraphe suivant de l'article 14 « Plancher de versement de la prestation » :

« Toute somme due à un bénéficiaire au titre d'une prestation est provisionnée à son compte. Le versement effectif a lieu lorsque la somme due est égale ou supérieure à 2 €, valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2024. 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 2025. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

**XVIII.** Le texte suivant de l'article 16 « Délai de stage et de carence » :

« Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- matériel médical ;
- prothèses auditives ;
- appareillages orthopédiques et autres prothèses,

les remboursements des options de la gamme nationale sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. Ce plafonnement de remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par BTP-Prévoyance ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP. »,

est remplacé par :

« Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- matériel médical ;
- prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ;
- prothèses auditives,

les remboursements des options de la gamme nationale sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. Ce plafonnement de remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par BTP-Prévoyance ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP. »

**XIX.** Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'adhérent devra s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'adhérent devra s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre XXI 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. Au sous-article 5.1 « Date d'effet de l'adhésion initiale, le texte suivant :**

« Par exception :

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

est remplacé par :

« Par exception :

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

et le texte suivant :

« Toutefois, pour les adhérents apprentis bénéficiaires du dispositif prévu à l'article 6.6, le montant de la cotisation (nette de réduction sociale) reste garanti jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire durant laquelle l'adhésion a été réalisée ou renouvelée. »,

est remplacé par :

« Toutefois, pour les adhérents apprentis bénéficiaires du dispositif prévu à l'article 6.6.a, le montant de la cotisation (nette de réduction sociale) reste garanti jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire durant laquelle l'adhésion a été réalisée ou renouvelée. »

### **II. Le texte du sous-article 5.2 « Date d'effet en cas de changement d'option » est intégralement remplacé comme suit :**

« Pour toute demande de l'adhérent reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement d'option intervient avec effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant (ou au 1<sup>er</sup> septembre suivant, pour les adhérents apprentis bénéficiaires du dispositif prévu à l'article 6.6.a qui le souhaitent).

Par exception :

- le changement d’option peut être pris en compte rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier, lorsque l’adhérent a formulé sa demande en janvier ou dans le délai de 60 jours suivant la date d’envoi de son avis d’échéance annuelle ;
- la date de changement d’option peut être fixée au premier jour du mois suivant réception de la demande (sans possibilité de rétroactivité), si les niveaux de couverture de départ et d’arrivée sont inférieurs ou égaux au niveau S3P3 et si le niveau de couverture de l’adhérent est resté inchangé pendant les 12 mois précédents ;
- dans chacun des cas énoncés ci-dessous, le changement d’option est accepté au premier jour suivant réception de la demande (sous réserve d’apporter les pièces justificatives correspondantes), avec possibilité de rétroactivité à la date du fait qui y donne droit lorsque la demande intervient dans les 3 mois qui s’ensuivent :
  - l’adhérent inscrit un nouveau bénéficiaire suite à mariage, conclusion d’un Pacs, naissance ou adoption ;
  - le périmètre des bénéficiaires couverts est modifié suite à divorce, rupture du Pacs de l’adhérent, séparation de corps ou suite au décès d’un ayant droit ;
  - le contrat de travail de l’adhérent ou de son conjoint est rompu en donnant droit à indemnisation par France Travail (dans ce cas, le changement d’option ne peut intervenir qu’à la baisse) ;
  - l’adhérent (ou son conjoint) liquide ses droits à retraite complémentaire Agirc-Arrco. »

**III.** Le titre du sous-article 6.3 « Remises de cotisations à l’adhésion » est remplacé par 6.3 « Remises de cotisations pour les nouveaux bénéficiaires ».

**IV.** Le texte du sous-article 6.3 « Remises de cotisations pour les nouveaux bénéficiaires » est intégralement remplacé par :

« Pour tout nouveau bénéficiaire (qu’il s’agisse de l’adhérent ou de tout ayant droit), les deux premiers mois de couverture font l’objet d’une remise de cotisation 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 autre entité relevant du périmètre des comptes combinés de la SGAPS BTP ;
- gérée par l’institution ou par l’association de moyens PRO BTP.

Pour les ayants droit, cette disposition s’applique y compris lorsque l’inscription auprès de BTP-Prévoyance est postérieure à celle de l’adhérent.

Lorsqu’ils ont bénéficié d’une minoration de cotisation dans le cadre des dispositions de l’article 6.6.a, les anciens apprentis bénéficient d’une remise de cotisation durant les deux premiers mois suivant la fin de leur droit à réduction sociale, s’ils poursuivent leur adhésion auprès de l’institution dans le cadre du présent règlement. »

**V.** Le texte du sous-article 6.5 « Gratuité temporaire à l’adhésion d’un ayant droit, en cas de décès de l’ancien adhérent principal » est intégralement remplacé par :

- « En cas de décès d’un ancien participant de l’institution qui, à la date du décès :
- était affilié au règlement du régime Standard de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance ;
  - ou bénéficiait des réductions sociales définies au sous-article 6.6.b du présent règlement ;



ses anciens ayants droit bénéficient d'une gratuité de cotisation durant les six premiers mois de leur adhésion au présent règlement, si leur demande d'adhésion a été signifiée à l'institution dans les 6 mois suivant le décès. »

**VI.** Le texte du sous-article 6.6 « Réductions sociales » est intégralement remplacé par :

« Dans le cadre de la politique d'action sociale santé mise en œuvre par BTP-Prévoyance, certains adhérents au présent règlement peuvent bénéficier d'une minoration de cotisation.

Le barème de réductions sociales applicable est détaillé dans l'annexe sociale jointe au présent règlement.

**6.6.a.** Réduction sociale en faveur des apprentis :

Cette réduction de cotisation bénéficie à tout adhérent sous contrat d'apprentissage dans le bâtiment ou les travaux publics, à la condition que son contrat d'apprentissage ait pris effet avant le 31 décembre de l'année de ses 25 ans. La réduction est consentie jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit la fin de l'apprentissage.

**6.6.b.** Réduction sociale en faveur d'anciens salariés précédemment couverts en frais médicaux collectifs et devenus invalides :

Cette réduction de cotisation bénéficie à tout adhérent au présent règlement qui remplit les conditions suivantes :

- l'adhérent perçoit une rente d'invalidité servie par BTP-Prévoyance ;
- la rente de BTP-Prévoyance complète une rente versée par la sécurité sociale au titre :
  - d'un classement en invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie (au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale) ;
  - ou d'une incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- à la date de prise d'effet de la rente d'invalidité servie par BTP-Prévoyance, l'adhérent était affilié en frais médicaux collectifs à l'institution, soit en qualité de salarié soit en tant qu'ancien salarié bénéficiaire d'un dispositif de maintien de garanties sans contrepartie de cotisation. Cette couverture de frais médicaux relevait :
  - du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs ;
  - ou d'un contrat collectif sur mesure ;
- la date de départ de la rente servie par BTP-Prévoyance est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2020 ;
- l'adhérent n'exerce plus aucune activité rémunérée.

