

#### **Avenant n° 40 du 17 décembre 2025**

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

NOR : ASET2650284M

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

**CAPEB ;**

**FNTP ;**

**FFB ;**

**SCOP BTP,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFDT FNCB ;**

**CFE-CGC BTP ;**

**FG FO construction,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

#### **Titre I<sup>er</sup> Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO**

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

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

- « La cotisation appelée pour assurer le financement des garanties instituées par l'accord collectif national du 31 juillet 1968 est de 2,59 %. Elle est composée :
  - d'une partie dénommée base au taux de 2,29 % (dont 0,59 % au titre de l'indemnité de fin de carrière) ;
  - d'une partie dénommée surbase obligatoire au taux de 0,30 %.

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

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

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

RNPO	Taux de cotisation	Dont cotisation employeur
Prévoyance : base	1,70 %	0,95 %
Dont au titre :		
– des garanties en cas de décès	0,65 %	0,39 %
– des indemnités journalières > 90 jours	0,64 %	0,32 %
– des rentes d'invalidité	0,34 %	0,20 %
– des forfaits parentalité et accouchement	0,05 %	0,025 %
– de l'hospitalisation chirurgicale	0,01 %	0,005 %
– des indemnités journalières < 90 jours (maintien de salaire incombant à l'employeur)	0,01 %	0,01 %
Prévoyance : surbase obligatoire	0,30 %	0,18 %
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 %
Sous-total prévoyance (hors IFC)	2,00 %	1,13 %
Indemnités de fin de carrière (IFC)	0,59 %	0,59 %
<b>Total RNPO</b>	<b>2,59 %</b>	<b>1,72 %</b>

II. Le texte du sous-article 4.6 « Recouvrement des cotisations » est intégralement 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.

Les majorations de retard peuvent faire l'objet de remise, en totalité ou partiellement, en cas de régularisation des cotisations arriérées, dûment constatée ou entérinée par les dirigeants effectifs de l'institution.

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.

Par ailleurs, l'institution se réserve le droit de prendre toutes sûretés prévues par la loi. »

**III.** Le texte du sous-article 8.3 « Autres dispositions relatives au maintien des garanties décès » est intégralement remplacé par :

« 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 d'un droit aux prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité 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 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 6,56 € 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 ; »

est remplacé par :

« À l'exception des garanties forfait parentalité/accouchement et prestation hospitalisation chirurgicale, 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 6,71 € au 1<sup>er</sup> juillet 2025 (6,56 € au 1<sup>er</sup> juillet 2024). 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 ; »

**V.** Le titre et le texte du sous-article 17.4 « Conversion de capital en rente » sont intégralement supprimés.

**VI.** Le texte du sous-article 23.2 « Frais pris en charge » est intégralement remplacé par :

« En cas de séjour dans un établissement hospitalier au titre d'une intervention chirurgicale, sont pris en charge les frais relatifs à la chambre particulière :

- à hauteur des frais réels ;
- dans la limite de deux fois le plafond horaire de la sécurité sociale de l'année en cours pour chaque jour d'hospitalisation ;
- et dans la limite du prix de la chambre individuelle pratiqué par les établissements de l'assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) au 1<sup>er</sup> juillet de l'exercice précédent.

Par ailleurs, les frais de lit accompagnant, en cas d'hospitalisation chirurgicale d'un enfant de moins de 12 ans du salarié, sont pris en charge dans la limite d'une fois le plafond horaire de la sécurité sociale de l'année en cours arrondi à l'euro le plus proche.

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

Par intervention chirurgicale, il faut entendre toute acte codé ADC ou ACO à la classification commune des actes médicaux et, plus généralement, toute intervention effectuée sous anesthésie générale. Seules les interventions chirurgicales donnant lieu à remboursement par la sécurité sociale sont prises en compte au titre du présent article. »

**VII.** Le texte suivant de l'article 24 « Indemnité de fin de carrière » :

« Tout ouvrier du bâtiment et des travaux publics a droit, lorsqu'il liquide ses droits à la retraite, à une indemnité de fin de carrière qui correspond au cumul :

- de l'indemnité légale de départ ou de mise à la retraite, due en application des dispositions du code du travail ;
- et d'un complément d'indemnité conventionnelle :
- calculé sur la base des dispositions des articles 24.1 à 24.4 ;
- versé dans la limite du "fonds des indemnités de fin de carrière des ouvriers" constitué par BTP-Prévoyance, en application des dispositions de l'article 27. »

est remplacé par :

« Tout ouvrier du bâtiment et des travaux publics a droit, lorsqu'il liquide ses droits à la retraite, à une indemnité de fin de carrière calculée sur la base des dispositions des articles 24.1 à 24.4. Cette indemnité correspond au cumul :

- de l'indemnité légale de départ ou de mise à la retraite, due en application des dispositions du code du travail ;
- et d'un complément d'indemnité conventionnelle versé dans la limite du "fonds des indemnités de fin de carrière des ouvriers" constitué par BTP-Prévoyance, en application des dispositions de l'article 27. »

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

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

est remplacé par :

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

**IX.** Le texte suivant du sous-article 27.1 « Engagements de BTP-Prévoyance » :

« Ces indemnités complémentaires de fin de carrière sont calculées en fonction de la durée d'affiliation au régime défini par l'accord du 31 juillet 1968. Est ainsi prise en compte l'ancienneté acquise par l'ouvrier auprès des différents employeurs de la profession ou dans le cadre de périodes d'inactivité y faisant immédiatement suite, peu important la situation des entreprises à la date de paiement de la prestation (entreprises en activité, en liquidation judiciaire, en cessation d'activité...). Il s'agit donc de droits complémentaires multi-employeurs, calculés sur la base d'informations liées à des périodes d'activité ou d'inactivité pouvant être rattachées à plusieurs entreprises. À ce niveau : »

est remplacé par :

« Ces indemnités complémentaires de fin de carrière sont calculées en fonction de la durée d'affiliation au régime défini par l'accord du 31 juillet 1968. Est ainsi prise en compte l'ancienneté acquise par l'ouvrier auprès des différents employeurs de la profession ou dans le cadre de périodes d'inactivité y faisant immédiatement suite, peu importe la situation des entreprises à la date de paiement de la prestation (entreprises en activité, en liquidation judiciaire, en cessation d'activité...). Il s'agit donc de droits complémentaires multi-employeurs, calculés sur la base d'informations liées à des périodes d'activité ou d'inactivité pouvant être rattachées à plusieurs entreprises. À ce niveau : »

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

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

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

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

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

Par son adhésion au présent règlement, l'employeur s'engage à prendre en charge la totalité des cotisations destinée au financement des garanties en cas de décès, (telles que définies aux articles 17 et 19).

Le taux de cotisations est ventilé comme suit :

RNPE	Taux de cotisation	Dont cotisation employeur
Au titre des garanties liées au décès	0,58 %	0,58 %
Au titre des autres garanties :	1,27 %	0,67 %
Dont indemnités journalières > 90 jours	0,58 %	0,29 %
Dont rentes d'invalidité	0,61 %	0,34 %
Dont forfaits parentalité et accouchement	0,07 %	0,035 %
Dont hospitalisations chirurgicales	0,01 %	0,005 %
<b>Total</b>	<b>1,85 %</b>	<b>1,25 %</b>

II. Le texte du sous-article 4.6 « Recouvrement des cotisations » est intégralement 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.

Les majorations de retard peuvent faire l'objet de remise, en totalité ou partiellement, en cas de régularisation des cotisations arriérées, dûment constatée ou entérinée par les dirigeants effectifs de l'institution.

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.

Par ailleurs, l'institution se réserve le droit de prendre toutes sûretés prévues par la loi. »

**III.** Le texte du sous-article 8.3 « Autres dispositions relatives au maintien des garanties décès » est intégralement remplacé par :

« 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 d'un droit aux prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité 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. »

**IV.** Le texte suivant de l'article 11 « Bénéficiaires en cas de décès » :

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

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

est remplacé par :

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

- le participant peut modifier son choix de bénéficiaire(s) à tout moment, aussi longtemps qu'il est couvert par le présent règlement ;
- de telles désignations sont effectuées à l'aide du formulaire de désignation des bénéficiaires délivré à cet effet par BTP-Prévoyance, par un acte sous signature privée ou un acte authentique signifié à BTP-Prévoyance. »

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

« Toutes les prestations prévues par le présent régime sont calculées en fonction du salaire de base (SB). Le salaire de base (SB) est le montant annuel de la rémunération brute de l'ETAM soumise à cotisations, tel que fixée à l'article 4.1, au cours de



l'exercice de référence, défini comme étant l'exercice civil précédent celui où se situe l'événement à l'origine du droit à la prestation. »

est remplacé par :

« À l'exception des garanties forfait parentalité/accouchement et prestation hospitalisation chirurgicale, les prestations prévues par le présent régime sont calculées en fonction du salaire de base (SB). Le salaire de base (SB) est le montant annuel de la rémunération brute de l'ETAM soumise à cotisations, tel que fixée à l'article 4.1, au cours de l'exercice de référence, défini comme étant l'exercice civil précédent celui où se situe l'événement à l'origine du droit à la prestation. »

**VI.** Le titre et le texte du sous-article 17.6 « Conversion de capital en rente » sont intégralement supprimés.

**VII.** Le texte suivant du sous-article 23.2 « Frais pris en charge » :

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

est remplacé par :

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

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

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

est remplacé par :

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



### **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 1<sup>er</sup> « Conditions générales » :

« Le présent règlement détermine les conditions dans lesquelles le régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics assure une couverture collective des participants cadres et assimilés contre les risques de décès, d'invalidité ou d'incapacité.

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

est remplacé par :

« Le présent règlement détermine les conditions dans lesquelles le régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics assure une couverture collective de base des participants cadres et assimilés contre les risques de décès, d'invalidité ou d'incapacité.

Les garanties s'appliquent à tous les membres du personnel cadre et assimilé de chaque entreprise qui décide d'adhérer au présent règlement. »

**II.** Le texte du sous-article 4.6 « Recouvrement des cotisations » est intégralement 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 de base 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.

Les majorations de retard peuvent faire l'objet de remise, en totalité ou partiellement, en cas de régularisation des cotisations arriérées, dûment constatée ou entérinée par les dirigeants effectifs de l'institution.

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.

Par ailleurs, l'institution se réserve le droit de prendre toutes sûretés prévues par la loi. »

**III.** Le texte du sous-article 8.3 « Autres dispositions relatives au maintien des garanties décès » est intégralement remplacé par :

« 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 d'un droit aux prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité 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. »

**IV.** Le texte suivant de l'article 11 « Bénéficiaires en cas de décès » :

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

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

est remplacé par :

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

- le participant peut modifier son choix de bénéficiaire(s) à tout moment, aussi longtemps qu'il est couvert par le présent règlement ;
- de telles désignations sont effectuées à l'aide du formulaire de désignation des bénéficiaires délivré à cet effet par BTP-Prévoyance, par un acte sous signature privée ou un acte authentique signifié à BTP-Prévoyance. »

**V.** 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). »

est remplacé par :

« À l'exception des garanties forfait parentalité/accouchement et chirurgie, les prestations prévues par le présent règlement sont calculées en fonction du salaire de base (ci-après appelé SB). »

**VI.** Le texte suivant du sous-article 13.2 « Revalorisation des capitaux décès » :

« En cas de décès du participant, le capital défini à l'article 15 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" est revalorisé depuis la date du décès jusqu'à réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations au taux minimum prévu par l'article R. 132-3-1 du code des assurances ou, à défaut, jusqu'au dépôt du capital à la caisse des dépôts et consignations. »

est remplacé par :

« En cas de décès du participant, le capital défini à l'article 17 du présent règlement est revalorisé depuis la date du décès jusqu'à réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations au taux minimum prévu par l'article R. 132-3-1 du code des assurances ou, à défaut, jusqu'au dépôt du capital à la caisse des dépôts et consignations. »

**VII.** Le titre et le texte du sous-article 17.6 « Conversion du capital en rente » sont intégralement supprimés.

**VIII.** Le texte suivant du sous-article 23.3 « Frais pris en charge » :

« Tout remboursement par BTP-Prévoyance au titre de la présente garantie est en conséquence calculé après déduction des remboursements correspondants. »

est remplacé par :

« Tout remboursement par BTP-Prévoyance au titre de la présente garantie est calculé après déduction des remboursements correspondants et, dans tous les cas, ne peut couvrir des frais liés aux garanties minimales prévues à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. »

**IX.** Le texte suivant du sous-article 23.4 « Montant de la participation » :

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

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

est remplacé par :

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

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

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

est remplacé par :

« BTP-Prévoyance est susceptible de collecter des données à caractère personnel relatives à ses interlocuteurs au sein de l’entreprise adhérente en charge de la préparation, de la conclusion et du suivi de l’adhésion. Ces données sont collectées par BTP-Prévoyance en tant que responsable de traitement, aux fins de gestion et exécution des adhésions collectives. Ce traitement est fondé sur l’intérêt légitime de BTP-Prévoyance, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. Les personnes concernées à ce titre peuvent exercer leurs droits par courrier auprès du service avec lequel elles sont en contact. De son côté, l’entreprise adhérente, au même titre que BTP-Prévoyance est susceptible de collecter également des données de ses contacts au sein de BTP-Prévoyance et s’engage dans les mêmes termes. »

## **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 15.5 « Montant de la participation » :**

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

est remplacé par :

- « Le présent module garantit un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale :
- pour les actes codés ACO (et pour les actes codés ADA qui leur sont rattachés), à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
    - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM ACO, ou dispositif équivalent) ;
    - de 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
  - pour les actes codés ADC et ASC, à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
    - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM ACO, ou dispositif équivalent) ;
    - de 200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
  - pour les forfaits hospitaliers liés aux actes codés ADC et ASC, à concurrence des frais réels engagés ;
  - pour les frais de lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (dans la limite d'une fois le plafond horaire de la sécurité sociale de l'année en cours arrondi

à l'euro le plus proche) ou pour les frais de chambre particulière (à concurrence des frais réels engagés), liés aux actes codés ACO, ADC et ASC, le cas échéant dans la limite des tarifs conventionnés avec BTP-Prévoyance. »

## **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 15.5 « Montant de la participation » :**

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

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

est remplacé par :

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

- pour les actes codés ACO (et pour les actes codés ADA qui leur sont rattachés), à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
  - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM ACO, ou dispositif équivalent) ;
  - de 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
- pour les actes codés ADC et ASC, à concurrence des montants déclarés à la sécurité sociale, dans la limite :
  - des frais réels engagés pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM ACO, ou dispositif équivalent) ;



- de 200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (part de la sécurité sociale comprise) pour les autres médecins ;
- pour les forfaits hospitaliers liés aux actes codés ADC et ASC, à concurrence des frais réels engagés ;
- pour les frais de lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (dans la limite d'une fois le plafond horaire de la sécurité sociale de l'année en cours arrondi à l'euro le plus proche) ou pour la chambre particulière (à concurrence des frais réels engagés), liés aux actes codés ACO, ADC et ASC, le cas échéant dans la limite des tarifs conventionnés avec BTP-Prévoyance. »

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

Les modifications suivantes sont apportées au « règlement des compléments individuels de prévoyance des ETAM » :

### **I. Le texte suivant de l'article 26 « Information des adhérents » :**

« S'il accepte la dématérialisation de la relation contractuelle, l'adhérent consent à recevoir les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com).

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

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

est remplacé par :

« Les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sont adressés à l'adhérent sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com).

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

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



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

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

### **I. Le texte suivant de l'article 11 « Garantie rente d'éducation » :**

« La garantie rente d'éducation définie à l'article 17 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC) peut être complétée dans le cadre d'options supplémentaires.

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

est remplacé par :

« La garantie rente d'éducation définie à l'article 19 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC) peut être complétée dans le cadre d'options supplémentaires.

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

### **II. Le texte suivant de l'article 12 « Garantie indemnités journalières » :**

« La garantie indemnité journalière définie à l'article 18 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP" peut être étendue dans le cadre d'options supplémentaires.

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

est remplacé par :

« La garantie indemnité journalière définie à l'article 20 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP" peut être étendue dans le cadre d'options supplémentaires.

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

### **III. Le texte suivant de l'article 13 « Garantie rente d'invalidité » :**

« La garantie rente d'invalidité définie à l'article 19 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC) peut être complétée dans le cadre d'options supplémentaires.

La rente d'invalidité issue du présent règlement assure un taux de remplacement en pourcentage de S, fonction simultanément :

- de l'option souscrite ;
- du classement de l'intéressé au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

En fonction de l'option souscrite, une majoration de la rente peut être accordée pour chaque enfant à charge du participant au cours du trimestre de paiement de la rente d'invalidité.

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

Les dispositions de l'article 19.3 du règlement précité sont applicables pour le complément de rente résultant du présent règlement. »

est remplacé par :

« La garantie rente d'invalidité définie à l'article 21 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC) peut être complétée dans le cadre d'options supplémentaires.

La rente d'invalidité issue du présent règlement assure un taux de remplacement en pourcentage de S, fonction simultanément :

- de l'option souscrite ;
- du classement de l'intéressé au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

En fonction de l'option souscrite, une majoration de la rente peut être accordée pour chaque enfant à charge du participant au cours du trimestre de paiement de la rente d'invalidité.

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

Les dispositions de l'article 21.3 du règlement précité sont applicables pour le complément de rente résultant du présent règlement. »

#### IV. Le texte suivant de l'article 14 « Garantie forfait naissance » :

« Cette garantie s'entend y compris le forfait parentalité/accouchement prévu à l'article 21 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP". Pour les entreprises adhérentes et leurs salariés, la garantie résultant de l'adhésion au présent règlement ainsi que de l'adhésion au "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP" est donc un tout global et indivisible.

Au plan comptable :

- la fraction des prestations qui correspond aux obligations nées du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP" est imputée à la section financière du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP" ;
- le solde est imputé à la section financière du présent règlement. »

est remplacé par :

« Cette garantie s'entend y compris le forfait parentalité/accouchement prévu à l'article 22 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP". Pour les entreprises adhérentes et leurs salariés, la garantie résultant de l'adhésion au présent règlement ainsi que de l'adhésion au "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP" est donc un tout global et indivisible.

Au plan comptable :

- la fraction des prestations qui correspond aux obligations nées du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP" est imputée à la section financière du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du BTP" ;
- le solde est imputé à la section financière du présent règlement. »

#### V. Le texte suivant du sous-article 16.1 « Capital décès en cas de décès accidentel ou suite à maladie professionnelle » :

« Le salaire de base s'entend comme le salaire annuel de base défini à l'article 10 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics" (RNPC), étendu à la fraction de salaire comprise entre 4 et 8 fois le plafond de la sécurité sociale. »

est remplacé par :

« Le salaire de base s'entend comme le salaire annuel de base défini à l'article 12 du "règlement du régime national de prévoyance des cadres du bâtiment et des travaux publics", étendu à la fraction de salaire comprise entre 4 et 8 fois le plafond de la sécurité sociale. »

## **Titre VIII Règlement des couvertures « PRO BTP capital décès »**

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

### **I. Le texte suivant de l'article 21 « Information des adhérents » :**

« S'il accepte la dématérialisation de la relation contractuelle, l'adhérent consent à recevoir les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com).

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

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

est remplacé par :

« Les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sont adressés à l'adhérent sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com).

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

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

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

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

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

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

– en fonction de l'option retenue par l'entreprise, tout ou partie du coût de l'obligation de maintien de salaire qui incombe à l'employeur en cas d'arrêt de travail de ses

salariés en vertu des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail – et de ses textes d'application – ainsi que des dispositions des conventions collectives du bâtiment et des travaux publics (ci-après "obligations légales et conventionnelles de l'employeur") ;

– le coût des cotisations patronales correspondantes.

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

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

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

est remplacé par :

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

- en fonction de l'option retenue par l'entreprise, tout ou partie du coût de l'obligation de maintien de salaire qui incombe à l'employeur en cas d'arrêt de travail de ses salariés en vertu des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail – et de ses textes d'application – ainsi que des dispositions des conventions collectives du bâtiment et des travaux publics (ci-après "obligations légales et conventionnelles de l'employeur"). Dans tous les cas, cette garantie ne porte que :
- sur les jours d'arrêt de travail effectivement indemnisés par la sécurité sociale, auxquels s'ajoutent les 3 premiers jours d'arrêt de travail prescrits – même si ces jours ne sont pas indemnisés par la sécurité sociale – lorsque l'option retenue par l'entreprise prévoit leur prise en charge ;
- dans la limite de 90 jours (cette limite étant appréciée sur la base des dispositions de la convention collective applicable) ;
- le coût des cotisations patronales correspondantes.

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

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

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

## II. Le texte suivant du sous-article 7.1 « Conditions d'ouverture des droits » :

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

est remplacé par :

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

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

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

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

est remplacé par :

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

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

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

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

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

est remplacé par :

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

## **Titre XI 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 9.4 « Protection des données personnelles » :**

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

est remplacé par :

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

## **Titre XII Règlement du régime standard de frais médicaux collectifs**

Les modifications suivantes sont apportées au règlement du « régime standard de frais médicaux collectifs » :

**I. Le texte suivant du sous-article 6.2 « Montant ou taux » :**

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

est remplacé par :

« Les différents montants ou taux de cotisations applicables sont fixés dans l'annexe tarifaire. Ils sont définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de l'avenant par lequel la commission paritaire les a entérinés.

BTP-Prévoyance est engagé annuellement sur le montant des cotisations hors taxes. En cas d'instauration – ou de modification – de taxes ou contributions de toute nature assises sur les cotisations en cours d'exercice, le montant ou taux des cotisations

toutes taxes comprises est ajusté à due proportion, sauf décision contraire du conseil d'administration de l'institution. »

**II.** Au sous-article 6.4 « Autres dispositions relatives aux cotisations », après le paragraphe suivant :

« 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. »

est ajouté le texte suivant :

« Les majorations de retard peuvent faire l'objet de remise, en totalité ou partiellement, en cas de régularisation des cotisations arriérées, dûment constatée ou entérinée par les dirigeants effectifs de l'institution. »

**III.** Le texte 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 » est intégralement remplacé par :

« En cas de cessation du contrat de travail – non consécutive à une faute lourde – ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, tout ancien salarié (ainsi que ses ayants droit) bénéficie du maintien de ses garanties sans contrepartie de cotisations, selon les conditions suivantes :

a) maintien au niveau en vigueur dans la dernière entreprise adhérente à la date de cessation du contrat de travail ;

b) à compter de la date de fin du dernier contrat de travail, maintien des garanties :

– dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, si elle est plus favorable, de la durée (immédiatement avant la fin du dernier contrat de travail) d'affiliation continue à une couverture collective santé de l'institution, ces deux durées étant appréciées en mois, avec arrondi au nombre supérieur ;

– et sans pouvoir excéder 36 mois de date à date ;

c) maintien aussi longtemps que l'ancien salarié atteste, depuis la rupture du dernier contrat de travail, d'une situation continue d'indemnisation par le régime d'assurance chômage ou d'indemnisation au titre d'arrêt(s) maladie par la sécurité sociale. Pour l'application de cette disposition :

– sous réserve que le maintien de ses garanties ait été ininterrompu jusqu'alors, toute justification par l'ancien salarié de son indemnisation par le régime d'assurance chômage au cours d'un mois donné lui ouvre droit à une carte de tiers payant porteuse de garanties fermes jusqu'au dernier jour du troisième mois suivant, puis au maintien de ses garanties durant le mois suivant ;

– ne font pas obstacle au maintien des garanties les périodes qui correspondent aux différés d'indemnisation ou au délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage.

La suspension des allocations par le régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.



La mise en œuvre de ces dispositions ne peut conduire à l'octroi de garanties inférieures à celles prévues dans le cadre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Au-delà de la limite de durée fixée au *b* ci-dessus :

- les garanties continuent à être maintenues sans contrepartie de cotisations ;
- aussi longtemps que l'ancien salarié perçoit de manière ininterrompue des prestations d'indemnités journalières servies par BTP-Prévoyance ;
- et s'il n'a depuis exercé aucune activité rémunérée ;
- dans les autres cas, l'ancien salarié se voit ouvert la possibilité d'adhérer à un des règlements de frais médicaux individuels de l'institution.

Pour bénéficier du maintien de ses garanties, l'ancien salarié devra fournir l'ensemble des justificatifs qui lui seront demandés par BTP-Prévoyance, et notamment tous justificatifs d'indemnisation par le régime d'assurance chômage.

L'ancien salarié devra informer BTP-Prévoyance de la cessation du versement d'allocations par le régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits. À défaut, il sera intégralement redevable auprès de l'institution de tous versements qui auraient été réalisés à tort, que ces versements lui aient été directement destinés ou qu'ils aient été opérés dans le cadre de procédure de tiers payant. »

**IV.** Le texte suivant du sous-article 11.4 « Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du salarié affilié » :

« En cas de décès du salarié affilié, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du salarié affilié (tels que définis à l'article 4). »

est remplacé par :

« En cas de décès du salarié affilié, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois à compter de la date du décès, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du salarié affilié (tels que définis à l'article 4).

Au-delà, ces anciens ayants droit peuvent adhérer à l'un des règlements des frais médicaux individuels (actifs ou retraités) de BTP-Prévoyance, en bénéficiant d'une gratuité temporaire de cotisation telle que définie à l'article 6.5 dudit règlement. »

**V.** 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 ACO, ou dispositif équivalent) visé à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**VI.** Le dernier paragraphe de l'article 13 « Support des remboursements » :

« L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes et le rappel des prestations versées à tort. »

est supprimé.

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

**VIII.** Le titre de l'article 19 « Réserve » est remplacé par :

« **Article 19 | Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration** »

**IX.** Le texte de l'article 19 « Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration » est rédigé comme suit :

« Toute omission, réticence, fausse déclaration, fraude ou tentative de fraude, revêtant un caractère intentionnel établi par l'institution, dans les informations communiquées, y compris l'utilisation de documents ou de justificatifs inexacts, par le salarié affilié à l'institution ou ses ayants droit concernant l'existence, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre expose le salarié affilié ou ses ayants droit à la déchéance de tout droit aux garanties du présent règlement pour le sinistre en cause et au rappel des prestations versées à tort. »

**X.** Le texte suivant de l'article 20 « Réglementation LCB-FT » :

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

- l'entreprise adhérente s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit doivent communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

est remplacé par :

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

- l'entreprise adhérente s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit doivent communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;

- en ayant conclu des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé se sont engagés à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

**XI.** Le titre du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » est remplacé par :

« 21.1. Information lors de l'adhésion et durant l'adhésion »

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

« L'entreprise adhérente est informée :

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

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

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

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

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la première réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP) ou l'intercesseur de PRO BTP n'ont pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris cedex 09. »

est remplacé par :

« L'entreprise adhérente est informée :

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

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

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

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

- que la saisine de la médiation de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée,

ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la première réclamation écrite. Il est précisé que la médiation de la protection sociale (CTIP) ou l'intercesseur de PRO BTP n'ont pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;

- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris cedex 09. »

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

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

est remplacé par :

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

**XIV.** Le texte de l'article 28 « Section financière et réserve » est intégralement remplacé par :

« Pour le suivi des opérations nées :

- du présent règlement ;
- du règlement des compléments collectifs "renfort dépassements d'honoraires" ;
- et du règlement du régime de frais médicaux collectifs du bâtiment et des travaux publics de La Réunion,

il est institué une section financière unique dans les comptes de l'institution intitulée "régime standard de frais médicaux collectifs", ainsi qu'une réserve spécifique dans les fonds propres de l'institution.

La réserve du "régime standard de frais médicaux collectifs" est alimentée au 31 décembre de l'exercice :

- par l'affectation du solde des "comptes du régime", tels que définis aux articles 30.1 du présent règlement et du règlement du régime de frais médicaux collectifs du bâtiment et des travaux publics de La Réunion ;
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion ;

- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des excédents des comptes définis à l'article 30.1 des règlements "des frais médicaux individuels des actifs", "des frais médicaux individuels des retraités", "des améliorations de garanties de frais médicaux" et "des extensions familiales de frais médicaux". »

**XV.** Le texte de l'article 29 « Provision pour participation aux excédents » est intégralement remplacé par :

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

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

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise :

- des entreprises adhérentes à un règlement relevant de la section financière définie à l'article 28 ;
- de leurs salariés affiliés ;
- et de leurs anciens salariés affiliés, lorsque, postérieurement à leur affiliation, ils ont adhéré à un règlement de frais médicaux individuels de l'institution et sont éligibles au bénéfice des dispositions de son annexe sociale.

Elle doit être utilisée à leur profit exclusif.

Le conseil d'administration peut décider annuellement de l'utilisation de la provision pour participation aux excédents pour financer des réductions de cotisations au bénéfice des anciens salariés affiliés, lorsque postérieurement à leur affiliation à un règlement relevant de la section financière définie à l'article 28 :

- ils ont adhéré à un règlement de frais médicaux individuels de l'institution ;
- et ils sont éligibles au bénéfice des dispositions de l'annexe sociale dudit règlement (notamment en cas de perception d'une rente d'invalidité).

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

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

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

**XVI.** Le texte suivant de l'article 30 « Comptes de résultats » :

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

est remplacé par :

« À l'exception des opérations faisant l'objet d'un suivi spécifique conformément aux dispositions des articles 30.1 et 30.3 du règlement du régime de frais médicaux collectifs du bâtiment et des travaux publics de La Réunion, les opérations relevant de la section financière définie à l'article 28 sont suivies dans les trois comptes suivants : »

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

Les modifications suivantes sont apportées à l'annexe 1 « Dispositions spécifiques aux options régionales PCE1, PCE2 et PCE3 » :

I. Le texte suivant de l'article 6 « Cotisations » :

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

est remplacé par :

« Les différents montants ou taux de cotisations applicables sont fixés dans l'annexe tarifaire. Ils sont définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de l'avenant par lequel la commission paritaire les a entérinés.

BTP-Prévoyance est engagé annuellement sur le montant des cotisations hors taxes. En cas d'instauration – ou de modification – de taxes ou contributions de toute nature assises sur les cotisations en cours d'exercice, le montant ou taux des cotisations toutes taxes comprises est ajusté à due proportion, sauf décision contraire du conseil d'administration de l'institution. »

## **Titre XIV Règlement du régime de frais médicaux collectifs du bâtiment et des travaux publics de La Réunion**

Il est créé un nouveau règlement intitulé « Règlement du régime de frais médicaux collectifs du bâtiment et des travaux publics de La Réunion ».

Le contenu de ce règlement est le suivant :

### **Règlement du régime de frais médicaux collectifs du bâtiment et des travaux publics de La Réunion**

#### **Chapitre I<sup>er</sup> Dispositions générales. Couverture collective obligatoire dédiée aux entreprises de La Réunion**

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

Le présent règlement est assuré par BTP-Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale. Il relève des branches 1, 2 et 20 (accidents – maladie – vie – décès) de l'article R. 931-2-1 du code de la sécurité sociale.

Il organise le remboursement, dans le cadre d'une couverture collective d'entreprise, de tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des salariés affiliés et, le cas échéant, de leurs ayants droit par le régime obligatoire de sécurité sociale français applicable sur l'île de La Réunion, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Le présent règlement s'inscrit dans le cadre de l'accord collectif régional du 2 décembre 2025.



En adhérant au présent règlement et en respectant les obligations qui s'y rattachent (notamment les obligations déclaratives et de versement des cotisations), toute entreprise relevant des conventions collectives régionales du bâtiment et des travaux publics de La Réunion a la garantie que ses salariés bénéficient d'une couverture de frais de santé conforme aux dispositions conventionnelles régionales.

Le présent règlement inclut ses annexes, qui en font partie intégrante. L'adhésion se matérialise par deux documents distincts mais indissociables à savoir :

- le présent règlement qui définit les droits et obligations réciproques des parties ;
- le certificat d'adhésion qui matérialise l'adhésion de l'entreprise et précise notamment, en fonction des indications et déclarations de l'entreprise adhérente portées sur le bulletin d'adhésion, la date d'effet souhaitée, la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel assurée(s), la nature et le montant des prestations, les taux ou montants de cotisation.

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

Toute entreprise relevant des conventions collectives régionales des ouvriers (IDCC 2389), des employés techniciens et agents de maîtrise (IDCC 627) et des ingénieurs assimilés et cadres (IDCC 771) du bâtiment et des travaux publics de La Réunion peut adhérer au présent règlement.

## **Article 3 | Modalités d'adhésion**

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

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

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

Simultanément à son adhésion au présent règlement, l'entreprise adhérente doit formaliser auprès de ses salariés la mise en place d'une couverture de frais médicaux collectifs, en optant pour l'une des formes prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- soit par accord collectif ;
- ou à la suite de la ratification par les intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (référendum) ;
- ou par décision unilatérale de l'employeur (DUE) constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

### **3.1. Caractère obligatoire de la couverture**

Toute entreprise adhérente au présent règlement fait bénéficier ses salariés d'une couverture collective santé à caractère obligatoire, conformément aux dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. En conséquence, tout salarié relevant de la catégorie de personnel mentionnée sur le certificat d'adhésion, dont le contrat de travail est en vigueur à la date d'effet du présent règlement, ainsi que ceux embauchés ultérieurement, et ses anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité prévu par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, est obligatoirement couvert dans le cadre du présent règlement (sauf cas de dispense à l'initiative du salarié et dans le respect des conditions définies par la réglementation).



Sont également couverts par le présent règlement (sous réserve que l'organe habilité au sein de l'entreprise adhérente l'ait expressément décidé) les mandataires sociaux relevant du régime général, en application de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, lorsqu'ils sont rémunérés au titre de leur mandat.

Par exception, certains salariés peuvent, à leur initiative, se dispenser d'être couverts :

- s'ils relèvent d'une des facultés de dispense prévues dans le cadre du III de l'article L. 911-7, de l'article D. 911-2 du code de la sécurité sociale ou de l'article 11 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- ou s'ils relèvent d'une des autres facultés de dispense prévues par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, et que cette faculté est prévue dans l'acte juridique ayant institué la couverture (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur).

### 3.2. Périmètre des personnes couvertes

Lors de son adhésion, l'entreprise doit choisir entre plusieurs formulations tarifaires. Ces formulations déterminent notamment quels ayants droit (tels que définis à l'article 4 du présent règlement) peuvent être couverts.

Pour déterminer le périmètre des personnes couvertes, deux formulations tarifaires sont proposées, avec pour chaque formulation des cotisations exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale :

- la formulation « famille » : dans cette solution, sont automatiquement couverts obligatoirement le salarié affilié, son conjoint et ses enfants à charge ; le taux ou le montant de cotisation est alors identique pour tous les salariés affiliés, quel que soit le nombre d'ayants droit qui leurs sont rattachés ;
- la formulation « isolé/duo/famille » : dans cette solution, le taux ou le montant de cotisation 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 ou plus (tels que définis à l'article 4).

En formulation « isolé/duo/famille », conformément aux dispositions de l'accord collectif régional de branche, les ayants droit du salarié affilié sont obligatoirement couverts sauf cas de dispense prévus par la réglementation.

### 3.3. Formalisme et enregistrement et modification 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 3.2 du présent règlement) ;
- 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 couverte(s) ;
- ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation des salariés concernés.