La réduction de cotisation bénéficie alors à l'adhérent (et à ses ayants droit) :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de fin de la rente d'invalidité de l'adhérent servie par BTP-Prévoyance ;
- sans que cette date ne puisse excéder le 31 décembre de l'année des 62 ans de l'adhérent.

Les réductions sociales sont décidées annuellement par la commission paritaire de BTP-Prévoyance. En conséquence, les droits en faveur des invalides résultant du présent article 6.6.b ne courent que jusqu'au 31 décembre 2025. »

**VII.** Le texte suivant de l'article 8 « Terme de l'adhésion. Conséquences sur les prestations et cotisations en cours » :

- « Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :
- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
  - en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;

- automatiquement : au jour du décès de l'adhérent, ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, ou au jour de transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités. »,

est remplacé par :

- « Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :
  - en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
  - en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;
  - automatiquement :
    - au jour du décès de l'adhérent ;
    - ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
    - ou au jour de transfert vers le régime de frais médicaux individuels des retraités ;
    - ou au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice suivant l'atteinte de ses 62 ans, pour tout adhérent bénéficiaire de la réduction sociale définie à l'article 6.6.b (par référence à l'âge d'ouverture de son droit à retraite conformément à l'article D. 351-1-14 du code de la sécurité sociale) ;
    - au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l'affiliation au titre d'une couverture collective obligatoire assurée par BTP-Prévoyance. »

**VIII.** Le titre du sous-article 8.1.c « Transfert vers le règlement des frais médicaux individuels retraités » est remplacé par « Transfert vers le règlement des frais médicaux individuels des retraités ».

**IX.** Le texte du sous-article 8.1.c « Transfert vers le règlement des frais médicaux individuels des retraités » est intégralement remplacé par :

« Peuvent être transférés vers le règlement des frais médicaux individuels des retraités les adhérents au présent règlement qui ont liquidé des droits à retraite complémentaire Agirc-Arrco (droits directs ou pension de réversion), lorsque BTP-Prévoyance en a été informée.

Pour ces adhérents :

- en cas de demande expresse de l'adhérent, l'adhésion est transférée au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de sa demande ;
- à défaut, l'adhésion est automatiquement transférée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Par ailleurs, un transfert vers le règlement des frais médicaux individuels des retraités intervient automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice suivant celui au cours duquel l'adhérent a atteint l'âge défini au 1<sup>o</sup> de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale.

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

**X.** Le titre de l'article 11 « Réserve est remplacé » par article 11 « Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès de l'adhérent invalide ».

**XI.** Le texte de l'article 11 « Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès de l'adhérent invalide » est rédigé comme suit :

« En cas de décès d'un adhérent invalide qui bénéficiait de la réduction sociale définie à l'article 6.6.b du présent règlement, le maintien des garanties est accordé pour une

durée de six mois, sans contrepartie de cotisation, à ses ayants droit (tels que définis à l'article 4). »

**XII.** Au sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations », le texte suivant :

« Il est ainsi précisé :

– que les garanties prennent en charge :

- le “ticket modérateur” : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
- les équipements dits “100 % santé” : équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies aux 3°, 4° et 5° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ; »,

est remplacé par :

« Il est ainsi précisé :

– que les garanties prennent en charge :

- le “ticket modérateur” : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
- les équipements dits “100 % santé” : notamment les équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies notamment aux 3°, 4° et 5° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ; »,

et le texte suivant :

« Sous réserve des dispositions de l'article 3.1, le cumul des remboursements effectués en faveur de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, les remboursements sont toujours complémentaires et versés dans la limite des sommes déclarées à la sécurité sociale. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement seraient réduites à due concurrence. »,

est remplacé par :

« Le cumul des remboursements effectués en faveur de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, lorsqu'ils sont complémentaires à la sécurité sociale, les remboursements sont toujours versés dans la limite des sommes déclarées à cette dernière. Dans le cas où le cumul des prestations à servir, tant par l'institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement sont réduites à due concurrence. »

**XIII.** Le texte suivant du sous-article 12.2 « Dispositions spécifiques aux garanties optiques » :

« S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou en cas de renouvellement anticipé prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n° 0288 du 13 décembre 2018 texte n° 13). »,

est remplacé par :

« S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou dans les conditions définies par la réglementation, notamment en cas de renouvellement anticipé (tel que prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 – JO n° 0288 du 13 décembre 2018, texte n° 13 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**XIV.** À la fin du sous-article 12.4 « Dispositions spécifiques aux garanties audioprothétiques », le texte suivant est ajouté :

« S'agissant des prothèses auditives, le forfait de remboursement est limité à un appareil par oreille, par période de quatre ans, dans les conditions définies par la réglementation (telles que définies par l'arrêté du 14 novembre 2018 – JO n° 0265 du 16 novembre 2018, texte n° 7 – ou par toute actualisation ultérieure). »

**XV.** Le texte du sous-article 12.6 « Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires » est intégralement remplacé par le texte suivant :

« Pour les options ou modules qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, le niveau de prise en charge défini dans l'annexe des garanties est différencié selon que le médecin ait ou non adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM CO, ou dispositif équivalent) visé à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**XVI.** 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 2024. 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 2025. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

**XVII.** Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'adhérent devra s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à prendre en compte celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »,

est remplacé par :

« Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'adhérent devra s'adresser à BTP-Prévoyance qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

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

- soit par le biais de son espace client ([www.probtp.com](http://www.probtp.com)).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci sous dix jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de deux mois. »

## **Titre XXII Couvertures gérées en groupes fermés en 2024 : fermeture au 31 décembre 2024, transformations au 1<sup>er</sup> janvier 2025**

Au 31 décembre 2024, l'option 1 de l'ancienne gamme de frais médicaux collectifs « ante 1994 », avec formulation tarifaire « Famille » et à destination des ETAM relevant du régime Général, est fermée.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, les garanties et cotisations de certaines options de la gamme régionale collective « PCE » sont alignées sur les garanties et cotisations de configurations modulaires SxPy de la gamme nationale collective (et ces options sont renommées en conséquence), selon le détail suivant :

Formulation tarifaire	Option de la gamme régionale concernée	Configuration d'alignement dans la gamme nationale
Adulte-enfant en % S	PCE1, cadres	S4P3+, tous collèges, régime général
Adulte-enfant en % S	PCE1, non cadres	S4P3+, tous collèges, régime général
Isolé en % S	PCE1, non cadres	S4P3+, tous collèges, régime général
Isolé en % S	PCE1, cadres	S4P3+, tous collèges, régime général
Isolé en €	PCE1, non cadres	S3+ P3+, tous collèges, régime général
Adulte-enfant en €	PCE2, non cadres	S4P4, tous collèges, régime général
Isolé en €	PCE2, cadres	S4P4, cadres majorés, régime général

## **Titre XXIII**

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 XXIV Prise d’effet des modifications relatives au salaire de référence du RNPO**

Prennent effet rétroactivement au 1<sup>er</sup> juillet 2024 les modifications apportées aux dispositions du règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO, telles que figurant au point V du titre I<sup>er</sup> du présent avenant.