L'entreprise s'engage ainsi à déclarer lors de son adhésion à BTP-Prévoyance :

- tous les salariés de la ou les catégories de personnel couverte(s) qu'elle affine au présent règlement ;
- leurs ayants droit, lorsque le taux de cotisation en dépend ;

- les anciens salariés et leurs ayants droits bénéficiaires du dispositif de portabilité prévu par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

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

L'entreprise adhérente doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...) dans les quinze jours qui s'ensuivent.

## **Article 4 | Bénéficiaires**

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

- le salarié (ou l'ancien salarié dans les cas de maintien des garanties prévus à l'article 11 du présent règlement) ;
- 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 du présent règlement). Sont reconnus comme ayants droit :
  - le conjoint du salarié affilié (tel que défini à l'article 4.1 du présent règlement) ;
  - les enfants à charge du salarié affilié (tels que définis à l'article 4.2 du présent règlement).

Tout bénéficiaire relevant du régime général d'assurance maladie obligatoire 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 et 4 du présent règlement.

### **4.1. Notion de conjoint du salarié affilié**

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le salarié affilié ;
- à défaut, la personne liée au salarié affilié par un pacte civil de solidarité (Pacs), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'une couverture de protection sociale complémentaire au titre d'une autre personne que le salarié affilié ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :

a) le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;

b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;

c) le salarié affilié et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union) ;

d) le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le salarié affilié.

### **4.2. Notion d'enfant à charge**

Sont considérés comme à charge les enfants ayants droit au sens de la législation de la sécurité sociale.

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

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

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 charge fiscale du salarié affilié.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du salarié affilié ;
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

#### 4.3. Modifications dans la liste des bénéficiaires

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

L'entreprise adhérente est tenue de signaler chaque mois à BTP-Prévoyance, dans le cadre du circuit DSN ou par tout autre moyen proposé par l'institution :

- les entrées de salariés affiliés, en indiquant la prise d'effet de leur affiliation ;
- les sorties de salariés affiliés, en indiquant les dates et le motif de leur fin d'affiliation ;
- tout salarié affilié dont le contrat de travail est suspendu, en indiquant la date de suspension du contrat de travail et le motif de la suspension du contrat de travail ;
- toute modification du périmètre des ayants droit au titre de chaque salarié affilié, lorsque cette modification a un impact sur la cotisation.

Toute modification dans la liste nominative des ayants droit doit être déclarée à BTP-Prévoyance :

- si l'entreprise adhérente a retenu une formulation tarifaire « famille » : par le salarié (ou par l'entreprise, si cette dernière souhaite prendre en charge cette formalité administrative) ;
- si l'entreprise adhérente 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).

La modification dans la liste des ayants droit est prise en compte :

- lorsqu'elle fait suite à un événement modifiant la composition familiale (naissance, mariage, conclusion d'un Pacs, décès...), ou à l'affiliation obligatoire (ou la fin d'affiliation obligatoire) d'un ayant droit à une autre couverture santé :
  - si cette modification affecte le montant de la cotisation, à compter du 1<sup>er</sup> jour où la modification de couverture du conjoint et/ou des enfants est prise en compte dans la cotisation déclarée par l'employeur (sans toutefois générer des droits à remboursements avec un effet rétroactif de plus d'un mois) ;
  - si cette modification n'affecte pas le montant de la cotisation, de manière rétroactive à compter du jour de survenance de cet événement si la déclaration intervient dans les trois mois qui s'ensuivent ;
- dans les autres cas :

- si cette modification affecte le montant de la cotisation, au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice suivant ;
- si cette modification n'affecte pas le montant de la cotisation, à compter du jour de réception de la demande.

L'entreprise adhérente qui ne respecte pas un délai d'un mois pour informer BTP-Prévoyance des sorties de bénéficiaires peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient à être effectués.

## **Article 5 | Date d'effet de l'adhésion ou de toute modification ultérieure**

La date d'effet de l'adhésion initiale, telle qu'indiquée sur le certificat d'adhésion, est fixée :

- par défaut au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande ;
- ou sur demande expresse, au 1<sup>er</sup> jour de tout mois ultérieur spécifié par l'entreprise.

Dans le cas où les partenaires sociaux apporteraient des modifications au régime de frais de santé conventionnel du bâtiment et des travaux publics de La Réunion, le présent règlement sera automatiquement modifié à compter de la date d'effet de ces modifications. L'institution en informera les entreprises adhérentes dans les meilleurs délais.

Lorsque l'entreprise adhérente souhaite modifier son adhésion :

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

Dans les deux cas, l'entreprise adhérente doit :

- choisir un niveau de garantie et une formulation tarifaire (au sens de l'article 3.2 du présent règlement) ;
- informer ses salariés des changements de garanties collectives par diffusion d'une notice d'information, conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

## **Article 6 | Cotisations**

Les cotisations dues à l'institution au titre de la couverture collective obligatoire sont déterminées et réglées dans les conditions suivantes :

### **6.1. Assiette**

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Tout mois commencé est dû : en cas d'affiliation ou de cessation d'affiliation en cours de mois, la totalité de la cotisation est due pour le mois considéré.

## 6.2. Taux

Le certificat d'adhésion indique les taux de cotisations applicable(s).

Ce ou ces taux de cotisation dépend(ent) du niveau de couverture retenu par l'entreprise adhérente, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'elle a choisis, tels qu'indiqué dans le certificat d'adhésion.

La répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés affiliés est déterminée librement dans chaque entreprise adhérente. 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.

## 6.3. Exigibilité des cotisations

La fraction de la cotisation à charge du salarié affilié est précomptée et versée par l'entreprise adhérente, en tant que mandataire responsable du versement des cotisations auprès de BTP-Prévoyance.

Les cotisations sont exigibles mensuellement.

Chaque règlement doit être accompagné d'une déclaration indiquant :

- l'effectif des salariés affiliés au cours du mois ;
- et lorsque l'entreprise a retenu une formulation de cotisation « isolé/duo/famille », les informations complémentaires nécessaires pour déterminer les cotisations dues pour cette même période.

La date limite de paiement des cotisations est fixée au 25 du mois suivant celui au titre duquel elles sont exigibles. Au-delà de cette date, l'institution est fondée à appeler des intérêts de retard calculés au taux légal et courant à compter de la mise en demeure de l'entreprise adhérente.

Les cotisations sont dues aussi longtemps qu'un salarié affilié perçoit un salaire et tant que le contrat de travail n'est pas rompu y compris en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

## 6.4. Déclarations sociales nominatives (DSN)

En application de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012, les déclarations de salaires et autres assiettes de cotisations sont effectuées par l'entreprise adhérente auprès de BTP-Prévoyance au moyen de déclarations sociales nominatives (DSN) mensuelles.

Les DSN doivent être renseignées et transmises conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les données transmises via la DSN pourront faire l'objet d'un contrôle par BTP-Prévoyance.

Pour toute omission dans les déclarations servant de base à la fixation des cotisations, l'institution peut exiger le paiement immédiat de la cotisation, assortie d'intérêts de retard au taux légal, courant à compter de la mise en demeure de l'entreprise adhérente.

Lorsque les erreurs ou les omissions ont, par leur nature, leur importance ou leur répétition, un caractère frauduleux, l'entreprise adhérente est tenue de verser immédiatement à BTP-Prévoyance, d'une part, le montant des cotisations dissimulées et d'autre part, des

dommages et intérêts calculés dans la limite de dix fois le taux de l'intérêt légal, à compter de la mise en demeure de l'entreprise adhérente, sauf en cas d'inexécution définitive du présent règlement.

L'application de ces mesures ne préjudicie pas aux sanctions pour retard, prévues ci-dessous, et peut être poursuivie par toutes voies de droit.

## **6.5. Recouvrement des cotisations**

Il appartient à BTP-Prévoyance de recouvrer soit directement, soit via un 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, conformément aux délais de prescription prévus par la réglementation. En l'absence de toute déclaration récente, l'assiette des cotisations sera estimée par tout autre moyen d'appréciation.

Les majorations de retard peuvent faire l'objet de remise, en totalité ou partiellement, en cas de régularisation des cotisations arriérées, dûment constatée ou entérinée par les dirigeants effectifs de l'institution.

Si l'entreprise adhérente 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.

## **Article 7 | Réserve**

## **Article 8 | Terme de l'adhésion. Conséquence sur les garanties et les prestations en cours**

### **8.1. Terme de l'adhésion**

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

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

Il appartient alors à l'entreprise adhérente de s'assurer du respect de ses obligations résultant de l'accord collectif régional du 2 décembre 2025 et, le cas échéant, des conventions collectives du bâtiment et des travaux publics de La Réunion.

#### **8.1.a Résiliation à l'initiative de l'entreprise adhérente**

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

- signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la sécurité sociale, en indiquant la date d'effet de la résiliation ;
- s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et des procédures prévues – le cas échéant – par le code du travail.

La résiliation par l'entreprise adhérente ne peut intervenir qu'après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'adhésion ; cette résiliation prend effet :

- par défaut, à l'expiration du délai d'un mois après que BTP-Prévoyance en a reçu notification ;

- ou, sur demande expresse de l’entreprise adhérente, au dernier jour du mois suivant celui au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation.

La résiliation est également possible à l’initiative de l’entreprise dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois civil suivant la date de réception de la demande écrite, si l’entreprise relève d’une des situations suivantes :
  - l’entreprise a formulé sa demande dans les 60 jours qui suivent l’envoi d’une communication l’informant ;
  - d’une augmentation du taux de sa cotisation ;
  - ou d’une diminution des droits nés du présent règlement en faveur de ses salariés affiliés, sauf si cette diminution est imposée par une évolution résultant des dispositions de l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d’application, ou si elle résulte d’une évolution des dispositions de l’accord collectif régional du 2 décembre 2025 ;
- l’entreprise a changé de secteur d’activité et ne relève plus du champ du bâtiment et des travaux publics ;
- en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, l’administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire a exercé le droit dont il dispose légalement de résilier l’adhésion conformément aux dispositions du code de commerce ;
- à la date du premier anniversaire de l’adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l’exercice) sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l’institution au moins deux mois auparavant.

#### **8.1.b Résiliation à l’initiative de l’institution**

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

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

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

#### **8.1.c Terme de l’adhésion suite à une procédure collective ou à une cessation d’activité sans reprise de contrat de travail**

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

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire, outre les cas prévus aux 8.1.a et 8.1.b, le terme de l’adhésion peut intervenir dans les conditions du III des articles L. 622-13 et L. 641-11-1 du code de commerce.



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

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

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

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

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

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

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

### **8.2. Conséquences au terme de l'adhésion**

Les garanties dont bénéficiaient les salariés affiliés et leurs ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion, à l'exception des maintiens de garanties sans contrepartie de cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 11 du présent règlement.

À l'issue de leur période de couverture au titre du présent règlement et s'ils ont liquidés leur droit à retraite :

- le salarié affilié et/ou ses ayants droit peuvent adhérer au règlement des frais médicaux individuels des retraités de BTP-Prévoyance Cette adhésion s'accompagne de remises de cotisations à l'adhésion, dans les conditions définies à l'article 6.3 du règlement des frais médicaux individuels correspondant ;
- l'ancien salarié qui relève des dispositions prévues au 1° de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 peut demander à bénéficier de la couverture définie par cet article 4. Les éventuels ayants droit de l'ancien salarié n'ont pas accès à cette couverture. Les cotisations correspondantes sont fixées au niveau maximal prévu au titre de cet article 4 et de son décret d'application n° 2017-372 du 21 mars 2017.

## **Article 9 | Réserve**

## **Article 10 | Conditions d'ouverture des droits. Fait générateur**

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

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsqu'à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de BTP-Prévoyance en qualité :

- de salarié affilié par l'entreprise adhérente ;

- d’ancien salarié (dans les cas de maintien des garanties prévus à l’article 11 du présent règlement) ;
- ou d’ayant droit (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4 du présent règlement).

Le versement des prestations est subordonné au règlement par l’entreprise adhérente de la totalité des cotisations conformément à l’article 6 du présent règlement. Toutefois, les garanties ne peuvent être suspendues que 30 jours après que l’entreprise adhérente ait été mise en demeure de s’acquitter des cotisations arriérées.

## 10.2. Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d’exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux ;
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux ;
- la journée d’hospitalisation donnant lieu au forfait journalier prévu à l’article L. 174-4 du code de la sécurité sociale pour les garanties liées à l’hospitalisation ;
- ou, pour les soins et prestations en établissement de santé public, la date de l’avis de somme à payer émis par le trésor public si elle est postérieure.

## Article 11 | *Maintien et cessation des garanties*

Les garanties visées par le présent règlement cessent :

- au jour où le salarié affilié ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié ;
- au terme de l’adhésion de l’entreprise.

Les garanties du présent règlement peuvent être maintenues, aux conditions définies ci-après :

- lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente ;
- en cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l’assurance chômage ;
- dans certains cas de suspension du contrat de travail ;
- en cas de décès du salarié affilié, au profit de ses ayants droit.

Dans tous les cas, le maintien porte sur les garanties du niveau en vigueur, au moment de la rupture ou de la suspension du contrat de travail ou au terme de l’adhésion de l’entreprise (sans que ces garanties puissent être inférieures à celles résultant des dispositions de l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale).

Les salariés affiliés et leurs ayants droit qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice des garanties peuvent adhérer aux règlements des frais médicaux individuels (actifs ou retraités) de BTP-Prévoyance.

### 11.1. Maintien des garanties lorsque le salarié affilié quitte son emploi

Lorsqu’un salarié affilié quitte son emploi dans une entreprise adhérente et qu’il ne peut bénéficier des dispositions de l’article 11.2, il a droit – ainsi que ses ayants droit – au maintien de ses garanties, sans contrepartie de cotisations :

- à la condition qu’il ne bénéficie pas par ailleurs d’une couverture collective de frais médicaux à adhésion obligatoire ;
- pendant une période maximale de 30 jours à compter de la date de cessation du contrat de travail.

## **11.2. Maintien des garanties en cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage**

En cas de cessation du contrat de travail – non consécutive à une faute lourde – ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, tout ancien salarié (ainsi que ses ayants droit) bénéficie du maintien de ses garanties sans contrepartie de cotisations, selon les conditions suivantes :

a) maintien au niveau en vigueur dans la dernière entreprise adhérente à la date de cessation du contrat de travail ;

b) à compter de la date de fin du dernier contrat de travail, maintien dans la limite :

- de la durée du dernier contrat de travail ou, si elle est plus favorable, de la durée d'affiliation continue – immédiatement avant la fin du dernier contrat de travail – au régime prévu par l'accord collectif régional du 2 décembre 2025 (ces deux durées étant appréciées en mois, avec arrondi au nombre supérieur) ;
- sans pouvoir excéder douze mois de date à date ;

c) maintien aussi longtemps que l'ancien salarié atteste, depuis la rupture du dernier contrat de travail, d'une situation continue d'indemnisation au titre de l'assurance chômage. Pour l'application de cette disposition :

- sous réserve que le maintien de ses garanties ait été ininterrompu jusqu'alors, toute justification par l'ancien salarié de son indemnisation par le régime d'assurance chômage au cours d'un mois donné lui ouvre droit :
  - à une carte de tiers payant porteuse de garanties fermes jusqu'au dernier jour du troisième mois suivant, puis au maintien de ses garanties durant le mois suivant ;
  - et dans la limite de la durée maximale définie au *b* ci-dessus ;
- ne font pas obstacle au maintien des garanties les périodes qui correspondent aux différés d'indemnisation ou au délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage.

La mise en œuvre de ces dispositions ne peut conduire à l'octroi de garanties inférieures à celles prévues dans le cadre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Pour bénéficier du maintien de ses garanties, l'ancien salarié devra fournir l'ensemble des justificatifs qui lui seront demandés par BTP-Prévoyance, et notamment tous justificatifs d'indemnisation au titre de l'assurance chômage.

L'ancien salarié devra informer BTP-Prévoyance de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits. À défaut, il sera intégralement redevable auprès de l'institution de tous versements qui auraient été réalisés à tort, que ces versements lui aient été directement destinés ou qu'ils aient été opérés dans le cadre de procédure de tiers payant.

## **11.3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

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

Il en est de même en cas de congé lié à une maternité, à une paternité ou à une adoption.

En cas de suspension du contrat de travail 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.

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.

#### **11.4. Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du salarié affilié**

En cas de décès du salarié affilié, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois à compter de la date du décès, sans contrepartie de cotisations, à ses ayants droit tels que définis à l'article 4.

Au-delà, ces anciens ayants droit peuvent adhérer à l'un des règlements des frais médicaux individuels (actifs ou retraités) de BTP-Prévoyance, en bénéficiant d'une gratuité temporaire de cotisation telle que définie à l'article 6.5 dudit règlement.

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

#### **12.1. Dispositions générales relatives aux prestations**

Pour tout bénéficiaire régulièrement affilié auprès de BTP-Prévoyance, le droit à prestations est fonction du niveau de couverture et des éventuels modules additionnels choisis par l'entreprise adhérente, tels qu'indiqués dans son certificat d'adhésion.

Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'annexe des garanties ;
- par référence au niveau de couverture en vigueur à la date du fait générateur. Toutefois, lorsque le fait générateur est postérieur à la date de fin du contrat de travail du salarié au sein de l'entreprise adhérente (dans le cadre des dispositions des articles 11.1, 11.2 et 11.4), et sauf autre disposition légale ou réglementaire plus favorable, c'est le niveau de couverture à la date de sortie de l'entreprise qui doit être retenu.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations relatives au contrat dit « responsable » (notamment les planchers, les plafonds, obligations et interdictions de prise en charge) résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et de 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 à 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 (toutefois, 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 à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et dans ses décrets d'application ;
- qu'en cas de modification des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, le conseil d'administration a

compétence pour apporter, à titre provisoire et au plus jusqu'au 31 décembre de l'exercice de prise d'effet, les adaptations nécessaires au présent règlement.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'annexe des garanties, ou résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme ;
- ne s'appliquent pas pour les soins effectués par des tiers, des professionnels ou des établissements non conventionnés par la sécurité sociale (tous identifiés à ce titre sous l'intitulé de secteur non conventionné), quels que soient les titres ou qualifications dont ils disposent.