## **Titre XXV** Prise en compte d'éventuelles modifications dans les taux de prise en charge par la sécurité sociale des honoraires médicaux et des médicaments

La commission paritaire extraordinaire donne mandat aux dirigeants effectifs de BTP-Prévoyance pour actualiser la colonne « Part sécurité sociale, régime général » dans les tableaux des annexes de garanties des régimes de frais médicaux. Ce mandat pourra être exercé, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2025, dans les situations et aux conditions suivantes :

- en cas d'évolution des tickets modérateurs applicables pour les honoraires médicaux et/ou les médicaments, afin d'assurer une correcte information des adhérents sur les prises en charge de la sécurité sociale ;
- ou, le cas échéant, afin de permettre le maintien du respect des obligations résultant de la réglementation sur les contrats responsables pour ces postes de prestations (conformément aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale) ;
- avec rendu compte au plus prochain conseil d'administration suivant cette actualisation.

## **Titre XXVI** Prise d'effet

À l'exception des spécifications expresses figurant aux titres XXIV et XXV, les dispositions du présent avenant prendront effet le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

## **Titre XXVII** 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 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 ».

Par ailleurs, les membres de la commission paritaire extraordinaire acceptent que le présent avenant soit signé électroniquement conformément aux articles 1366 et 1367 du code civil.

Les membres de la commission paritaire extraordinaire conviennent, en outre, que : (i) le lieu de signature de chacune des parties correspond à son siège social, (ii) la date de signature de l’avenant correspond à la date à laquelle la dernière personne devant apposer sa signature a procédé à la signature électronique de l’avenant et (iii) l’exigence de pluralité d’originaux est réputée satisfaite dans le cadre de l’usage d’une plateforme de signature électronique dans la mesure où chaque membre de la commission paritaire extraordinaire peut disposer d’un exemplaire du document ainsi signé électroniquement.

*Fait à Paris, le 17 décembre 2024.*

(Suivent les signatures.)

**Annexe N°1**

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

<p align="center"><b>Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO</b> <i>Annexe Tarifaire en vigueur au 1er Janvier 2025</i></p>
--

<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 2025
---

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
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (2)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 1 ou 2 enfant(s) à charge	+ 1000 SR
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 3 enfants à charge et plus	+ 2000 SR
<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
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (2)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 1 ou 2 enfant(s) à charge	+ 1000 SR
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 3 enfants à charge et plus	+ 2000 SR
<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 (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 (6,56 € au 1er juillet 2024)

<b>Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO</b> <b>Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025</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%	$[(1,9 \times T) - 35\%] \times \text{SB} - \text{rente SS}$
T > 50%	$[(0,7 \times T) + 30\%] \times \text{SB} - \text{rente SS}$

<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 (6,56 € au 1er juillet 2024)  
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 2025**

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 <sub>ouv</sub> )* par Ouvrier
1 an	36 €
2 ans	72 €
3 ans	108 €
4 ans	144 €
5 ans	180 €
6 ans	216 €
7 ans	252 €
8 ans	288 €
9 ans	324 €
10 ans	360 €
11 ans	499 €
12 ans	637 €
13 ans	775 €
14 ans	913 €
15 ans	1 051 €
16 ans	1 189 €
17 ans	1 327 €
18 ans	1 465 €
19 ans	1 604 €
20 ans	1 742 €
21 ans	1 981 €
22 ans	2 221 €
23 ans	2 461 €
24 ans	2 700 €
25 ans	2 940 €
26 ans	3 205 €
27 ans	3 471 €
28 ans	3 737 €
29 ans	4 002 €
30 ans	4 268 €
31 ans	4 573 €
32 ans	4 879 €
33 ans	5 184 €
34 ans	5 489 €
35 ans	5 795 €
36 ans	6 100 €
37 ans	6 405 €
38 ans	6 711 €
39 ans	7 016 €
40 ans	7 322 €
41 ans	7 627 €
42 ans	7 932 €
43 ans et plus	8 385 €

\* S<sub>Vouv</sub> = V<sub>ENT</sub>

## 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 2025**

<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 »

<p align="center"><b>Régime National de Prévoyance des ETAM</b> <i>Annexe des garanties en vigueur au 1er janvier 2025</i></p>
--

<b>RNPE</b>	<b>Prestations Conventionnelles</b>
-------------	---

<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



<b>Régime National de Prévoyance des ETAM</b> <i>Annexe des garanties en vigueur au 1er janvier 2025</i>
---

<b>RNPE</b>	<b>Prestations Conventionnelles</b>
-------------	---

<b>&gt; Indemnités Journalières</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> Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	40 % SB +5% SB
<b>Invalidité de 2ème catégorie</b> Majoration par enfant à charge	75% SB +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>	
---	--

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

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

Frais de chambre particulière pour le participant	Oui (2)
---	---------

(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale (indemnités journalières, rentes d'invalidité/incapacité) .

(2) Dans les limites définies à l'article 23.2 du règlement d'adhésion au titre du RNPE

SB : Salaire de base

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

T : Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité Sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

SS : Sécurité Sociale

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

## Annexe N°6

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

<b>Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics</b> <b>Annexe Tarifaire en vigueur au 1er Janvier 2025</b>
--

#### 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 »

<p align="center"><b>Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics</b></p> <p align="center"><i>Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025</i></p>
---

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

<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>-&gt; 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>-&gt; 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 2025</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%	$[(1,9 \times T) - 35\%] \times SB - \text{rente SS}$
T > 50%	$[(0,7 \times T) + 30\%] \times SB - \text{rente SS}$

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

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

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

Frais de chirurgie	Oui (2)
--------------------	---------

(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale (indemnités journalières, rentes d'invalidité / incapacité).

(2) Frais de Chirurgie - Prise en charge des honoraires en cas d'hospitalisation chirurgicale dans les conditions et limites définies au titre du règlement du Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux Publics.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

SB : Salaire de Base jusqu' à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale

SS : Sécurité Sociale

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

T : Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité Sociale

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

203

- (1) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".

(2) Complément de capital décès suite à ATMP versé lorsque le participant n'a pas d'enfant à charge.

(3) Accident quelle qu'en soit la cause ou maladie professionnelle, sauf exclusion réglementaire.

(4) Accident quelle qu'en soit la cause, sauf exclusion réglementaire.

(5) Enfant à charge à la date du décès du salarié.

(6) Lorsque la famille est composée de plus de 4 enfants à charge, la majoration du capital décès est portée à +60%SB par enfant à charge à compter du 5e enfant.

(7) En cas de décès accidentel, c'est le complément le plus favorable qui est versé

(8) SB ne peut être inférieur à 4 000 SR

(9) Le montant de la rente comprend le montant des pensions de reversions des régimes de retraite complémentaire.

(10) Ce module peut être souscrit en complément des autres garanties. Il prévoit le versement de forfaits au participant, en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans, tels que définis à l'article 10 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO

SB : Salaire de base

RA : Rémunération annuelle brute perçue au cours des 12 derniers mois

ATMP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

SS : Sécurité Sociale

PASS : Pilefond Annuel de la Sécurité Sociale

SR : Salaire de référence (6,56 € au 1er juillet 2024)

entf : Enfant

Mini : Minimum

Equivalent aux prestations du RNPE

Equivalent aux prestations du RNPC

Régime de Prévoyance supplémentaire des Ouvriers		Options supplémentaires des Ouvriers				
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025		Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des Ouvriers				
RNPO		Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)				
> Indemnités Journalières						
Arrêt suite à maladie ou accident de droit commun (hors accident du travail et maladie professionnelle)		75% SB (1)(2)(3)				
Arrêt suite à AT/MP		SB / 4000 par jour (4)				
> Rente d'Invalidité						
Rente d'invalidité de droit commun						
Invalidité de 1ère catégorie		-				
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge		-				
Invalidité de 2ème catégorie		10% SB (5)				
Majoration par enfant à charge		+5% SB (6)				
Invalidité de 3ème catégorie		10% SB (5)				
Majoration par enfant à charge		+5% SB (6)				
Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)						
26% ≤ T ≤ 50%		[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS				
T > 50%		[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS				
> Forfait Naissance						
Forfait parentalité		8% du PMSS				
Forfait accouchement		2,6% du PASS				
Forfait Naissance (7)		-				
> Remboursement en cas d'hospitalisation Chirurgicale						
Frais de chambre particulière		47 €/jour (8)(9)				
Frais de lit accompagnant enfant		29 € / jour (8)				
Autres garanties du module chirurgie		-				
> Remboursement en cas d'hospitalisation Chirurgicale						
Frais Réels (10)						
Frais Réels (10)						
OUI (10)(11)						

(1) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".

(2) Le montant de l'indemnité journalière ne peut être inférieur à S2000 ou à SR.

(3) Y compris les indemnités journalières ou rentes d'invalidité / incapacité versées par la Sécurité Sociale.

(4) Le montant de l'indemnité journalière est égal à SB/4000 en cas de maladie ou accident couvert par la législation des ATMP sans que le ratio puisse être inférieur à SR.

(5) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 400 SR (régime de base compris).

(6) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 200 SR (régime de base compris).

(7) Ces garanties s'entendent y compris les forfaits parentalité et accouchement prévus à l'article 22 du règlement d'adhésion à à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO

(8) Dans les limites définies à l'article 23.2 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO

(9) Prise en charge des frais des bénéficiaires tels que définis à l'article 23.1 du règlement d'adhésion à à BTP-PRÉVOYANCE

(10) 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 ouvriers de BTP-PRÉVOYANCE.

(11) Frais de Chirurgie - Prise en charge des honoraires en cas d'hospitalisation chirurgicale dans les conditions et limites définies au titre du règlement du Régime de prévoyance supplémentaire des Ouvriers de BTP-PRÉVOYANCE).

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

SB : Salaire de base

SS : Sécurité Sociale

ATMP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

T : Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité Sociale



Options supplémentaires des Ouvriers  
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025

> 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 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 2025									
		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	250% SB	250% SB	350% SB	450% SB		
Complément du capital en cas décès accidentel		-	+300% RA	+300% RA	+250% RA	+200% RA			
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (1)			+100% SB	+200% SB	+200% SB	+200% SB			
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	oui	oui	oui	oui			
Versement anticipé du capital-décès		oui	oui	oui	oui	oui			
Si invalidité totale et permanente		oui	oui	oui	oui	oui			
Conversion du capital en rente	oui	oui	oui	oui	oui				
> Rente d'Education									
Rente d'éducation (par enfant à charge)	En cas de décès non consécutif à AT/MP		N 4						
							Orphelin du parent participant	15% SB Mini. 12% PASS	15% SB Mini. 15% PASS
							Orphelin de ses deux parents	30% SB Mini. 25% PASS	Doublement de la rente
							En cas de décès consécutif à AT/MP		
	Orphelin du parent participant	5% SB	15% SB Mini. 15% PASS				Doublement de la rente		
	Orphelin de ses deux parents	35% SB (6) Mini. 30% PASS							
	> 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			Equivalent aux prestations du RNPC						
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale									
SB : Salaire de Base									
Mini : Minimum									
RA : Rémunération annuelle brute perçue au cours des douze derniers mois									

Régime de Prévoyance supplémentaire des ETAM Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025		
	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

> Indemnités Journalières		
Maladie ou accident de droit commun (1) Prestation de base	84% SB	
AT/MP (1) Montant de la prestation	85% SB	

Rente d'invalidité				
		N 4	N 5	
Rente d'invalidité de droit commun (1)				
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  
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

Equivalent aux prestations du RNPC

Options supplémentaires des ETAM Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025					
---	--	--	--	--	--

> 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)	T = 100 %	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)	15% < T ≤ 100 %	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)	66% < T	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
	15% < T ≤ 66 %	100% SB x T / 66 %	200% SB x T / 66 %	300% SB x T / 66 %	400% SB x T / 66 %	500% SB x T / 66 %

- (1) Décès accidentel (toutes causes) ou décès pour maladie professionnelle  
(2) Invalidité accidentelle (toutes causes) ou invalidité pour maladie professionnelle  
SB : Salaire de base  
T : Taux d'incapacité défini selon le barème d'incapacité de la Garantie Décès Invalidité Accidentel

## **Annexe N°11**

**Annexe « des Tarifs en vigueur »  
du « Régime de Prévoyance supplémentaire des ETAM »**

**Annexe occultée.**

## Annexe N°12

### Annexe « des Garanties en vigueur » du « Règlement des Compléments Individuels de prévoyance des ETAM »

<b>Règlement des Compléments Individuels de Prévoyance des ETAM</b> <i>Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025</i>
---

> 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
> Indemnités Journalières		
<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 N°14