Le cumul des remboursements effectués 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 régimes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement seront réduites à due concurrence.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'à La Réunion. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties « OPTAM » ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire ne font l'objet d'aucun remboursement.

Sous réserve des dispositions du présent article (destinées à assurer le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale), toute actualisation de l'annexe des garanties relève d'une décision de la commission paritaire de BTP-Prévoyance.

## **12.2. Dispositions spécifiques aux garanties optiques**

Les garanties optiques sont remboursées sur la base des frais effectivement engagés, dans la limite d'un plafond défini pour chaque bénéficiaire. Ce plafond, qui s'entend y compris du montant du ticket modérateur, est également appelé forfait de remboursement.

Le remboursement des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture s'applique :

- 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 – *Journal officiel* n° 0288 du 13 décembre 2018 texte n° 13 – ou toute actualisation ultérieure).

Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la dernière facturation d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les équipements optiques relevant du « 100 % santé », le forfait de remboursement de BTP-Prévoyance complète le remboursement de la sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

Le plafond de remboursement de l'équipement, qui dépend du module d'adhésion, est défini dans l'annexe des garanties.

### **12.3. Dispositions spécifiques aux garanties dentaires**

Pour les prothèses dentaires relevant du « 100 % santé », le forfait de remboursement de BTP-Prévoyance complète le remboursement de la sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

### **12.4. Dispositions spécifiques aux garanties audioprothétiques**

Pour les prothèses auditives relevant du « 100 % santé », le forfait de remboursement de BTP-Prévoyance complète le remboursement de la sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

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 – *Journal officiel* n° 0265 du 16 novembre 2018, texte n° 7 – ou par toute actualisation ultérieure).

### **12.5. Dispositions spécifiques à la garantie « allocation obsèques »**

En cas de décès du salarié affilié, de son conjoint ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans, le présent règlement prévoit le versement d'une allocation obsèques prenant la forme d'un montant forfaitaire.

Le montant de cette allocation est calculé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est fixé dans l'annexe de garanties.

L'allocation est versée à toute personne physique ayant pris en charge les frais d'obsèques du bénéficiaire.

## **Article 13 | Support des remboursements**

Les remboursements s'effectuent sur la base des données informatisées transmises par les régimes de base ou par les professionnels de santé.

Lorsqu'aucune donnée informatisée ne peut être obtenue par BTP-Prévoyance, le salarié affilié doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

Dans tous les cas où les barèmes résultant de l'annexe des garanties le nécessitent, le salarié affilié peut être conduit à fournir tous éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

## **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 €. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme d'une année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée au salarié affilié dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.



## Article 15 | *Tiers payant*

Les modalités de versement des prestations respectent les dispositions des articles L. 871-1 1 et L. 871-2 du code de la sécurité sociale (et de tout décret pris pour leur application) relatives aux mécanismes de tiers payant.

L'institution met ainsi à disposition des professionnels de santé, des établissements et des centres de santé, des services numériques permettant la mise en œuvre du tiers payant pour les remboursements suivants :

- les tarifs de responsabilité (ticket modérateur) ;
- les équipements dits « 100 % santé » ;
- le forfait journalier et le forfait urgences en établissements hospitaliers.

Pour toute prestation entrant dans le cadre d'une convention de tiers payant, le remboursement est destiné au professionnel de santé signataire et/ou bénéficiaire de la convention. Dans ce cas, le plancher de versement de la prestation visé à l'article 14 du présent règlement ne s'applique pas.

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 11 du présent règlement :

- le salarié affilié et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-Prévoyance ;
- dans l'hypothèse où le salarié affilié et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-Prévoyance est fondé :
  - à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées ;
  - ou à précompter ces sommes sur tous autres montants dus par BTP-Prévoyance (au titre de versements de prestations ou de remboursements de cotisations trop perçues).

## Article 16 | *Réservé*

## Article 17 | *Délai de déclaration et prescription*

### 17.1. Délai de déclaration du droit à prestation

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

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

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

### 17.2. Prescription des actions en justice

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale, toutes les actions en justice dérivant des opérations relatives aux droits et obligations nés du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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



Le délai de prescription est porté à :

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

La prescription de l'action est interrompue :

- en cas d'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés :
  - soit à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
  - soit à BTP-Prévoyance en ce qui concerne le règlement d'une prestation ;
- en cas de désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- ou par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
  - une action en justice (art. 2241 du code civil) ;
  - la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil) ;
  - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil).

## **Article 18 | *Recours contre tiers responsable***

BTP-Prévoyance est subrogée de plein droit au salarié affilié et/ou à ses ayants droit victime(s) d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

## **Article 19 | *Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration***

Toute omission, réticence, fausse déclaration, fraude ou tentative de fraude, revêtant un caractère intentionnel établi par l'institution, dans les informations communiquées, y compris l'utilisation de documents ou de justificatifs inexacts, par le salarié affilié à l'institution ou ses ayants droit concernant l'existence, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre expose le salarié affilié ou ses ayants droit à la déchéance de tout droit aux garanties du présent règlement pour le sinistre en cause et au rappel des prestations versées à tort.

## **Article 20 | *Réglementation LCB-FT***

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

- l'entreprise adhérente s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit doivent communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en ayant conclu des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé se sont engagés à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire.

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

## **Article 21 | Information des entreprises adhérentes et des salariés**

Les informations et documents utiles à la bonne exécution du présent règlement sont adressés à l'entreprise adhérente sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com).

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

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

### **21.1. Information lors de l'adhésion**

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

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

En particulier, lors de son adhésion et à chaque modification ultérieure du présent règlement, l'entreprise adhérente se voit remettre une notice d'information définissant notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise adhérente et des salariés affiliés, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations, ainsi que les modalités de financement et les conséquences du non-paiement des cotisations à l'institution par l'entreprise adhérente. L'entreprise doit remettre la notice d'information à ses salariés affiliés.

Sont communiquées au salarié affilié les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision concernant la gestion de sa couverture. S'agissant de ses droits, en particulier en termes de tiers payant, une carte récapitulative lui est adressée selon une périodicité fixée par l'institution ou par son sous-traitant l'association de moyens PRO BTP.

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

- soit par courrier à l'adresse suivante :

**BTP-Prévoyance – 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.

L'entreprise adhérente est informée :

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

- soit à l’adresse suivante :

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

- soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip) ;
- l’entreprise adhérente peut préalablement s’adresser par écrit à l’intercesseur de PRO BTP, à l’adresse suivante :

**Intercession PRO BTP, 7, rue du regard, 75006 Paris**

- que la saisine de la médiation de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu’aucune procédure judiciaire n’ait été engagée, ou soit sur le point de l’être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d’un an à compter de la première réclamation écrite. Il est précisé que la médiation de la protection sociale (CTIP) ou l’intercesseur de PRO BTP n’ont pas compétence pour répondre à des demandes d’information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l’autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

## **21.2. Information en cas de modification des conditions de couverture**

Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, conformément aux modalités prévues au premier alinéa de l’article 21, de toute modification apportée aux articles 1 à 25 du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations et/ou les garanties.

Après information des entreprises adhérentes et pour celles qui n’ont pas exercé leur droit à résiliation dans les conditions définies à l’article 8.1.a du présent règlement, les modifications s’appliquent de plein droit.

Conformément à la réglementation, il appartient :

- à BTP-Prévoyance d’établir une notice d’information exposant les nouvelles garanties applicables, selon les modalités prévues au premier alinéa de l’article 21 du présent règlement ;
- à l’entreprise adhérente de remettre cette notice aux salariés concernés.

## **21.3. Protection des données personnelles**

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

- BTP-Prévoyance est responsable des traitements qu’elle réalise sur les données personnelles des salariés de l’entreprise adhérente et de leurs bénéficiaires pour la mise en œuvre de leur couverture santé ;
- l’entreprise adhérente reste responsable des traitements qu’elle réalise sur les données de ses salariés en sa qualité d’employeur. Dans ce cadre, l’entreprise adhérente est responsable des obligations qui lui incombent en qualité de responsable de traitement.

Pour la mise en œuvre de la couverture santé née du présent règlement, BTP-Prévoyance est susceptible de collecter et de traiter les données suivantes des salariés affiliés : information personnelles, données de contact, données d’identification, NIR (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de vie privée, données de leurs bénéficiaires, données professionnelles, données économiques et financières, données opérationnelles liées à la couverture santé, données de santé ou autres données particulières (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de transaction.

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

- (i) adhésion, gestion et exécution de la couverture santé ;
- (ii) réalisation d’enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de ses collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant,

réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du groupe PRO BTP, sauf opposition des salariés (que ces derniers peuvent exercer à tout moment), évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de BTP-Prévoyance ;

(iii) et avec l'accord des salariés de l'entreprise adhérente, prospection commerciale par e-mail, SMS ou MMS par les entités du groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits.

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

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

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

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

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

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

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture santé née du présent règlement ou aux obligations légales de BTP-Prévoyance, les salariés affiliés de l'entreprise adhérente et leurs bénéficiaires sont titulaires des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données à caractère personnel, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de retirer leur consentement et de donner des directives sur le sort de leurs données après décès. Ces droits et la façon de les exercer leurs sont rappelés dans les bulletins d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

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

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

#### **21.4. Information du chef d'entreprise sur les comptes du régime**

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

Par son adhésion au présent règlement, l'entreprise a fait le choix d'une mutualisation au sein d'un régime de frais médicaux de branche régi par l'accord collectif régional du 2 décembre 2025. Dans ce cadre, elle prend acte que le rapport en question, qui porte sur les comptes de la mutualisation, est établi à partir des données cumulées des adhésions au présent règlement, d'entreprises du bâtiment et des travaux publics de La Réunion.

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

- le nombre total de salariés garantis par le même niveau de garanties au sein du présent règlement ;
- le rapport de charge global constaté pour l'ensemble des entreprises ayant adhéré au même niveau de garanties.

#### **21.5. Degré élevé de solidarité**

Conformément aux dispositions de l'accord collectif régional du 2 décembre 2025, le présent régime finance des prestations sociales à travers un fonds désigné « degré élevé de solidarité BTP Réunion » alimenté par l'affectation de 2 % des cotisations collectées au titre de l'article 6 du présent règlement.

Ce fonds délivre des garanties présentant un degré élevé de solidarité telles que mentionnées au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.

## **Chapitre II Dispositions spécifiques aux compléments de couverture facultative**

Lorsqu'une entreprise adhère aux niveaux « base conventionnelle » ou « option 1 » de la couverture obligatoire définie au chapitre I du présent règlement, elle ouvre droit pour chacun de ses salariés affiliés à la possibilité de compléter ses garanties, à son bénéfice et à celui de ses ayants droit, en s'affiliant à la couverture facultative définie au présent chapitre II.

### **Article 22 | Affiliation à la couverture facultative**

#### **22.1. Modalités d'activation de la couverture facultative**

L'activation de la couverture facultative (ou sa modification ultérieure) fait suite à la signature, par le salarié affilié à la couverture obligatoire, d'un bulletin individuel d'affiliation à la couverture facultative. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis au présent règlement.

Ce salarié peut améliorer son niveau de garanties comme suit :

- s'il est affilié à titre obligatoire à une couverture de niveau « base conventionnelle », en optant pour une couverture facultative de niveau « option 1 » ou « option 2 » ;
- s'il est affilié à titre obligatoire à une couverture de niveau « option 1 », en optant pour une couverture facultative de niveau « option 2 ».

Les ayants droit affiliés à la couverture obligatoire bénéficient obligatoirement du même niveau de couverture facultative que celui qui a été retenu par le salarié.

## **22.2. Date d'effet initiale de l'affiliation facultative**

La date d'effet de l'affiliation à la couverture facultative (également appelée « affiliation facultative ») est fixée au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'affiliation dûment complétée et signée. Par exception, lorsque l'affiliation à la couverture facultative est conclue avant le terme du mois civil de l'affiliation du salarié à la couverture obligatoire, la date d'effet des garanties facultatives peut, à sa demande, être concomitante à celle des garanties obligatoires.

## **22.3. Modification de l'affiliation facultative**

Lorsque le salarié souhaite modifier son affiliation facultative à l'aide d'un bulletin individuel d'affiliation modificatif :

- pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment retenue, cette modification prend effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, sous réserve d'avoir été notifiée à BTP-Prévoyance au moins deux mois auparavant, par courrier recommandé, recommandé électronique ou remise en main propre datée et contre signée ;
- pour une option dont le niveau est supérieur à celle précédemment retenue, cette modification prend effet au plus tôt au premier jour du mois qui suit la demande ou sur choix du salarié, au premier jour de tout mois ultérieur spécifié par le salarié, et au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier suivant.

La modification du niveau de garanties du salarié entraîne la même modification pour tous ses ayants droit.

Le montant de la cotisation faisant suite à la demande de modification tient compte du niveau de garanties à la date d'effet de la modification.

En cas de changement de niveau de garanties, pour tous les soins prescrits et les actes effectués avant la date d'effet de la modification, le salarié et ses éventuels ayants droit bénéficient des prestations du niveau de garanties précédemment choisi.

## **22.4. Durée de l'affiliation facultative**

L'affiliation initiale (ou sa modification ultérieure) à la couverture facultative est conclue pour une durée de douze mois à compter de sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n + 1) suivant l'exercice de prise d'effet (n) ;
- puis annuellement jusqu'au 31 décembre de chaque exercice, sauf cessation anticipée de l'affiliation tel que défini à l'article 24.

## **22.5. Droit de renonciation**

Toute demande d'affiliation à la couverture facultative s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin individuel d'affiliation facultative. Pour être pris en compte par BTP-Prévoyance :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-Prévoyance par lettre, support durable, ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale ;
- et aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu – tant auprès du salarié qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant – entre la date de signature du bulletin individuel d'affiliation facultative et la date de renonciation.



Pour faciliter la prise en compte de son droit à renonciation, le salarié est invité à utiliser la rédaction suivante :

« Je renonce à mon affiliation au régime optionnel intervenue le jj.mm.aa sous le numéro xxx (numéro d'adhésion indiqué dans le certificat d'adhésion) ».

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

## **22.6. Sanction en cas de fausse déclaration**

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'affiliation facultative (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation de l'affiliation facultative peut être prononcée sans préavis par l'institution. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

## **Article 23 | Conséquences en cas de suspension, modification ou résiliation de la couverture obligatoire**

### **23.1. Impact en cas de suspension de la couverture obligatoire**

En cas de suspension de la couverture obligatoire faisant suite à une suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, sans perception d'indemnités journalières complémentaires, ou sans versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente, les garanties obligatoires et facultatives sont suspendues pour le salarié et ses ayants droit affiliés. La période de suspension des garanties obligatoires et facultatives intervient de plein droit à la date de suspension de contrat de travail et s'achève à la date de reprise effective du travail du salarié, sous réserve que BTP-Prévoyance en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise.

À défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par BTP-Prévoyance de la déclaration faite par l'entreprise adhérente.

Pendant la période de suspension de contrat de travail sans maintien de salaire, sans perception d'indemnités journalières complémentaires ou sans versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente, le salarié a la possibilité de demander le maintien de sa couverture pour lui et ses éventuels ayants droits, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité des cotisations (au titre des niveaux retenus de couverture obligatoire et de couverture facultative) telles que fixées sur le certificat d'affiliation facultative.

### **23.2. Impact en cas de modification ou de cessation de la couverture obligatoire**

En cas de modification à la hausse ou à la baisse de la formule de garanties de la couverture obligatoire retenue par l'entreprise adhérente, le salarié affilié a le choix :

- soit de continuer de bénéficier de sa couverture facultative avec un ajustement en conséquence du montant de sa cotisation ;
- soit de mettre un terme à son affiliation à la couverture facultative.

En cas de cessation des garanties obligatoires, les garanties facultatives cessent à la même date pour le salarié et ses ayants droit.



## **Article 24 | Terme de l'affiliation à la couverture facultative, conséquences en cas de défaut de versement des cotisations**

### **24.1. Terme de l'affiliation facultative**

Le salarié qui souhaite mettre un terme à son affiliation à la couverture facultative doit signifier sa décision à BTP-Prévoyance par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale.

Le terme de cette affiliation facultative ne peut intervenir qu'après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de son affiliation à la couverture facultative ; cette résiliation prend effet :

- par défaut, à l'expiration du délai d'un mois après que BTP-Prévoyance en a reçu notification ;
- ou, sur demande expresse du salarié, au dernier jour du mois suivant celui au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande de fin de la couverture facultative.

Le terme de l'affiliation à la couverture facultative est également possible à l'initiative du salarié dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande, si le salarié a été informé d'une augmentation du taux de la cotisation ou d'une diminution des droits au titre du présent chapitre II, et s'il a formulé sa demande dans les 30 jours suivant l'envoi de la communication l'en ayant informé ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-21-3 du code de la sécurité sociale, si les dates limites d'exercice du droit annuel à cessation de l'affiliation facultative n'ont pas été rappelées dans la notice d'information ;
- à la date du premier anniversaire de l'affiliation à la couverture facultative (puis chaque année au 31 décembre de l'exercice) sous réserve que la demande ait été signifiée à BTP-Prévoyance au moins deux mois auparavant.