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

Régime de Prévoyance supplémentaire des Cadres						
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025						
		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			
> Capital-Décès (1)			N 5	N 6	N 7	Option Tranche C
<b>Participant Célibataire, veuf ou divorcé:</b>						
Capital de base : décès toutes causes		200% SB	200% SB	200% SB	200% SB	200% TC
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (2)		+100% SB	+100% SB	+100% SB	+100% SB	+100% TC
Capital supplémentaire en cas de décès suite AT/MP		+300% RA	+300% RA	+300% RA	+300% RA	+300 % TC
> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (3)						
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s)		+40% SB	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+40% TC
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e		+60% SB				+60% TC
Majoration complémentaire de capital décès par enfant du participant célibataire, veuf ou divorcé		-	+50% SB	+50% SB	+50% SB	-
Complément de capital par enfant en cas de décès accidentel du participant (4)		-	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	-
Complément de capital suite décès suite AT/MP		-	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	-
<b>Participant avec conjoint</b>						
Capital de base décès toutes causes		250% SB	250% SB	350% SB	450% SB	250% TC
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (2)		+100% SB	+ 200% SB	+ 200% SB	+ 200% SB	+100% TC
Complément de capital suite décès suite AT/MP		+300% RA	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	+300 % TC
> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (3)						
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s)		+40% SB	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+40% TC
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e		+60% SB				+60% TC
Complément de capital par enfant en cas de décès accidentel du participant (4)		-	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	-
<b>Capital complémentaire : "Capital Orphelin" (3)</b>						
Capital décès complémentaire orphelin de père et de mère, à chaque enfant à charge		+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% TC
<b>Versement anticipé du capital-décès</b>						
Si invalidité totale et permanente		oui	oui	oui	oui	oui
<b>Conversion du capital en rente</b>		oui	oui	oui	oui	oui
> Rente d'Education			N 2	N 3	N 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		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	
<b>En cas de décès consécutif à AT/MP</b>						
Orphelin du parent participant		-	-	5% SB par enfnt	15% SB Mini : 15% PASS	
Orphelin de ses deux parents		-	-	35% SB (6) Mini : 30% PASS	Doublement de la rente	
> Allocation décès famille						
<b>Allocation versée au décès du conjoint ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans (7)</b>			12.5% du PASS			

(1) Pour chaque option, le montant global du capital décès (capital de base + majorations applicables) ne peut jamais être inférieur au montant du capital décès qui résulterait de l'application des garanties du régime de base.

(2) Accident quelle qu'en soit la cause ou maladie professionnelle, sauf exclusion réglementaire.

(3) Enfant à charge à la date du décès du salarié.

(4) Accident quelle qu'en soit la cause, sauf exclusion réglementaire.

(5) Lorsque la famille est composée de plus de 4 enfants à charge, la majoration du capital décès est portée à +60%SB par enfant à charge à compter du 5e enfant.

(6) Par enfant à charge, y compris la rente versée par la Sécurité sociale.

(7) Ce module peut être souscrit en complément des autres garanties. Il prévoit le versement de forfaits au participant, en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans, tels que définis à l'article 10 du Règlement du Régime National de prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics.

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

SB : Salaire de Base jusqu'à 4PSS (Plafond de la Sécurité sociale)

RA : Rémunération annuelle brute (jusqu'à 4PSS) perçue au cours des douze derniers mois

TC : Salaire de base en tranche C (de 4 PSS à 8 PSS)

Equivalent aux prestations du RNPE

Régime de Prévoyance supplémentaire des Cadres									
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025									
		Options supplémentaires des Cadres							
		Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des Cadres							
		Option Tranche C							

Options supplémentaires des Cadres Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2025						
> 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	200% SB	300% SB	400% SB	500% SB
		100% SB x T / 66 %	200% SB x T / 66 %	300% SB x T / 66 %	400% SB x T / 66 %	500% SB x T / 66 %

(1) Décès accidentel (toutes causes) ou décès pour maladie professionnelle  
(2) Invalidité accidentelle (toutes causes) ou invalidité pour maladie professionnelle

SB : Salaire de base  
T : Taux d'incapacité défini selon le barème d'incapacité de la Garantie Décès Invalidité Accidentels

## **Annexe N°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 2025*

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"

*Annexes des tarifs au 1er janvier 2025*

**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 2025									
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									
Ouvrier Régime local d'Alsace-Moselle									
ETAM Cadre									
MALADIE	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 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 45 <sup>e</sup> jour d'arrêt) 75% SB (du 46 <sup>e</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	0 jour
	100 % Conventionnel (du 16 <sup>e</sup> jour au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100 % SB (jusqu'au 48 <sup>e</sup> jour d'arrêt) (2) 75% SB (du 49 <sup>e</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100 % SB (jusqu'au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt) (2)						
ACCIDENT DU TRAVAIL ou MALADIE PROFESSIONNELLE	15 jours	0 jour	3 jours (ETAM / Cadre) 0 jour (Ouv. Bât. et TP)	0 jour	0 jour	Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1 <sup>er</sup> au 15 <sup>e</sup> jour d'arrêt) 100% SB (du 16 <sup>e</sup> au 30 <sup>e</sup> jour d'arrêt) Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1 <sup>er</sup> au 15 <sup>e</sup> jour d'arrêt) 100% SB (du 16 <sup>e</sup> au 30 <sup>e</sup> jour d'arrêt) Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	0 jour
	100 % Conventionnel (du 16 <sup>e</sup> jour au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)		100 % SB (jusqu'au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt) (2)						
ACCIDENT DE TRAJET	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)	0 jour	0 jour	100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	0 jour
	100 % SB (du 16 <sup>e</sup> jour au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt) (2)	Arrêt > 30 jours : 0 jour (jusqu'au 90 <sup>e</sup> jour d'arrêt) (2)						
MATERNITE	15 jours	0 jour	3 jours (ETAM / Cadre) 0 jour (Ouv. Bât. et TP)	0 jour	0 jour	100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 112 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 112 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 112 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	0 jour
	100 % SB (du 16 <sup>e</sup> au 112 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 112 <sup>e</sup> jour d'arrêt)	100 % SB (jusqu'au 112 <sup>e</sup> jour d'arrêt) (2)						

(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.

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  
Gamme des Cadres et Non-Cadres, Options Régionales

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 standard de frais médicaux collectifs  
Génération d'adhésion 2025

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

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

Annexe 20.9 - 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 2025**  
*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	S1 <sup>A</sup>	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux	70%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)				(160% si OPTAM)	(200% si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux								
	Radiologie	60% à 70%							
	Soins externes								
	Honoraires paramédicaux								
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%				160%	200%	200%	
	Transport	55%	100%	100%	100%				
	Séances d'accompagnement psychologique	60%				100%	100%	100%	
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(1)</sup>	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 80 €	Tous vaccins 60 €	
	Contraception 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%	
	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	
Optique	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	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	Equipement optique 100% Santé <sup>(6)(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 des verres	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix des 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 Séviane Dans les autres cas	60% <sup>(4)</sup>	100 € (50 € si < 16 ans)	175 € 125 €	200 € 150 €	300 € 200 €	350 € 250 €	400 € 300 €	420 € 350 €
	Equipement à verres progressifs <sup>(9)</sup>								
Dentaire	Si partenaire Opticien Séviane Dans les autres cas		200 €	250 € 200 €	300 € 250 €	400 € 300 €	500 € 400 €	600 € <sup>(10)</sup> 500 €	700 € <sup>(10)</sup> 600 €
	Supplément forte correction <sup>(11)</sup>		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans <sup>(d)</sup>	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(d)</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
	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								
	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>		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Aides auditives	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 Implantologie Séviane Dans les autres cas	-	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €	1 200 € 600 €
Prestations complémentaires	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 Séviane Dans les autres cas	60%	400 €	1 000 € 950 €	1 100 € 950 €	1 200 € 950 €	1 350 € 1 100 €	1 500 € 1 100 €	1 700 € 1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines douces agréées <sup>(20)(21)</sup> : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, 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

# Régime de frais médicaux collectifs Non-Cadres et Cadres

## ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2025

### 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					
Options réservées aux entreprises des départements 01, 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43, 63, 69, 73, 74, 21, 58, 71, 89 selon les modalités de l'article 2 de l'annexe 1 - Dispositions spécifiques aux options régionales PCE1, PCE2 et PCE3					
Bloc S		Part S.S. RG <sup>a</sup>	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%			160%
	Transport	55%			
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%	100%	100%	100%
	<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 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)(4)</sup> et <b>Forfait urgences</b> <sup>(3)(4bis)</sup> en établissements hospitaliers <sup>(30)</sup>	-	oui	oui	oui
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisé > 15 jours	-	-	-	8 € / jour <sup>(32)</sup>
Bloc P		Part S.S. RG <sup>a</sup>	PCE 1	PCE 2	PCE 3
Optique	<b>Equipelement optique 100% Santé</b> <sup>(5)(6)</sup>	60% <sup>(a)</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 €	
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>				
Aides auditives	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)	100%	275%	425%	500%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	-	300 €	600 €
	Implants <sup>(12)</sup>	-	300 €	400 €	600 €
Prestations complémentaires	<b>Equipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(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	60%	950 €	1 100 €	1 200 €
	- Pour les bénéficiaires de moins 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €
Module additionnel facultatif	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%	100%
	<b>Médecines Douces agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, 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 thermales <sup>(22)</sup>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €	100% + 350 €
	Sevrage 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 2025

#### 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 au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "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 douces 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 ;
  - 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 20.7 - Régime des frais médicaux collectifs des Non-Cadres (groupe fermé)**

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.2 - Régime standard de frais médicaux collectifs -Gamme Cadres et Non-Cadres, Options Régionales**

**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 2025 sont

**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 2025 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 2025 sont les suivantes :

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.6 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2025**

Pour les entreprises qui ont adhéré au règlement du régime standard des frais médicaux collectifs (gamme Tous Collèges) entre le 11 juin 2024 et le 31 octobre 2024 inclus avec prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier 2025, les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2025 sont les suivantes :

**Annexe occultée.**

**Annexe occultée.**

**Annexe occultée.**

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

**Annexe occultée.**

**Annexe 20.9 - Régime des frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé)**

**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 2025

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 2025  
Régime Général et Alsace-Moselle

**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 2025**  
**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 publique.

Options de la gamme nationale								
Bloc S		Part S.S. RG <sup>a</sup>	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	<b>Honoraires médicaux</b>							
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	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%						
	<b>Honoraires paramédicaux</b>							
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%			160%	200%	200%	
	Transport	55%	100%	100%				
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%			100%	100%	100%	
	<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	60%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	<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	Tous vaccins	
	Contraception prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup>							
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	250%	350%	500%	550%	650%	
	<b>Honoraires</b>							
	Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup>	80%	100%	100%	160%	200%	200%	
Optique	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 €	100% - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	
	<b>Forfait journalier</b> <sup>(3)(4)</sup> et <b>Forfait urgences</b> <sup>(3)(4bis)</sup> en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	
	<b>Bloc P</b>	Part S.S. RG <sup>a</sup>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P3+</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>
	Equipement optique 100% Santé <sup>(5)(6)</sup>	60% <sup>(a)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Dentaire	Autre équipement optique (verres et monture)							
	- 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>							
	<u>Equipement à verres unifocaux</u>							
	Si partenaire Opticien Sévane		175 €	200 €	300 €	350 €	400 €	420 €
	Dans les autres cas		125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
	<u>Equipement à verres progressifs</u> <sup>(9)</sup>	60% <sup>(c)</sup>						
	Si partenaire Opticien Sévane		250 €	300 €	400 €	500 €	600 € <sup>(10)</sup>	700 € <sup>(10)</sup>
	Dans les autres cas		200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	<u>Supplément forte correction</u> <sup>(11)</sup>		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(c)</sup>
Aides auditives	<b>Lentilles</b> <sup>(12)</sup>							
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	<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>(2)(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b>							
Prestations complémentaires	Inlay / onlay (par acte)	60%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>		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>(2)</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)	100%	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 €
	<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 €
Module additionnel facultatif	<b>Equipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(18)</sup>							
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus Si partenaire Audioprothésiste Sévane	60%	1 000 € 950 €	1 100 € 950 €	1 200 € 950 €	1 350 € 1 100 €	1 500 € 1 100 €	1 700 € 1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
Médicines douces agréées	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>Médicines douces agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, 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	<b>Services d'assistance</b>	-	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 2025

### 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				
Options réservées aux adhérents domiciliés dans les départements 01, 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43, 63, 69, 73, 74, 21, 58, 71, 89 selon les modalités de l'article 2 du présent règlement				
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%		
	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 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 <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
	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	PCE 2	
Optique	<b>Equipement 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 - 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</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 €
	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
Aides auditives	<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> - Autres prothèses	60%	400% 400%	Frais réels 450%
	<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> Implants <sup>(12)</sup>	100% - -	275% - 300 €	425% 300 € 400 €
Prestations complémentaires	<b>Equipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(23)</sup>	60%	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 €
Module additionnel facultatif	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%
	<b>Médecines douces agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Podologue, Pédiacre, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S. Cures thermales <sup>(22)</sup>	- 65%	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 240 € / an / famille) 100% TM + 200 €	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille) 100% + 360 €
Module additionnel facultatif	<b>Sercives d'assistance</b>	-	en option	en option

## Règlement des Frais Médicaux Amplitude – Améliorations de garanties

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2025

#### 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 au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "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 douces 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 ;
- Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
- Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.

Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.

(21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.

Les plafonds annuels par famille par niveau :

- P3 : 160 € / an
- P3+ : 240 € / an
- P4 : 320 € / an
- P5 : 450 € / an
- P6 : 480 € / an

(22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.

(23) Prothèses auditives relevant du «100% Santé », définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.

(a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV).

(b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;

Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.

(c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.

(e) + 140 € / verre unifocal.

\* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

**OPTAM** : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

**BR SS** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

#### Notes spécifiques aux options régionales PCE 1 et PCE 2

(30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...)

(33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale)

(34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations.

## **Règlement des Frais Médicaux Amplitude – Améliorations de garanties Annexe - Services Assistance**

En complément de son adhésion au présent règlement, le salarié peut opter pour une garantie additionnelle optionnelle d'assistance.

Les prestations correspondantes d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance (AWP France SAS), société par actions simplifiée au capital de 7.584.076,86 euros, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 490 381 753 et inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 026 669, dont le siège social est situé au 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen.

La nature des services d'assistance, les conditions d'accès à ces derniers, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions sont précisées dans la convention d'assistance remise à l'adhérent. La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
  - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
  - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

### **Cotisation du Module additionnel**

**Annexe occultée.**

---

**Règlement des Frais Médicaux Amplitudes - Améliorations de garanties  
ANNEXE TARIFAIRE au 1<sup>er</sup> janvier 2024**

**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 2025  
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*	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	<b>Honoraires médicaux</b>								
	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%							
	<b>Honoraires paramédicaux</b>								
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Transport	55%							
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%				100%	100%	100%	
	<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	<b>Médicaments</b>								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%	
Hospitalisation	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 prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup>								
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%	
	<b>Honoraires</b>								
	Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup>	80%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Chambre particulière <sup>(3)</sup>	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
Optique	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 €	100% - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	<b>Forfait journalier</b> <sup>(3)(4)</sup> et <b>Forfait urgences</b> <sup>(3)(4)(5)</sup> en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Bloc P		Part S.S. RG*	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique	Equipement optique 100% Santé <sup>(5)(6)</sup>	60% <sup>(a)</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>(b)</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> <b>Equipement à verres unifocaux</b> Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas <b>Equipement à verres progressifs</b> <sup>(9)</sup> Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas <b>Supplément forte correction</b> <sup>(11)</sup>	60% <sup>(c)</sup>	100 € (50 € si < 16 ans)  200 €  + 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans <sup>(8)</sup>	175 € 125 €  250 € 200 €  + 50 € / verre	200 € 150 €  300 € 250 €  + 50 € / verre	300 € 200 €  400 € 300 €  + 50 € / verre	350 € 250 €  500 € 400 €  + 50 € / verre	400 € 300 €  600 € <sup>(10)</sup> 500 €  + 50 € / verre	420 € 300 €  700 € <sup>(10)</sup> 600 €  + 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 €	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
Dentaire	<b>Soins et Prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b>								
	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>		100%	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>(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%
	<b>Orthodontie</b>								
	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 €
Aides auditives	<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>Equipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(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%	400 € 1 400 € 100%	1 000 € 950 € 1 400 € 100%	1 100 € 950 € 1 400 € 100%	1 200 € 950 € 1 400 € 100%	1 350 € 1 100 € 1 400 € 100%	1 500 € 1 100 € 1 400 € 100%	1 700 € 1 300 € 1 700 € 100%
	Accessoires <sup>(19)</sup>								
Prestations complémentaires	<b>Médecines douces agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> ; Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Séances de Psychologies non remboursées par la S.S. <b>Cures thermales</b> <sup>(22)</sup>	- 65%	- 65%	- 100% + 100 €	- 100% + 150 €	3 x 40 € 100% + 150 €	4 x 40 € 100% + 300 €	4 x 50 € 100% + 300 €	4 x 60 € 100% + 300 €
	<b>Module additionnel facultatif</b>								
	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 2025**  
*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				
Options réservées aux adhérents domiciliés dans les départements 01, 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43, 63, 69, 73, 74, 21, 58, 71, 89 selon les modalités de l'article 2 du présent règlement				
Bloc S	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2	
Soins courants	<b>Honoraires médicaux</b>			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	175% ( 200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux	160% ( 200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)	
	Radiologie			
	Soins externes	100%	100%	
	<b>Honoraires paramédicaux</b>			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	100%	100%	
	Transport			
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.			
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100%	100%	
	<b>Médicaments</b>			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	100%	100%	
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. <sup>(1)</sup>	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €	
	Contraception 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	300%	550%	
	<b>Honoraires</b>			
	Honoraires, frais de séjour <sup>(3)(30)</sup>	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> pour les enfants de -15 ans	23 € / jour <sup>(3)</sup> pour les enfants de -15 ans	
Optique	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	
	<b>Forfait journalier<sup>(3)(4)</sup> et Forfait urgences<sup>(3)(4bis)</sup> en établissements hospitaliers<sup>(30)</sup></b>	oui	oui	
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisé > 15 jours	-	-	
		-	-	
Bloc P	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2	
Optique	<b>Equipeement optique 100% Santé <sup>(5)(6)</sup></b>	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>	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	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.	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>	
	Lentilles non remboursées par la S.S.	135 €	150 €	
Dentaire	<b>Chirurgie réfractive de la vue <sup>(13)(34)</sup></b>	450 €	450 €	
	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé <sup>(2)(14)</sup></b>	Frais réels	Frais réels	
	<b>Soins dentaires</b>			
	Inlay / Onlay (par acte)	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	400% 400%	Frais réels 450%	
Aides auditives	<b>Orthodontie</b>			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	275%	425%	
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) <sup>(17)</sup>	-	300 €	
	Implants <sup>(12)</sup>	300 €	400 €	
Prestations complémentaires	<b>Equipeements auditifs 100% Santé <sup>(2)(23)</sup></b>	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 de 20 ans	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €	
Module additionnel facultatif	Accessoires <sup>(19)</sup>	100%	100%	
	<b>Médecines douces agréées <sup>(20)(21)</sup> :</b> Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S. Cures thermales <sup>(22)</sup>	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond 240 € / an / famille)  100% TM + 200 €	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)  100% + 360 €	
Sercives d'assistance		-	en option	en option

## Règlement des Frais Médicaux Amplitude - Extension familiale

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2025

#### 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 au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "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 douces 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 ;
- 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>**

**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 2025

Annexe 24.2 – Règlement des frais médicaux individuels des Actifs  
Annexes de garanties, d'assistance et Sociales 2025