À compter du terme de l'affiliation du salarié à la couverture facultative, il est mis fin à tout complément de remboursement de dépenses afférentes à des soins prescrits ou effectués, au-delà du niveau de garanties obligatoire retenu par l'entreprise adhérente.

La couverture facultative d'un ayant droit cesse automatiquement dès lors qu'il ne remplit plus les conditions définies à l'article 4 du présent règlement, et en tout état de cause à la date du terme de l'affiliation du salarié à la couverture facultative.

### **24.2. Conséquences en cas de défaut de paiement des cotisations au titre de la couverture facultative**

Lorsque la cotisation est appelée directement auprès du salarié, en cas de non-paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation appelée dans les dix (10) jours de son échéance, le salarié affilié est informé par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu, qu'à défaut de règlement dans les quarante (40) jours qui suivent l'envoi de cette mise en demeure, son affiliation à la couverture facultative sera résiliée.

## **Article 25 | Cotisations liées à la couverture facultative**

### **25.1. Taux de cotisation**

Les taux de cotisations applicables sont précisés dans le certificat d'adhésion de l'entreprise. Ils sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, et sont fonction du différentiel entre :

- le niveau de couverture obligatoire choisi par l'entreprise adhérente d'une part ;
- et le niveau de couverture facultative choisi par le salarié, d'autre part.

## 25.2. Exigibilité des cotisations

Les cotisations liées à la couverture facultative sont exigibles mensuellement.

## 25.3. Révision des taux de cotisation

Les taux de cotisation liés à la couverture facultative sont révisables à chaque échéance annuelle (au 1<sup>er</sup> janvier).

Ces révisions sont notifiées au salarié et prennent effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la notification et ce, tant pour les affiliations en cours que pour les nouvelles affiliations à la couverture facultative.

De même, les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes obligatoires ou de la législation fiscale ou sociale.

## 25.4. Modalités de paiement des cotisations

Le salarié, par la signature du bulletin individuel d'affiliation à la couverture facultative, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que son affiliation à la couverture facultative n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable en fonction des modalités de paiement retenues par l'entreprise adhérente :

- soit par prélèvement automatique directement sur le compte bancaire du salarié. La cotisation est alors payable d'avance ; son paiement est fractionné par mois. Les éventuels frais d'impayés sur prélèvement pourront être imputés au salarié affilié ;
- soit la fraction de cotisation à la charge du salarié est précomptée et versée par l'entreprise en tant que mandataire responsable du versement des cotisations afférentes aux garanties de la couverture facultative auprès de BTP-Prévoyance.

## 25.5. Impôts et taxes

Tout impôt et taxe, présents et futurs, auquel le présent règlement est assujéti au titre de la couverture facultative est à la charge du salarié et est inclus dans les cotisations.

### Article 26 | *Réservé*

### Article 27 | *Réservé*

### Article 28 | *Section financière et réserve*

À l'exception des dispositions spécifiques définies à l'article 30 ci-après, le suivi des opérations nées du présent règlement est réalisé dans le cadre des dispositions des articles 28 à 30 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs.

### Article 29 | *Réservé*

### Article 30 | *Compte de résultat*

Les opérations nées du présent règlement font l'objet d'un suivi dans le cadre suivant :

#### 30.1. Le « compte du régime »

Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) les cotisations acquises des entreprises adhérentes au titre du présent règlement ;
- b) les autres produits techniques, incluant notamment les majorations et pénalités de retard ;
- c) la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs ;

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

Les charges imputées au « compte du régime » comprennent :

a) les charges de prestations versées et provisionnées au titre du présent règlement ;

b) le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs ;

c) les autres charges techniques ;

d) un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation du compte de gestion défini à l'article 30.2 du règlement du régime standard de frais médicaux collectif, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 15 % des cotisations acquises des entreprises adhérentes au titre du présent règlement ;

e) un prélèvement de 2 % sur les cotisations acquises des entreprises adhérentes au titre du présent règlement, pour l'alimentation du compte du fonds « degré élevé de solidarité BTP Réunion » ;

f) le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 29 du règlement du régime standard de frais médicaux collectif ;

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

Il appartient à la commission paritaire ordinaire d'affecter le solde de ce compte à la réserve définie à l'article 28 du règlement du régime standard de frais médicaux collectif.

### **30.2. Le compte de gestion**

Le suivi des dépenses de gestion engagées par l'institution au titre du présent règlement est réalisé dans le cadre des dispositions des articles 30.2 du règlement du régime standard de frais médicaux collectifs.

### **30.3. Le compte du fonds « Degré élevé de solidarité BTP Réunion »**

Ce compte est destiné à prendre en charge le service de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, conformément aux dispositions de l'accord collectif régional du 2 décembre 2025.

Il est alimenté par un prélèvement de 2 % sur les cotisations acquises des entreprises adhérentes au titre du présent règlement.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire d'affecter annuellement le solde de ce compte.

## **Titre XV 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 de l'article 2 « Adhésion des entreprises » est intégralement remplacé par :

« L'adhésion au présent règlement ou la modification du niveau de couverture n'est plus possible depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2025. »

II. Le titre et le texte de l'article 3 « Modalités de l'adhésion » sont intégralement remplacés par :

« Article 3 | *Réservé* »

III. Le titre et le texte de l'article 5 « Date d'effet de l'adhésion initiale ou de toute modification ultérieure dans le niveau des garanties » sont intégralement remplacés par :

**« Article 5 | *Réservé* »**

IV. Le dernier paragraphe de l'article 13 « Support des remboursements » :

« En particulier, l'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes et le rappel des prestations versées à tort. »

est supprimé.

V. 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 2025. 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 €. Ce paiement s'effectue par virement bancaire. »

VI. Le titre de l'article 19 « Réserve » est remplacé par :

**« Article 19 | *Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration* »**

VII. Le texte de l'article 19 « Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration » est rédigé comme suit :

« Toute omission, réticence, fausse déclaration, fraude ou tentative de fraude, revêtant un caractère intentionnel établi par l'institution, dans les informations communiquées, y compris l'utilisation de documents ou de justificatifs inexacts, par le salarié affilié à l'institution ou ses ayants droits concernant l'existence, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre expose le salarié affilié ou ses ayants droit à la déchéance de tout droit aux garanties du présent règlement pour le sinistre en cause et au rappel des prestations versées à tort. »

VIII. Le texte suivant de l'article 20 « Réglementation LCB-FT » :

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

À ce titre :

- l'entreprise adhérente s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit doivent communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

est remplacé par :

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

- l'entreprise adhérente s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit doivent communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en ayant conclu des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé se sont engagés à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire... »

**IX.** Le paragraphe suivant de l'article 21 « Information des entreprises adhérentes et des salariés » :

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

est remplacé par :

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

**X.** Le titre du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » est remplacé par :

« 21.1. Information durant l'adhésion »

**XI.** Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information durant l'adhésion » :

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

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

En particulier, lors de son adhésion et à chaque modification ultérieure du présent règlement, l'entreprise adhérente se voit remettre une notice d'information définissant notamment les « garanties résultantes » et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des salariés affiliés, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations ainsi que les modalités de financement et les sanctions du non-paiement des cotisations. L'entreprise est tenue de remettre la notice d'information à ses salariés. »

est remplacé par :

« À chaque modification du présent règlement, l'entreprise adhérente se voit remettre une notice d'information définissant notamment les « garanties résultantes » et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des salariés affiliés, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations ainsi que les modalités de financement et les sanctions du non-paiement des cotisations. L'entreprise est tenue de remettre la notice d'information à ses salariés. »

## **Titre XVI Règlements de surcomplémentaires**

### **« amplitude : améliorations de garanties »**

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

**I. Le texte suivant de l'article 6 « Détermination des cotisations » :**

« La cotisation annuelle est définie dans l'annexe tarifaire. »

est remplacé par :

« Le montant de la cotisation annuelle applicable à l'adhérent est défini dans l'annexe tarifaire. Il est défini en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de l'avenant par lequel la commission paritaire l'a entériné.

BTP-Prévoyance est engagé annuellement sur le montant des cotisations hors taxes. En cas d'instauration – ou de modification – de taxes ou contributions de toute nature assises sur les cotisations en cours d'exercice, le montant des cotisations toutes taxes comprises est ajusté à due proportion, sauf décision contraire du conseil d'administration de l'institution. »

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

« 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 ACO, ou dispositif équivalent) visé à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**III. Le dernier paragraphe de l'article 13 « Support des remboursements » :**

« L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes et le rappel des prestations versées à tort. »

est supprimé.

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

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

« En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion à un régime de frais médicaux individuels de l'institution au titre des dispositions de l'article L. 932-12-1 du code de la sécurité sociale, puis qu'il a adhéré au présent règlement dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze premiers mois de cette nouvelle adhésion. »

est remplacé par :

« En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion à un régime de frais médicaux individuels de l'institution au titre des dispositions des articles L. 932-21-2 et L. 932-19 du code de la sécurité sociale, puis qu'il a adhéré au présent règlement dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze premiers mois de cette nouvelle adhésion. »

**VI.** Le titre de l'article 19 « Réservé » est remplacé par :

« **Article 19 | Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration** »

**VII.** Le texte de l'article 19 « Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration » est rédigé comme suit :

« Toute omission, réticence, fausse déclaration, fraude ou tentative de fraude, revêtant un caractère intentionnel établi par l'institution, dans les informations communiquées, y compris l'utilisation de documents ou de justificatifs inexacts, par l'adhérent ou ses ayants droit concernant l'existence, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre expose le salarié affilié ou ses ayants droit à la déchéance de tout droit aux garanties du présent règlement pour le sinistre en cause et au rappel des prestations versées à tort. »

**VIII.** Le texte suivant de l'article 20 « Réglementation LCB-FT » :

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

- l'adhérent s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

est remplacé par :

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

- l'adhérent s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au



respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;

- en ayant conclu des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé se sont engagés à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

**IX.** Le paragraphe suivant de l'article 21 « Information des adhérents » :

« S'il accepte la dématérialisation de la relation contractuelle, l'adhérent consent à recevoir les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com). »

est remplacé par :

« Les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sont adressés à l'adhérent sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com). »

**X.** Le titre du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » est remplacé par :

« **21.1.** Information lors de l'adhésion et durant l'adhésion »

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

« L'adhérent est informé :

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

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

- soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip) ;
- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP) n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

est remplacé par :

« L'adhérent est informé :

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

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

- soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip) ;

- que la saisine de la médiation de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu’aucune procédure judiciaire n’ait été engagée, ou soit sur le point de l’être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d’un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que la médiation de la protection sociale (CTIP) n’a pas compétence pour répondre à des demandes d’information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l’autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

## **Titre XVII Règlements de surcomplémentaires**

### **« amplitude : extensions familiales »**

Le titre du règlement des « Frais médicaux amplitude – Extension familiale » est remplacé par :

« Frais médicaux amplitude – Extensions familiales ».

Les modifications suivantes sont apportées au règlement des « Frais médicaux amplitude – Extensions familiales » :

#### **I. Le texte suivant du sous-article 6.1. « Règles générales de fixations des cotisations » :**

« Le montant de la cotisation annuelle est défini dans l’annexe tarifaire. »

est remplacé par :

« Le montant de la cotisation annuelle applicable à l’adhérent est défini dans l’annexe tarifaire. Il est défini en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de l’avenant par lequel la commission paritaire l’a entériné.

BTP-Prévoyance est engagé annuellement sur le montant des cotisations hors taxes. En cas d’instauration – ou de modification – de taxes ou contributions de toute nature assises sur les cotisations en cours d’exercice, le montant des cotisations toutes taxes comprises est ajusté à due proportion, sauf décision contraire du conseil d’administration de l’institution. »

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

« 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 « amplitude – améliorations de garanties ») 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. »

#### **III. Le texte suivant du sous-article 8.1.a « Résiliation à l’initiative de l’adhérent » :**

« La résiliation est également possible à l’initiative de l’adhérent dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l’adhérent relève d’une des situations suivantes :
- l’adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l’envoi d’une communication l’informant d’une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (“ONDAM”) ou d’une diminution des droits nés du présent règlement ;

- l’adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
- les bénéficiaires de la couverture ont été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
- le salarié ne fait plus partie des effectifs de l’entreprise adhérente au socle collectif mais continue à bénéficier du maintien des garanties collectives sans contrepartie de cotisations ; »

est remplacé par :

- « La résiliation est également possible à l’initiative de l’adhérent dans les conditions suivantes :
- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l’adhérent relève d’une des situations suivantes :
  - l’adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l’envoi d’une communication l’informant d’une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (“ONDAM”) ou d’une diminution des droits nés du présent règlement ;
  - l’adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
  - le salarié ne fait plus partie des effectifs de l’entreprise adhérente au socle collectif mais continue à bénéficier du maintien des garanties collectives sans contrepartie de cotisations ;
  - à la veille du jour où il devient bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (avec ou sans participation financière), sous réserve que la demande ait été faite au plus tard au cours du mois calendaire suivant sa prise d’effet. Lorsque la résiliation a un effet rétroactif, les encaissements trop perçus sont alors remboursés sous déduction des montants trop versés. Passé ce délai, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande. »

**IV.** Le texte du sous-article 12.5 « Autres dispositions concernant la prise en charge des prothèses dentaires, prothèses auditives et matériel médical » est intégralement remplacé par :

- « Le droit annuel à remboursements (en sus des bases de remboursement de la sécurité sociale) est plafonné pour le cumul des postes suivants :
- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
  - prothèses auditives ;
  - matériel médical.

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

- à 2 500 € à compter de la date d’effet de l’adhésion jusqu’au 31 décembre de l’année qui suit ;
- à 5 000 € du 1<sup>er</sup> janvier de la deuxième année jusqu’au 31 décembre de la quatrième année qui suivent la date d’effet de l’adhésion ;
- à 10 000 € à partir du 1<sup>er</sup> janvier de la cinquième année suivant la date d’effet de l’adhésion.

L’ancienneté d’adhésion prise en compte intègre les éventuelles périodes d’affiliation en tant qu’ayant droit au règlement des frais médicaux collectifs standards de BTP-Prévoyance, si l’adhésion individuelle intervient dans les 6 mois suivant la sortie de cette couverture collective.

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

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements – dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale – pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d’orthopédie dentofaciale ;
- ou au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du « 100 % santé », telles que définies ci-dessus. »

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

« 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 ACO, ou dispositif équivalent) visé à l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**VI.** Le dernier paragraphe de l’article 13 « Support des remboursements » :

« L’utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes et le rappel des prestations versées à tort. »

est supprimé.

**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 2025. 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 €. Ce paiement s’effectue par virement bancaire. »

**VIII.** Le titre de l’article 19 « Réserve » est remplacé par :

**Article 19 | Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration »**

**IX.** Le texte de l’article 19 « Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration » est rédigé comme suit :

« Toute omission, réticence, fausse déclaration, fraude ou tentative de fraude, revêtant un caractère intentionnel établi par l’institution, dans les informations communiquées, y compris l’utilisation de documents ou de justificatifs inexacts, par l’adhérent ou ses ayants droit concernant l’existence, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d’un sinistre expose le salarié affilié ou ses ayants droit à la déchéance de tout droit aux garanties du présent règlement pour le sinistre en cause et au rappel des prestations versées à tort. »

**X.** Le texte suivant de l’article 20 « Réglementation LCB-FT » :

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

- l’adhérent s’engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;

- le cas échéant, pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

est remplacé par :

- « Dans le cadre de la réglementation LCB-FT (lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme), BTP-Prévoyance est tenue à diverses obligations de vigilance spécifique. À ce titre :
- l'adhérent s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
  - le cas échéant, pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
  - en ayant conclu des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé se sont engagés à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

**XI.** Le paragraphe suivant de l'article 21 « Information des adhérents » :

- « S'il accepte la dématérialisation de la relation contractuelle, l'adhérent consent à recevoir les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sur support durable dans son espace client ouvert sur le site Internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com). »

est remplacé par :

- « Les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sont adressés à l'adhérent sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com). »

**XII.** Le titre du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » est remplacé par :

- « **21.1. Information lors de l'adhésion et durant l'adhésion** »

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

- « L'adhérent est informé :
- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, il peut s'adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
  - soit à l'adresse suivante :  
**Médiateur de la protection sociale (CTIP), 10, rue Cambacérès, 75008 Paris**
  - soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip) ;
  - que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection

- sociale (CTIP) n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

est remplacé par :

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

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

- soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip) ;
- que la saisine de la médiation de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que la médiation de la protection sociale (CTIP) n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

## **Titre XVIII Règlement des frais médicaux individuels des retraités**

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

### **I. Le texte suivant de l'article 2 « Adhérents » :**

- « L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise. »

est remplacé par :

- « L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français domiciliés :
- en France métropolitaine (Corse comprise) ;
- ou sur l'île de La Réunion, s'ils ont préalablement bénéficié d'une couverture de frais médicaux collectifs de BTP-Prévoyance. »

### **II. Le texte suivant du sous-article 3.1 « Nouvelle adhésion individuelle auprès de BTP-Prévoyance » :**

- « Le bulletin d'adhésion précise notamment :
- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée ;
- la date et le lieu de naissance ainsi que le lieu de domiciliation du candidat à l'adhésion ;
- la désignation des personnes couvertes par l'adhésion ;

- la date d’effet de l’adhésion ;
- le niveau de garantie retenu. L’adhérent ne peut choisir plus d’un niveau d’écart entre le niveau des garanties pour le module “soins-hospitalisation” et celui des garanties pour le module “optique, prothèses et divers.” »

est remplacé par :

- « Le bulletin d’adhésion précise notamment :
- la catégorie (prévue par l’article 2) au titre de laquelle l’adhésion est sollicitée ;
  - la date et le lieu de naissance ainsi que le lieu de domiciliation du candidat à l’adhésion ;
  - la désignation des personnes couvertes par l’adhésion ;
  - la date d’effet de l’adhésion ;
  - le niveau de garantie retenu. L’adhérent ne peut choisir plus d’un niveau d’écart entre le niveau des garanties pour le module “soins-hospitalisation” et celui des garanties pour le module “optique, prothèses et divers.” Par ailleurs et en 2026, les retraités domiciliés sur l’île de La Réunion ne peuvent choisir que parmi les niveaux de garanties suivants : S1P1, S2P2, S3P3, S3 + P3 + et S4P4. »

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

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

est remplacé par :

- « La couverture n’est possible que pour :
- les bénéficiaires relevant d’un régime obligatoire d’assurance maladie français domiciliés en France métropolitaine (Corse comprise) et sur l’île de La Réunion ;
  - les étudiants relevant des dispositions de l’article 4.2. »

### IV. Le texte du sous-article 6.1 « Règles générales de fixations des cotisations » est intégralement remplacé par :

« Le montant de la cotisation annuelle applicable à l’adhérent est défini dans l’annexe tarifaire. Il est défini en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de l’avenant par lequel la commission paritaire l’a entériné.