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 2025

#### Règlement des frais médicaux individuels des Retraités ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2025 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									
FURM 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)	70%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Actes techniques médicaux					(200% si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)	(Frais réels si OPTAM)	
	Radiologie								
	Soins externes	60% à 70%							
	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%				160%	200%	200%	
	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%	
Hospitalisation	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 prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéf.	
	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%	
	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	- 1 forfait	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
		-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Optique	Bloc P	Part S.S. RG <sup>1</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	Équipement 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>								
	Équipement 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 €
	Équipement 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>(6)</sup>	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(4)</sup>
Dentaire	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
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(14)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	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>		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)	100%	125%	200%	200%	275%	350%	425%	500%
Aides auditives	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 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €	1 200 € 600 €
	Equipements auditifs 100% Santé <sup>(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives <sup>(21)(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 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 douces agréées <sup>(20)(21)</sup> : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, 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 thermale <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 Retraités**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2025**  
**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 2025**  
*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, 26, 38, 42, 43, 63, 69, 73, 74, 21, 58, 71, 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		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%
	Vaccins non remboursés par la S.S. <sup>(1)</sup>	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception 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%
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 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>(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 - 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</b> <sup>(12)</sup> 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 €
Dentaire	<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> 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> - 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 €
	<b>Equipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
Aides auditives	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(18)</sup> - Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus - Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	60%	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%
Prestations complémentaires	<b>Médecines douces agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> : <i>Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Podologue, Pédiure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.</i>	-	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

## Règlement des frais médicaux individuels des Retraités

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2025

#### 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 au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "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 douces 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 ;
  - 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.**

## Annexe 24.2 - Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

### Annexes de garanties, d'assistance et Sociales 2025

#### Règlement des frais médicaux individuels des Actifs ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2025 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>1</sup>	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	<b>Honoraires médicaux</b>								
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100%	100%	160% (160% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux								
	Radiologie								
	Soins externes	60% à 70%							
	<b>Honoraires paramédicaux</b>								
	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%							
	<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	<b>Médicaments</b>								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 100% 100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Vaccins non remboursés par la S.S. (1)	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €	
	Contraception prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	<b>Matériel médical</b> (2)								
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%	
	<b>Honoraires</b>								
	Honoraires, Frais de séjour (3)	80%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Chambre particulière (3bis)	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans (3bis) ou bénéficiaires de plus de 70 ans (3bis)	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
Optique	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% -1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	<b>Forfait journalier</b> (3)(4) et <b>Forfait urgences</b> (3)(4bis) en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
	<b>Bloc P</b>	Part S.S. RG <sup>2</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	<b>Equipement optique 100% Santé</b> (5)(6)	60% (4)	Frais réels	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 (6)(7)	60% (8)	<b>Verres :</b> Frais réels <b>Monture :</b> forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	<b>Verres :</b> Frais réels <b>Monture :</b> forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	<b>Verres :</b> Frais réels <b>Monture :</b> 100 €	<b>Verres :</b> Frais réels <b>Monture :</b> 100 €	<b>Verres :</b> Frais réels <b>Monture :</b> 100 €	<b>Verres :</b> Frais réels <b>Monture :</b> 100 €	<b>Verres :</b> Frais réels <b>Monture :</b> 100 €
	- Equipement libre (6)(7)(8)								
	<b>Equipement à verres unifocaux</b> 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 €
	<b>Equipement à verres progressifs</b> (9) Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas	60% (4)	200 €	250 € 200 €	300 € 250 €	400 € 300 €	500 € 400 €	600 € (10) 500 €	700 € (10) 600 €
	<b>Supplément forte correction</b> (11)		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans (4)	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif (4)
Dentaire	<b>Lentilles</b> (12)								
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	175 €	250 €	250 €
	<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> (13)	-	-	-	200 € / oeil	300 € / oeil	400 € / oeil	500 € / oeil	500 € / oeil
	<b>Soins et Prothèses dentaires 100% Santé</b> (14)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Soins dentaires</b>								
	Inlay / onlay (par acte)	60%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. (15)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) (12)	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	<b>Prothèses dentaires</b> (12)								
Aides auditives	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés (16) - Autres prothèses	60%	125%	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)	100%	125%	200%	200%	275%	350%	425%	500%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) (17)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	<b>Implants</b> (par an par bénéficiaire) (12) Si partenaire Implantologue Sévane Dans les autres cas	-	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €	1 200 € 600 €
	<b>Equipements auditifs 100% Santé</b> (2)(23)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives</b> (2)(18)								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus Si partenaire Audioprothésiste Sévane Dans les autres cas	60%	400 €	1 000 € 950 €	1 100 € 950 €	1 200 € 950 €	1 350 € 1 100 €	1 500 € 1 100 €	1 700 € 1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires (19)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prestations complémentaires	<b>Médecines douces agréées</b> (20)(21) : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, 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> (22)	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
Module additionnel facultatif	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

**Règlement des frais médicaux individuels des Actifs**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2025**  
**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+
Privège	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 2025**  
*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, 26, 38, 42, 43, 63, 69, 73, 74, 21, 58, 71, 89 b) Option PNPC : 56 et 62				
Bloc S		Part S.S. RG <sup>a</sup>	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%	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>	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 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)
Hospitalisation	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 <sup>a</sup>	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Optique	<b>Équipement 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 - 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</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>			
	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 €
Aides auditives	<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%
	<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>Équipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(18)</sup>			
Aides auditives	- 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%
Prestations complémentaires	<b>Médecines douces agréées</b> <sup>(20)(21)</sup> : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Cures thermales <sup>(22)</sup>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Module additionnel facultatif	Services d'assistance	-	en option	en option

## Règlement des frais médicaux individuels des Actifs

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2025

#### 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 au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "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 douces 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 ;
  - 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 2025**

**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**

- 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 - ancienne gamme individuelle (FMIR)
- 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 9 octobre 2024, 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 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 2025 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 2025
<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 2025 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 2025 sont :  
**Annexe occultée.**

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

Les garanties de ces options sont alignées sur les niveaux du module S et du module P de la gamme ouverte, consultables en *Annexe 24.3* du présent avenant.

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2025 sont  
**Annexe occultée.**

### ► Ancienne Gamme Frais Médicaux Individuel Retraité (GFMIR)

Les garanties de ces options sont alignées sur les niveaux du module S et du module P de la gamme ouverte, consultables en *Annexe 24.3* du présent avenant.

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2025 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 2025 sont :  
**Annexe occultée.**

► **Option Chirurgie Maternité, renforcement des garanties sous GFMIR et AGRETRAITE**

Les garanties sont :

Soins - Hospitalisation	Garantie 2025
<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 2025 sont :

**Annexe occultée.**

► **Option Chirurgie Maternité, renforcement des garanties sous GFMIA**

Les garanties sont :

Soins - Hospitalisation	Garantie 2025
<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 2025 sont :

**Annexe occultée.**