BTP-Prévoyance est engagé annuellement sur le montant des cotisations hors taxes. En cas d’instauration – ou de modification – de taxes ou contributions de toute nature assises sur les cotisations en cours d’exercice, le montant des cotisations toutes taxes comprises est ajusté à due proportion, sauf décision contraire du conseil d’administration de l’institution.

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 1<sup>er</sup> janvier de l’exercice).



Lorsque l'adhésion couvre également le conjoint en qualité d'ayant droit, la cotisation « couple » est déterminée par référence à l'âge de l'adhérent.

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.

Cette majoration n'est toutefois pas appliquée si :

1/ l'adhésion intervient :

- avant la fin du 12<sup>e</sup> mois qui suit la date de liquidation de retraite Agirc-Arrco de l'adhérent ;
- ou, si elle est plus favorable, dans les trois mois suivant la date de fin de sa dernière activité salariée (notamment dans le cadre d'un cumul emploi-retraite).

2/ l'adhérent est un ancien bénéficiaire de la CSS, et remplit les conditions suivantes :

- sa couverture CSS a été résiliée depuis moins de douze derniers mois ;
- et il a été couvert par l'institution au cours des cinq dernières années.

L'adhésion du conjoint d'un adhérent décédé s'effectue aux mêmes conditions tarifaires que celles dont il bénéficiait précédemment, s'il adhère dans les six mois suivant le décès.

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. »

**V.** Le texte suivant du sous-article 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. »

est remplacé par :

« 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 d'un des régimes de frais médicaux collectifs assurés par l'institution, 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. »

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

« 6.5. Gratuité temporaire à l'adhésion du conjoint, en cas de décès d'un ancien salarié affilié à une couverture de frais médicaux collectifs »

**VII.** Le texte du sous-article 6.5 « Gratuité temporaire à l'adhésion du conjoint, en cas de décès d'un ancien salarié affilié à une couverture de frais médicaux collectifs » est intégralement remplacé par :

« En cas de décès d'un ancien salarié qui, à la date du décès :

- était affilié à une couverture de frais médicaux collectifs assurée par 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. »

**VIII.** Le texte du sous-article 6.6.a « Dispositions générales relatives aux réductions sociales » est intégralement remplacé par :

« Dans le cadre de la politique d'action sociale santé mise en œuvre par BTP Prévoyance, les adhérents peuvent bénéficier d'une réduction sociale sur leur cotisation.

Ces réductions sont décidées annuellement par le conseil d'administration.

Ces réductions sont liées à la situation de l'adhérent et/ou de son conjoint :

- bénéficiaire de l'APA ("réduction dépendance") ;
- à défaut, bénéficiaire d'une pension de retraite exonérée de CSG-CRDS (ou si tel a été le cas au cours des cinq exercices précédents) ;
- à défaut, ancienneté d'au moins 30 ans dans le BTP (ancienneté définie à partir de la durée d'affiliation à BTP-Prévoyance en tant que salarié).

Lorsqu'il bénéficiait de la réduction pour ancienneté d'au moins 30 ans dans le BTP dans le cadre d'une couverture « couple », le conjoint d'un adhérent décédé, s'il adhère dans les six mois suivant le décès, conserve cette réduction lors de son adhésion au présent règlement.

Pour les personnes qui ont adhéré au présent règlement après l'âge prévu au 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 6.1 et qui sont à ce titre sujettes à une majoration de cotisations (hors adhésion du conjoint d'un adhérent décédé, s'il adhère dans les six mois suivant le

décès), ces différents droits à réduction ne sont ouverts qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier de la troisième année suivant la date d'adhésion.

Les montants des réductions mises en œuvre sont détaillés dans l'annexe sociale jointe au présent règlement. »

**IX.** 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 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). »

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 2026 ;
- à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, pour les personnes qui bénéficiaient déjà de l'APA au 31 décembre 2025 (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 2024 ou 2025). »

et le paragraphe suivant :

« 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. »

est remplacé par :

« Pour tout bénéficiaire de la "réduction dépendance", le droit à réduction est irrévocablement acquis jusqu'au 31 décembre 2026 ; par exception, le décès du bénéficiaire de l'APA interrompt automatiquement le droit à réduction. »

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

« 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). »

est remplacé par :

« En 2026, 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). »

**XI.** Le texte du sous-article 8.1 « Terme de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

« Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ;
- en cas de résiliation à l'initiative de l'institution ;

- automatiquement :
  - au jour du décès de l'adhérent ;
  - ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
  - au dernier jour du mois d'affiliation à une couverture collective obligatoire assurée par BTP-Prévoyance ou par une autre entité relevant du périmètre des comptes combinés de la SGAPS BTP. »

**XII.** Le texte suivant du sous-article 8.1.a « Résiliation à l'initiative de l'adhérent » :

- « La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :
- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
    - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
    - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
    - l'adhérent a été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
  - au jour de son affiliation à une couverture obligatoire de frais médicaux d'entreprise, sous réserve que la demande ait été faite au plus tard dans les trois mois suivant cette date, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
    - l'adhérent a été affilié en tant que salarié à la couverture obligatoire de frais médicaux de son entreprise ;
    - l'adhérent a été affilié en tant qu'ayant droit à la couverture obligatoire de frais médicaux de l'entreprise dans laquelle son conjoint exerce une activité salariée.
- Passé le délai de 3 mois après son affiliation, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande. »

est remplacé par :

- « La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent avec prise d'effet dans les conditions suivantes :
- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
    - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
    - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
  - à la veille du jour où il devient bénéficiaire d'une des couvertures complémentaires santé suivantes, et sous réserve que la demande ait été faite au plus tard au cours du mois calendaire suivant sa prise d'effet :
    - affiliation obligatoire à une couverture de frais médicaux d'entreprise, en tant que salarié ou en tant qu'ayant droit ;
    - admission au bénéfice de la complémentaire santé solidaire (avec ou sans participation financière).

Lorsque la résiliation a un effet rétroactif, les encaissements trop perçus sont alors remboursés sous déduction des montants trop versés.

Passé le délai mentionné ci-dessus, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande. »

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

« Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte 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 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. »

est remplacé par :

« Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte 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 paragraphe suivant :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont

identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

est remplacé par :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions que pour des dépenses équivalentes sur leur territoire de domiciliation. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

**XIV.** Le texte du sous-article 12.5 « Autres dispositions concernant la prise en charge des prothèses dentaires, prothèses auditives et matériel médical » est intégralement remplacé par :

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

- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
- prothèses auditives ;
- matériel médical.

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

- à 2 500 € à compter de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit ;
- à 5 000 € du 1<sup>er</sup> janvier de la deuxième année jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suivent la date d'effet de l'adhésion ;
- à 10 000 € à partir du 1<sup>er</sup> janvier de la cinquième année suivant la date d'effet de l'adhésion.

L'ancienneté d'adhésion prise en compte intègre les éventuelles périodes d'affiliation en tant que salarié au règlement des frais médicaux collectifs standards de BTP-Prévoyance, si l'adhésion individuelle intervient dans les 6 mois suivant la sortie de cette couverture collective.

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

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements – dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale – pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale ;
- ou au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "100 % santé", telles que définies ci-dessus. »

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

« 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 ACO, ou dispositif équivalent) visé à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**XVI.** Le dernier paragraphe de l'article 13 « Support des remboursements » :

« L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes et le rappel des prestations versées à tort. »

est supprimé.

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

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

« En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion à un régime de frais médicaux individuels de l'institution au titre des dispositions de l'article L. 932-12-1 du code de la sécurité sociale, puis qu'il a adhéré au présent règlement dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze premiers mois de cette nouvelle adhésion. »

est remplacé par :

« En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion à un régime de frais médicaux individuels de l'institution au titre des dispositions des articles L. 932-21-2 et L. 932-19 du code de la sécurité sociale, puis qu'il a adhéré au présent règlement dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze premiers mois de cette nouvelle adhésion. »

**XVIII.** Le titre de l'article 19 « Réserve » est remplacé par :

« Article 19 | *Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration* »

**XIX.** Le texte de l'article 19 « Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration » est rédigé comme suit :

« Toute omission, réticence, fausse déclaration, fraude ou tentative de fraude, revêtant un caractère intentionnel établi par l'institution, dans les informations communiquées, y compris l'utilisation de documents ou de justificatifs inexacts, par l'adhérent ou ses ayants droit concernant l'existence, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre expose l'adhérent ou ses ayants droit à la déchéance de tout droit aux garanties du présent règlement pour le sinistre en cause et au rappel des prestations versées à tort. »

**XX.** Le texte suivant de l'article 20 « Réglementation LCB-FT » :

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



- l’adhérent s’engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- le cas échéant, pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l’article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s’engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

est remplacé par :

- « Dans le cadre de la réglementation LCB-FT (lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme), BTP-Prévoyance est tenue à diverses obligations de vigilance spécifique. À ce titre :
- l’adhérent s’engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
  - le cas échéant, pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
  - en ayant conclu des conventions de tiers payant dans le cadre de l’article 15 du présent règlement, les professionnels de santé se sont engagés à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

**XV.** Le paragraphe suivant de l’article 21 « Information des adhérents » :

- « S’il accepte la dématérialisation de la relation contractuelle, l’adhérent consent à recevoir les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtbp.com](http://www.probtbp.com). »

est remplacé par :

- « Les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sont adressés à l’adhérent sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtbp.com](http://www.probtbp.com). »

**XXI.** Le titre du sous-article 21.1 « Information lors de l’adhésion » est remplacé par :

- « 21.1. Information lors de l’adhésion et durant l’adhésion »

**XXII.** Le texte suivant du sous-article 21.1 « Information lors de l’adhésion et durant l’adhésion » :

- « L’adhérent est informé :
- qu’après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l’envoi de la première réclamation écrite, il peut s’adresser par écrit au médiateur de la protection sociale (CTIP) :
  - soit à l’adresse suivante :
- Médiateur de la protection sociale (CTIP), 10, rue Cambacérès, 75008 Paris**
- soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip) ;

- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu’aucune procédure judiciaire n’ait été engagée, ou soit sur le point de l’être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d’un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP) n’a pas compétence pour répondre à des demandes d’information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l’autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

est remplacé par :

- « L’adhérent est informé :
- qu’après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l’envoi de la première réclamation écrite, il peut s’adresser par écrit à la médiation de la protection sociale (CTIP) :
- soit à l’adresse suivante :  
  
**Médiation de la protection sociale (CTIP), 10, rue Cambacérès, 75008 Paris**
- soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip) ;
- que la saisine de la médiation de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu’aucune procédure judiciaire n’ait été engagée, ou soit sur le point de l’être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d’un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que la médiation de la protection sociale (CTIP) n’a pas compétence pour répondre à des demandes d’information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l’autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

## **Titre XIX Règlement du régime de frais médicaux individuels des actifs**

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

### **I. Le texte suivant de l’article 2 « Adhérents » :**

- « L’adhésion n’est possible que pour les ressortissants :
- qui n’ont pas encore atteint l’âge défini au 1° de l’article L. 351-8 du code de la sécurité sociale (au-delà, la demande d’adhésion est prise en compte au titre du règlement de frais médicaux individuels retraités) ;
- et qui relèvent d’un régime obligatoire d’assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise. »

est remplacé par :

- « L’adhésion n’est possible que pour les ressortissants :
- qui n’ont pas encore atteint l’âge défini au 1° de l’article L. 351-8 du code de la sécurité sociale (au-delà, la demande d’adhésion est prise en compte au titre du règlement de frais médicaux individuels retraités) ;

- et qui relèvent d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés :
  - en France métropolitaine (Corse comprise) ;
  - ou sur l'île de La Réunion, lorsqu'ils peuvent bénéficier des dispositions de l'article 6.5 ou de l'article 6.6.b du présent règlement. »

**II. Le texte suivant de l'article 4 « Bénéficiaires » :**

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

est remplacé par :

- « La couverture n'est possible que pour :
- les bénéficiaires relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés :
    - en France métropolitaine (Corse comprise) ;
    - ou sur l'île de La Réunion lorsqu'ils bénéficient des dispositions de l'article 6.5 ou de l'article 6.6.b du présent règlement ;
  - les étudiants relevant des dispositions de l'article 4.2. »

**III. Le texte du sous-article 6.1 « Règles générales de fixations des cotisations » est intégralement remplacé par :**

« Le montant de la cotisation annuelle applicable à l'adhérent est défini dans l'annexe tarifaire. Il est défini en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de l'avenant par lequel la commission paritaire l'a entériné.

BTP-Prévoyance est engagé annuellement sur le montant des cotisations hors taxes. En cas d'instauration – ou de modification – de taxes ou contributions de toute nature assises sur les cotisations en cours d'exercice, le montant des cotisations toutes taxes comprises est ajusté à due proportion, sauf décision contraire du conseil d'administration de l'institution.

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis ;
- de la composition familiale déclarée à l'institution (sauf cas de gratuité définis ci-dessous) ;
- de l'âge de l'adhérent apprécié au 31 décembre de l'exercice ;
- de son lieu de résidence (apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice).

Lorsque l'adhésion couvre également le conjoint en qualité d'ayant droit, la cotisation "couple" est déterminée par référence à l'âge de l'adhérent.

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. »

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

« 6.5. Gratuité temporaire à l'adhésion d'un ayant droit, en cas de décès d'un ancien salarié affilié à une couverture de frais médicaux collectifs »

**V.** Le texte du sous-article 6.5 « Gratuité temporaire à l'adhésion d'un ayant droit, en cas de décès d'un ancien salarié affilié à une couverture de frais médicaux collectifs » est intégralement remplacé par :

- « En cas de décès d'un ancien salarié qui, à la date du décès :
- était affilié à une couverture de frais médicaux collectifs assurée par 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.b « Réduction sociale en faveur d'anciens salariés précédemment couverts en frais médicaux collectifs et devenus invalides » est intégralement remplacé par :

- « 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 (ou dispose d'un droit à rente d'invalidité auprès de l'institution, mais son dossier est en cours d'instruction) ;
  - 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 d'ouverture de son droit à rente d'invalidité auprès de 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 d'ouverture de son droit à rente auprès de 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 2026. »

**VII.** Le texte du sous-article 8.1 « Terme de l'adhésion » est intégralement remplacé par :

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

- au jour du décès de l'adhérent ;
- ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- ou au jour de transfert vers le régime de frais médicaux individuels 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 dernier jour du mois d'affiliation à une couverture collective obligatoire assurée par BTP-Prévoyance ou par une autre entité relevant du périmètre des comptes combinés de la SGAPS BTP. »

**VIII.** Le texte suivant du sous-article 8.1.a « Résiliation à l'initiative de l'adhérent » :

« La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
  - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
  - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
  - l'adhérent a été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
- au jour de son affiliation à une couverture obligatoire de frais médicaux d'entreprise, sous réserve que la demande ait été faite au plus tard dans les trois mois suivant cette date, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
  - l'adhérent a été affilié en tant que salarié à la couverture obligatoire de frais médicaux de son entreprise ;
  - l'adhérent a été affilié en tant qu'ayant droit à la couverture obligatoire de frais médicaux de l'entreprise dans laquelle son conjoint exerce une activité salariée.

Passé le délai de 3 mois après son affiliation, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande. »

est remplacé par :

« La résiliation est également possible à l'initiative de l'adhérent dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :
  - l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ("ONDAM") ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ;
  - l'adhérent a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
  - l'adhérent a été admis au bénéfice de la complémentaire santé solidaire ;
- à la veille du jour où il devient bénéficiaire d'une des couvertures complémentaires santé suivantes, et sous réserve que la demande ait été faite au plus tard au cours du mois calendaire suivant sa prise d'effet :
  - affiliation obligatoire à une couverture de frais médicaux d'entreprise, en tant que salarié ou en tant qu'ayant droit ;

- admission au bénéfice de la complémentaire santé solidaire (avec ou sans participation financière).

Lorsque la résiliation a un effet rétroactif, les encaissements trop perçus sont alors remboursés sous déduction des montants trop versés.

Passé le délai mentionné ci-dessus, la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel BTP-Prévoyance a reçu notification de la demande. »

**IX.** Le texte suivant du sous-article 12.1 « Dispositions générales relatives aux prestations » :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

est remplacé par :

« En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire sont remboursées par BTP-Prévoyance dans les mêmes conditions que pour des dépenses équivalentes sur leur territoire de domiciliation. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties "OPTAM" ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM. »

**X.** Le texte du sous-article 12.5 « Autres dispositions concernant la prise en charge des prothèses dentaires, prothèses auditives et matériel médical » est intégralement remplacé par :

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

- prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale ;
- prothèses auditives ;
- matériel médical.

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

- à 2 500 € à compter de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit ;
- à 5 000 € du 1<sup>er</sup> janvier de la deuxième année jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suivent la date d'effet de l'adhésion ;
- à 10 000 € à partir du 1<sup>er</sup> janvier de la cinquième année suivant la date d'effet de l'adhésion.

L'ancienneté d'adhésion prise en compte intègre les éventuelles périodes d'affiliation en tant que salarié au règlement des frais médicaux collectifs standards de BTP-Prévoyance, si l'adhésion individuelle intervient dans les 6 mois suivant la sortie de cette couverture collective.

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

- au titre du ticket modérateur ;
- ou au titre des dépassements – dans la limite de 25 % en sus de la base de remboursement de la sécurité sociale – pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale ;
- ou au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "100 % santé", telles que définies ci-dessus. »

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

« 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 ACO, ou dispositif équivalent) visé à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

**XII.** Le dernier paragraphe de l'article 13 « Support des remboursements » :

« L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes et le rappel des prestations versées à tort. »

est supprimé.

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

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

« En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion à un régime de frais médicaux individuels de l'institution au titre des dispositions de l'article L. 932-12-1 du code de la sécurité sociale, puis qu'il a adhéré au présent règlement dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze premiers mois de cette nouvelle adhésion. »

est remplacé par :

« En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion à un régime de frais médicaux individuels de l'institution au titre des dispositions des articles L. 932-21-2 et L. 932-19 du code de la sécurité sociale, puis qu'il a adhéré au présent règlement dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés aux garanties des niveaux S3 et P3 au cours des douze premiers mois de cette nouvelle adhésion. »

**XV.** Le titre de l'article 19 « Réserve » est remplacé par :

« Article 19 | *Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration* »



**XVI.** Le texte de l'article 19 « Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration » est rédigé comme suit :

« Toute omission, réticence, fausse déclaration, fraude ou tentative de fraude, revêtant un caractère intentionnel établi par l'institution, dans les informations communiquées, y compris l'utilisation de documents ou de justificatifs inexacts, par l'adhérent ou ses ayants droit concernant l'existence, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre expose l'adhérent ou ses ayants droit à la déchéance de tout droit aux garanties du présent règlement pour le sinistre en cause et au rappel des prestations versées à tort. »

**XVII.** Le texte suivant de l'article 20 « Réglementation LCB-FT » :

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

- l'adhérent s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- le cas échéant, pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

est remplacé par :

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

- l'adhérent s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- le cas échéant, pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par BTP-Prévoyance de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- en ayant conclu des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé se sont engagés à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire. »

**XVIII.** Le paragraphe suivant de l'article 21 « Information des adhérents » :

« S'il accepte la dématérialisation de la relation contractuelle, l'adhérent consent à recevoir les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sur support durable dans son espace client ouvert sur le site Internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com). »

est remplacé par :

« Les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sont adressés à l'adhérent sur support durable dans son espace client ouvert sur le site internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com). »

**XIX.** Le titre du sous-article 21.1 « Information lors de l'adhésion » est remplacé par :

« 21.1. Information lors de l'adhésion et durant l'adhésion »

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

« L'adhérent est informé :

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

– soit à l'adresse suivante :

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

- soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip) ;
- que la saisine du médiateur de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que le médiateur de la protection sociale (CTIP) n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

est remplacé par :

« L'adhérent est informé :

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

– soit à l'adresse suivante :

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

- soit en déposant une demande sur le site internet [www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip](http://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip) ;
- que la saisine de la médiation de la protection sociale (CTIP) est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite. Il est précisé que la médiation de la protection sociale (CTIP) n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-Prévoyance et le présent règlement sont soumis au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située au 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. »

## **Titre XX Transformation au 1<sup>er</sup> janvier 2026 de couvertures gérées en groupes fermés en 2025**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2026, les garanties et cotisations applicables aux adhérents relevant du régime général couverts par l'ancienne gamme individuelle de frais médicaux AGERETRAITE

« option 1 » sont alignées sur les garanties et cotisations de l'option S3P2 du régime des frais médicaux individuels des retraités (et l'« option 1 » de l'ancienne gamme AGERETRAITE est renommée « option S3P2 » de la gamme « BTP santé »).

## Titre XXI

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 « règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers » telle qu'elle figure en annexe 8 du présent avenant ;
- l'annexe des tarifs en vigueur du « règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers » telle qu'elle figure en annexe 9 du présent avenant ;
- l'annexe des garanties en vigueur du « règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ETAM » telle qu'elle figure en annexe 10 du présent avenant ;
- l'annexe des tarifs en vigueur du « règlement 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 « règlement du régime de prévoyance supplémentaire des cadres » telle qu'elle figure en annexe 14 du présent avenant ;
- l'annexe des tarifs en vigueur du « règlement 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 de 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 du régime de frais médicaux collectifs du bâtiment et des travaux publics de La Réunion » telles qu’elles figurent en annexe 21 du présent avenant ;
- les annexes des garanties et les annexes de cotisations du « règlements des compléments collectifs “renfort dépassements d’honoraires” » 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 – améliorations de garanties » telles qu’elles figurent en annexe 23 du présent avenant ;
- les annexes des garanties et les annexes de cotisations du « règlement des frais médicaux amplitude – extensions familiales » telles qu’elles figurent en annexe 24 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 25 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 26 du présent avenant.

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

Prennent effet rétroactivement au 1<sup>er</sup> juillet 2025 les modifications apportées aux dispositions du règlement d’adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO, telles que figurant au point IV du titre I du présent avenant.

## **Titre XXIII Prise d’effet des modifications relatives à l’extension du 100 % santé aux locations de courte durée de véhicules pour personnes handicapées**

Prennent effet rétroactivement au 1<sup>er</sup> décembre 2025, les dispositions relatives à la prise en charge renforcée des locations de courte durée de véhicules pour personnes handicapées dans le cadre du 100 % santé, en application du décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025, telles que figurant à la ligne : « matériel médical 100 % santé » des tableaux de garanties des annexes suivantes du présent avenant :

- annexe des garanties du « règlement du régime standard de frais médicaux collectifs et des groupes fermés des non-cadres, cadres et ETAM » figurant en annexe 20 du présent avenant ;
- annexe des garanties du « règlement des frais médicaux amplitude – améliorations de garanties » figurant en annexe 23 du présent avenant ;
- annexe des garanties du « règlement des frais médicaux amplitude – extensions familiales » figurant en annexe 24 du présent avenant ;
- annexes des garanties du « règlement des frais médicaux individuels des retraités » et du « règlement des frais médicaux individuels des actifs » figurant en annexe 25 du présent avenant ;
- annexe des garanties des « couvertures frais médicaux anciennes gammes fermées collectives et individuelles » figurant en annexe 26 du présent avenant.

## **Titre XXIV Prise d'effet des autres modifications**

À l'exception de celles pour lesquelles des dates spécifiques de prise d'effet sont définies aux titres XXII et XXIII, les dispositions du présent avenant prendront effet le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

## **Titre XXV 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 « règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers » ;
- annexe 11 : annexe des tarifs en vigueur du « règlement 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 « règlement 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 de frais médicaux collectifs et des groupes fermés des non-cadres, cadres et ETAM » ;
- annexe 22 : annexes de cotisations du « règlement des compléments collectifs "renfort dépassements d'honoraires" » ;
- annexe 23 : annexes de cotisations du « règlement des frais médicaux amplitude – améliorations de garanties » ;
- annexe 24 : annexes de cotisations du « règlement des frais médicaux amplitude – extensions familiales » ;
- annexe 25 : annexes de cotisations du « règlement des frais médicaux individuels des retraités » et du « règlement des frais médicaux individuels des actifs » ;
- annexe 26 : 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.

*Fait à Paris, le 17 décembre 2025.*

(Suivent les signatures.)

## Annexes

### Annexe 1 Annexe « Des tarifs en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO »

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

*Annexe Tarifaire en vigueur au 1<sup>er</sup> Janvier 2026*

<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	0,65%	0,39%
- des indemnités journalières > 90 jours	0,64%	0,32%
- des rentes d'invalidité	0,34%	0,20%
- des forfaits parentalité et accouchement	0,05%	0,025%
- de l'hospitalisation chirurgicale	0,01%	0,005%
- 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 2 Annexe « Des garanties en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPO »

<b>Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO</b> <b>Annexe des Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> Janvier 2026</b>
--

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 (6,71 € au 1er juillet 2025)



<b>Règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO</b> <b>Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2026</b>
---

<b>RNPO</b>	<b>Base Obligatoire + 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>	10% SB (6)
Majoration par enfant à charge	+5% SB (7)
<b>Invalidité de 3ème catégorie</b>	10% SB (6)
Majoration par enfant à charge	+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	60 €/jour (8)(9)
Frais de lit accompagnant enfant	30 €/jour (8)

- (1) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".
- (2) Le montant de l'indemnité journalière ne peut être inférieur à SB/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 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 BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPO

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale  
 PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale  
 SR : Salaire de référence (6,71 € au 1<sup>er</sup> juillet 2025)  
 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 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 2026**

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.

<b>Durée d'affiliation de l'Ouvrier au RNPO</b>	<b>Valeur de base (V<sub>ouv</sub>)* par Ouvrier</b>
1 an	37 €
2 ans	73 €
3 ans	110 €
4 ans	147 €
5 ans	183 €
6 ans	220 €
7 ans	257 €
8 ans	294 €
9 ans	330 €
10 ans	368 €
11 ans	508 €
12 ans	649 €
13 ans	790 €
14 ans	931 €
15 ans	1 072 €
16 ans	1 213 €
17 ans	1 354 €
18 ans	1 495 €
19 ans	1 636 €
20 ans	1 776 €
21 ans	2 021 €
22 ans	2 265 €
23 ans	2 510 €
24 ans	2 754 €
25 ans	2 998 €
26 ans	3 269 €
27 ans	3 540 €
28 ans	3 811 €
29 ans	4 082 €
30 ans	4 353 €
31 ans	4 664 €
32 ans	4 976 €
33 ans	5 287 €
34 ans	5 599 €
35 ans	5 910 €
36 ans	6 222 €
37 ans	6 533 €
38 ans	6 845 €
39 ans	7 156 €
40 ans	7 468 €
41 ans	7 779 €
42 ans	8 091 €
43 ans et plus	8 552 €

\* S V<sub>ouv</sub> = V<sub>ent</sub>

**Annexe 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 1<sup>er</sup> Janvier 2026***

<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	0,58%	0,29%
Dont rentes d'invalidité	0,61%	0,34%
Dont forfaits parentalité et accouchement	0,07%	0,035%
Dont hospitalisations chirurgicales	0,01%	0,005%
<b>Total</b>	<b>1,85%</b>	<b>1,25%</b>

## Annexe 5 Annexe « Des garanties en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPE »

Régime National de Prévoyance des ETAM Annexe des garanties en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier 2026	
RNPE	Prestations Conventionnelles
<b>&gt; Capital-Décès</b>	
<b>Participant Célibataire, veuf ou divorcé</b>	
Capital de base : décès toutes causes	6 000 €
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (1)	
Complément de capital décès toutes causes, par enfant à charge	+ 100 % SB
Complément de capital décès suite décès AT/MP (2)	+200 % SB
<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
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (1)	
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

**Régime National de Prévoyance des ETAM**  
**Annexe des garanties en vigueur au 1er janvier 2026**

<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>		40 % SB
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge		+5 % SB
<b>Invalidité de 2ème catégorie</b>		75 % SB
Majoration par enfant à charge		+6 % SB
<b>Invalidité de 3ème catégorie</b>		85 % SB
<b>Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)</b>		
26 % ≤ T ≤ 50 %		$[(1,9 \times T) - 35\%] \times \text{SB} - \text{rente SS}$
T > 50 %		$[(0,7 \times T) + 30\%] \times \text{SB} - \text{rente SS}$
<b>&gt; Forfait Parentalité et Accouchement</b>		
<b>Forfait parentalité</b>		8 % du PMSS
<b>Forfait accouchement</b>		2,6 % de PASS
<b>&gt; Prestation Hospitalisation Chirurgicale</b>		
<b>Frais de chambre particulière</b>		60 €/jour (2)(3)
<b>Frais de lit accompagnant enfant</b>		30 € / jour (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 à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE

(3) 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

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 6** Annexe « Des tarifs 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 Tarifaire en vigueur au 1<sup>er</sup> Janvier 2026</i></p>
--

*Régime conventionnel*

<p align="center"><b>RNPC</b></p> <p align="center"><b>Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux Publics</b></p>	<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	0,35% S	0,65% S
Invalidité	0,33% S	0,93% S
Forfaits Parentalité, Accouchement	0,03% S	0,03% S
Frais de chirurgie	0,03% S	0,03% S
<b>Total</b>	<b>1,50% S</b>	<b>2,40% S</b>

*PSS: Plafond de la Sécurité sociale*

## Annexe 7 Annexe « Des garanties en vigueur » du « Règlement d'adhésion à BTP-Prévoyance au titre du RNPC »

Régime National de Prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics <i>Annexe des Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> Janvier 2026</i>	
RNPC	Prestations conventionnelles
<b>&gt; Capital-Décès</b>	
<b>Participant Célibataire, veuf ou divorcé:</b>	
Capital de base : décès toutes causes (3)	200% SB
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (1)	+100% SB
Capital supplémentaire en cas de décès suite AT/MP	+300% RA
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (2)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s) à charge	+40% SB
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e	+60% SB
<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
-> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (2)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s) à charge	+40% SB
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e	+60% SB
<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 2026</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 % ¼ 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 chambre particulière	60 €/jour (2)(3)
Frais de lit accompagnant enfant	30 €/jour (2)
Frais de chirurgie	Oui (4)

(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale (indemnités journalières, rentes d'invalidité / incapacité).

(2) Dans les limites définies aux articles 23.3 et 23.4 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPC.

(3) Prise en charge des frais des bénéficiaires tels que définis à l'article 23.2 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPC.

(4) Frais de Chirurgie - Prise en charge des honoraires en cas d'hospitalisation chirurgicale dans les conditions et limites définies au titre du règlement au 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 8 Annexe « Des garanties en vigueur » du « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers »

Régime de Prévoyance supplémentaire des Ouvriers Annexe des Garanties en vigueur au 1 <sup>er</sup> Janvier 2026	
RNPO	Options supplémentaires des Ouvriers Toutes les prestations s'entendent <u>Y compris</u> les prestations du Régime National de Prévoyance des Ouvriers
Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)	
Participant Célibataire, veuf ou divorcé:	
Capital de base : décès toutes causes	
Complément de capital décès suite décès ATMP (1) (2)	
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (3)	
→ En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (6)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 1 ou 2 enfant(s)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 3 enfants et plus	
Majoration complémentaire de capital décès versé aux enfants en cas de décès d'un participant célibataire, veuf ou divorcé	
Complément de capital décès versé aux enfants en cas de décès accidentel du participant (4)	
Complément de capital décès suite décès ATMP (1)	
Participant avec conjoint	
Capital de base décès toutes causes	
Complément de capital décès suite décès ATMP (1)	
Complément de Capital en cas de décès accidentel du participant (3)	
→ En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé : (6)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 1 ou 2 enfant(s)	
Majoration du capital de base décès toutes causes, pour 3 enfants et plus	
Complément de capital décès versé aux enfants en cas de décès accidentel du participant (4)	
Capital complémentaire : "Capital Orphelin" (5)	
Complément de capital décès si orphelin de père et de mère, à chaque enfant à charge	
Versement anticipé du capital décès	
Si invalidité totale et permanente	
Conversion du capital en rente	
Rente d'Education	
Rente d'éducation (par enfant à charge)	
En cas de décès non consécutif à ATMP	
Orphelin du parent participant	
Orphelin de ses deux parents	
En cas de décès consécutif à ATMP	
Orphelin du parent participant	
Orphelin de ses deux parents	
Allocation décès famille	
Allocation versée au décès du conjoint ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans (10)	

<p>(1) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".</p> <p>(2) Complément de capital décès suite à ATMP versé lorsque le participant n'a pas d'enfant à charge.</p> <p>(3) Accident quelle qu'en soit la cause ou maladie professionnelle, sauf exclusion réglementaire.</p> <p>(4) Accident quelle qu'en soit la cause, sauf exclusion réglementaire.</p> <p>(5) Enfant à charge à la date du décès du salarié.</p> <p>(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.</p> <p>(7) En cas de décès accidentel, c'est le complément le plus favorable qui est versé</p> <p>(8) SB ne peut être inférieur à 4 000 SR.</p> <p>(9) Le montant de la rente comprend le montant des pensions de reversions des régimes de retraite complémentaire.</p> <p>(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</p>		
SB : Salaire de base	SR : Salaire de référence (6,71 € au 1 <sup>er</sup> juillet 2025)	Equivalent aux prestations du RNPE
RA : Rémunération annuelle brute perçue au cours des 12 derniers mois	entf : Enfant	Equivalent aux prestations du RNPC
ATMP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	Min : Minimum	
SS : Sécurité Sociale		
PASS : Paford Annuel de la Sécurité Sociale		

Régime de Prévoyance supplémentaire des Ouvriers Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2026	
RNPO	Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)
<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 (4)	
<b>&gt; Rente d'invalidité</b>	
<b>Rente d'invalidité de droit commun</b>	
Invalidité de 1ère catégorie	
Majoration si 1 ou plusieurs enfant(s) à charge	
-	
Invalidité de 2ème catégorie	
Majoration par enfant à charge	
10% SB (5) +5% SB (6)	
Invalidité de 3ème catégorie	
Majoration par enfant à charge	
10% SB (5) +5% SB (6)	
<b>Rente d'incapacité permanente suite à AT/MP (1)</b>	
25% ≤ T ≤ 50%	
[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS	
T > 50%	
[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS	
<b>&gt; Forfait Naissance</b>	
Forfait parentalité	
8% du PMSS	
Forfait accouchement	
2,6% du PASS	
Forfait Naissance (7)	
-	
<b>&gt; Remboursement en cas d'hospitalisation Chirurgicale</b>	
Frais de chambre particulière	
60 €/jour (8)(9)	
Frais de lit accompagnant enfant	
30 €/jour (8)	
Autres garanties du module chirurgie	
-	

(1) Cette garantie relève de la "surbase obligatoire".

(2) Le montant de l'indemnité journalière ne peut être inférieur à SB/2000 ou à SR.

(3) Y compris les indemnités journalières ou rentes d'invalidité / incapacité versées par la Sécurité Sociale.

(4) Le montant de l'indemnité journalière est égal à SB/4000 en cas de maladie ou accident couvert par la législation des AT/MP sans que le ratio puisse être inférieur à SR.

(5) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 400 SR (régime de base compris).

(6) Le montant de la prestation ne peut être inférieur à 200 SR (régime de base compris).

(7) Ces garanties s'entendent y compris les forfaits parentalité et accouchement prévus à l'article 22 du règlement d'adhésion à 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 de chirurgie pour les bénéficiaires et dans les limites définies à l'article 23.1 du règlement d'adhésion 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	
AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	
T : Taux d'incapacité permanente défini par la Sécurité Sociale	

Options supplémentaires des Ouvriers Toutes les prestations s'entendent <u>Y compris</u> les prestations du Régime National de Prévoyance des Ouvriers				
N 2	N 3	N 4	N 4 bis	N 5
77,5% SB (3)	80% SB (3)	82,5% SB (3)	84% SB (3)	85% SB (3)
SB / 4000 par jour (4)	SB / 4000 par jour (4)	SB / 4000 par jour (4)	SB / 4000 par jour (4)	SB / 4000 par jour (4)
N 1	N 2	N 3	N 4	N 5
-	-	40% SB	48% SB	51% SB
-	-	+5% SB	+5% SB	+5% SB
65% SB (3)(5) +5% SB (6)	70% SB (3)(5) +5% SB (6)	75% SB (3)(5) +6% SB (6)	80% SB (3)(5) +5% SB (6)	85% SB (3)(5) -
65% SB (3)(5) +5% SB (6)	70% SB (3)(5) +5% SB (6)	85% SB (3)(5) -	85% SB (3)(5) -	85% SB (3)(5) -
[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS		[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS		[(1,9 x T) – 35%] x SB – rente SS
[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS		[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS		[(0,7 x T) + 30%] x SB – rente SS
Option 1		Option 2		
24% du PMSS		39,2% du PMSS		
> Remboursement en cas d'hospitalisation Chirurgicale				
Frais Réels (10)				
Frais Réels (10)				
OUI (10)(11)				

Equivalent aux prestations du RNPE

Equivalent aux prestations du RNPC

Options supplémentaires des Ouvriers

Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2026

> 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
T = 100 %						
<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
15% < T ≤ 100 %						
<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
66% < T		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 %
15% < 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 9** Annexe « Des tarifs en vigueur » du « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ouvriers »

**Annexe occultée.**

## Annexe 10 Annexe « Des garanties en vigueur » du « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ETAM »

Régime de Prévoyance supplémentaire des ETAM						
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2026						
		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			
> Capital-Décès						
			N 4	N 5	N 6	N 7
<b>Participant Célibataire, veuf ou divorcé</b>	Capital de base : décès toutes causes	6 000 €	200% SB	200% SB	200% SB	200% SB
	Complément de capital décès suite décès AT/MP, du participant célibataire, veuf ou divorcé, sans enfant à charge.	-	+300% RA	+300% RA	+300% RA	+300% RA
	Complément de capital en cas décès accidentel du participant	-	+100% SB	+100% SB	+100% SB	+100% SB
	→ En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (1)					
	Complément de capital décès toutes causes, par enfant à charge	+ 100 % SB	+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% (4)
	Majoration complémentaire de capital décès versée par enfant à charge en cas de décès d'un participant célibataire, veuf ou divorcé.	-	+50% SB ..... OU .....	+50% SB ..... OU .....	+50% SB ..... OU .....	+50% SB ..... OU .....
	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)
	Complément de capital décès suite décès AT/MP (2)	+200 % SB	+300% RA	+300% RA	+250% RA	+200% RA
<b>Participant avec conjoint</b>	Capital de base décès toutes causes majoré (3)	200 % SB (3)	250% SB	250% SB	350% SB	450% SB
	Complément de capital décès suite décès AT/MP	+ 200 % SB	+300% RA	+300% RA	+250% RA	+200% RA
	Complément du capital en cas décès accidentel	-	+100% SB	+200% SB	+200% SB	+200% SB
	→ En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (1)					
	Complément de capital décès toutes causes, par enfant à charge	+ 50 % SB	+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% SB (4)
	Complément de capital décès versé par enfant à charge en cas de décès accidentel du participant	-	-	+50% SB (4)	+50% SB (4)	+50% SB (4)
<b>Capital complémentaire : "Capital Orphelin"</b>						
Complément de capital décès si orphelin de père et de mère, pour chaque enfant à charge		+ 125 % SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB
<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 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	15% SB Mini. 15% PASS			
Orphelin de ses deux parents		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	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) 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 fonds 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 RTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPF						

- (1) Enfant à charge à la date du décès du salarié.  
(2) Complément de capital réparti à part égale entre les enfants à charge  
(3) Montant de la prestation y compris celui du montant du Capital de base décès toutes causes  
(4) Lorsque la famille est composée de plus de 4 enfants à charge, la majoration ou le complément du capital décès est porté à +60%SB par enfant à charge à compter du 5e enfant.  
(5) Le montant de la rente comprend le montant des pensions de reversions des régimes de retraite complémentaire.  
(6) Par enfant à charge, y compris la rente versée par la Sécurité sociale.  
(7) Ce module peut être souscrit en complément des autres garanties.  
Il prévoit le versement de forfaits au participant, en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 12 ans, tels que définis à l'article 10 du règlement d'adhésion à BTP-PRÉVOYANCE au titre du RNPE

AT/MP Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

SB : Salaire de Base

Mini : Minimum

RA : Rémunération annuelle brute perçue au cours des douze derniers mois

Equivalent aux prestations du RNPC



Options supplémentaires des ETAM					
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2026					
		Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
> Garantie Décès Invalidité Accidentels					
Garantie 1					
Capital en cas de décès (1)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB
Capital en cas d'invalidité (2)	T = 100 %	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB
Garantie 2					
Capital en cas de décès (1)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB
Capital en cas d'invalidité (2)	15% < T ≤ 100 %	T x 100% SB	T x 200% SB	T x 300% SB	T x 400% SB
Garantie 3					
Capital en cas de décès (1)		100% SB	200% SB	300% SB	400% SB
Capital en cas d'invalidité (2)	66% < T	100% SB	200% SB	300% SB	400% SB
	15% < T ≤ 66 %	100% SB x T / 66 %	200% SB x T / 66 %	300% SB x T / 66 %	400% SB x T / 66 %

(1) Décès accidentel (toutes causes) ou décès pour maladie professionnelle

(2) Invalidité accidentelle (toutes causes) ou invalidité pour maladie professionnelle

SB : Salaire de base

T : Taux d'incapacité défini selon le barème d'incapacité de la Garantie Décès Invalidité Accidentel

**Annexe 11** Annexe « Des tarifs en vigueur » du « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des ETAM »

**Annexe occultée.**

## Annexe 12 Annexe « Des garanties en vigueur » du « Règlement des compléments individuels de prévoyance des ETAM »

Règlement des Compléments Individuels de Prévoyance des ETAM		
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2026		
<b>&gt; Capital-Décès</b>		
	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
<b>&gt; Indemnités Journalières</b>		
<b>Maladie ou accident de droit commun (2)</b>		
Prestation de base	85% SB	85% SB
<b>&gt; Rente d'Invalidité</b>		
<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 13** Annexe « Des tarifs en vigueur » du « Règlement des compléments individuels de prévoyance des ETAM »

**Annexe occultée.**

## Annexe 14 Annexe « Des garanties en vigueur » du « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des cadres »

Régime de Prévoyance supplémentaire des Cadres						
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2026						
		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
Participant Célibataire, veuf ou divorcé:						
Capital de base : décès toutes causes		200% SB	200% SB	200% SB	200% SB	200% TC
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (2)		+100% SB	+100% SB	+100% SB	+100% SB	+100% TC
Capital supplémentaire en cas de décès suite AT/MP		+300% RA	+300% RA	+300% RA	+300% RA	+300 % TC
> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (3)						
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s)		+40% SB	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+40% TC
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e		+60% SB				+60% TC
Majoration complémentaire de capital décès par enfant du participant célibataire, veuf ou divorcé		-	+50% SB	+50% SB	+50% SB	-
Complément de capital par enfant en cas de décès accidentel du participant (4)		-	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	-
Complément de capital suite décès suite AT/MP		-	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	-
Participant avec conjoint						
Capital de base décès toutes causes		250% SB	250% SB	350% SB	450% SB	250% TC
Complément de capital en cas de décès accidentel du participant (2)		+100% SB	+ 200% SB	+ 200% SB	+ 200% SB	+100% TC
Complément de capital suite décès suite AT/MP		+300% RA	+ 300% RA	+ 250% RA	+ 200% RA	+300 % TC
> En présence d'enfant(s) à charge, il est accordé: (3)						
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant, pour 1 ou 2 enfant(s)		+40% SB	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+40% TC
Majoration du capital de base décès toutes causes, par enfant à compter du 3e		+60% SB				+60% TC
Complément de capital par enfant en cas de décès accidentel du participant (4)		-	+50% SB (5)	+50% SB (5)	+50% SB (5)	-
Capital complémentaire "Capital Orphelin" (3)						
Capital décès complémentaire orphelin de père et de mère, à chaque enfant à charge		+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% SB	+ 125% TC
Versement anticipé du capital-décès						
Si invalidité totale et permanente		oui	oui	oui	oui	oui
Conversion du capital en rente		oui	oui	oui	oui	oui
> Rente d'Education						
			N 2	N 3	N 4	
Rente d'éducation (par enfant à charge)						
En cas de décès non consécutif à AT/MP						
Orphelin du parent participant		10% SB Mini : 10% PASS	12% SB Mini : 12% PASS	15% SB Mini : 12% PASS	15% SB Mini : 15% PASS	
Orphelin de ses deux parents		Doublement de la rente	Doublement de la rente	30% SB Mini : 25% PASS	Doublement de la rente	
En cas de décès consécutif à AT/MP						
Orphelin du parent participant		-	-	5% SB par enfnt	15% SB Mini : 15% PASS	
Orphelin de ses deux parents		-	-	35% SB (6) Mini : 30% PASS	Doublement de la rente	
> 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) 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 porté 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 soustrait 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						

- (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)

Equivalents aux prestations du RNPE

Régime de Prévoyance supplémentaire des Cadres  
Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2026

	Garanties incluses dans le régime de Base (pour mémoire)	Options supplémentaires des Cadres Toutes les prestations s'entendent y compris les prestations du Régime National de Prévoyance des Cadres	Option Tranche C
--	--	--	------------------

> Indemnités Journalières													Option Tranche C																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
													N 1	N 2	N 3	N 4	N 5	N 6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Maladie ou accident de droit commun (1) Prestation de base Majoration par enfant à charge	70% SB +3 % 1/2 SB	75% SB <sup>(A)</sup> +3 % 1/2 SB	77,5% SB +3 % 1/2 SB	80% SB +3 % 1/2 SB	82,5% SB +3 % 1/2 SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	85% SB	

> Rente d'invalidité											Option Tranche C

> Forfait Naissance			Option 1		Option 2	
Forfait Parentalité			8 % du PMSS		24 % du PMSS	
Forfait accouchement			2,6 % du PASS		39,2 % du PMSS	
Forfait Naissance (2)			-			

(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale (indemnités journalières, rentes d'invalidité / incapacité).

(2) Ces garanties s'entendent y compris les forfaits parentalité et accouchement prévus à l'article 22 du Règlement du Régime National de prévoyance des Cadres du Bâtiment et des Travaux publics.

TC : Salaire de base en tranche C (de 4 PSS à 8 PSS)

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

SB : Salaire de Base jusqu'à 4 fois le PSS (Plafond de la Sécurité sociale)

AT/MP : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

T : Taux d'incapacité permanente défini par la S.S.

Equivalent aux Prestations RNPO

Equivalent aux Prestations du RNPE

(A) Identique à la prestation RNPO, à l'exception de la majoration enfant.

Options supplémentaires des Cadres

Annexe des Garanties en vigueur au 1er Janvier 2026

> 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 15** Annexe « Des tarifs en vigueur » du « Règlement du régime de prévoyance supplémentaire des cadres »

**Annexe occultée.**

**Annexe 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 2026*

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

	Capital décès
Niveau 1	2 000 €
Niveau 2	4 000 €
Niveau 3	6 000 €

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

*Annexes des tarifs au 1er janvier 2026*

**Annexe occultée.**

Annexe 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 2026							
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							Cadre
MALADIE	Carence	3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1)		3 jours (Ouv. Bât. / ETAM / Cadre) 0 ou 3 jours (Ouv. TP) (1)		0 jour	0 jour
	Garantie	100 % SB (jusqu'au 48e jour d'arrêt) (2) 75% SB (du 49e au 90e jour d'arrêt)		100 % SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)		100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 45e jour d'arrêt) 75% SB (du 46e au 90e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)
ACCIDENT DU TRAVAIL ou MALADIE PROFESSIONNELLE	Carence	0 jour		3 jours (ETAM / Cadre) 0 jour (Ouv. Bât. et TP)		0 jour	0 jour
	Garantie	Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1 <sup>er</sup> au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt) Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)		100 % SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)		Arrêt ≤ 30 jours : 90% SB (du 1 <sup>er</sup> au 15e jour d'arrêt) 100% SB (du 16e au 30e jour d'arrêt) Arrêt > 30 jours : 100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)
ACCIDENT DE TRAJET	Carence	3 jours (Bâtiment) 0 ou 3 jours (Travaux Publics) (1)		Arrêt ≤ 30 jours : 3 jours (Ouv. Bât. / ETAM / Cadre) 0 ou 3 jours (Ouv. TP) (1) Arrêt > 30 jours : 0 jour		0 jour	0 jour
	Garantie	100 % SB (du 16e jour au 90e jour d'arrêt)		100 % SB (jusqu'au 90e jour d'arrêt) (2)		100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 90e jour d'arrêt)
MATERNITE	Carence	0 jour		3 jours (ETAM / Cadre) 0 jour (Ouv. Bât. et TP)		0 jour	0 jour
	Garantie	100 % SB (du 1 <sup>er</sup> au 112e jour d'arrêt)		100 % SB (jusqu'au 112e jour d'arrêt) (2)		100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 112e jour d'arrêt)	100% SB (du 1 <sup>er</sup> au 112e jour d'arrêt)

(1) Pour les Ouvriers des Travaux Publics : application de 3 jours de carence si moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, sinon pas de carence.

(2) L'indemnisation débute au 1<sup>er</sup> jour qui suit le délai de carence applicable au salarié.

(3) La garantie porte sur les jours d'arrêt de travail indemnisés par la Sécurité sociale.

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 18** Annexe « Des tarifs en vigueur » du « Règlement du régime de GAT »

**Annexe occultée.**

**Annexe 19** Annexe « Des tarifs en vigueur » du « Règlement du régime d'OCALD »

**Annexe occultée.**

## **Annexe 20 Annexes des garanties, annexes des cotisations du « Règlement du régime standard de frais médicaux collectifs, des groupes fermés des non-cadres, cadres et ETAM et régime frais médicaux collectifs »**

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 2023

Annexe 20.4 - Régime standard de frais médicaux collectifs  
Génération d'adhésion 2024

Annexe 20.5 - Régime standard de frais médicaux collectifs  
Génération d'adhésion 2025

Annexe 20.6 - Régime standard de frais médicaux collectifs  
Génération d'adhésion 2026

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

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

Annexe 20.9 - Régime de 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 de frais médicaux collectifs**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026**  
**Gamme nationale**

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- A l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18<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>(1)</sup>	S1 <sup>A</sup>	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux								
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100%	100%	160% (160% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux	60% à 70%							
	Radiologie								
	Soins externes								
	Honoraires paramédicaux								
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%				160%	200%	200%	
	Transport	55%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%							
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 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	
	Matériel médical <sup>(2)</sup>								
	Matériel médical 100% Santé <sup>(2)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Autres 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% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Chambre particulière <sup>(3)</sup>	-	-	-	60 € / jour	70 € / 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>	-	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	
	Actes médicaux supérieurs à 120 € - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait journalier <sup>(3)(5)</sup> et Forfait urgences <sup>(3)(8)</sup> en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Bloc P		Part S.S. RG <sup>(1)</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique	Equipelement optique 100% Santé <sup>(1)(8)</sup>	60% <sup>(8)</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>(8)(9)</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>(8)(9)(10)</sup>								
	Equipelement à verres unifocaux								
	Si partenaire Opticien Séviane		100 €	175 €	200 €	300 €	350 €	400 €	420 €
	Dans les autres cas		(50 € si < 16 ans)	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
	Equipelement à verres progressifs <sup>(11)</sup>	60% <sup>(8)</sup>							
	Si partenaire Opticien Séviane		200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € <sup>(12)</sup>	700 € <sup>(12)</sup>
	Dans les autres cas		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans <sup>(8)</sup>	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(8)</sup>
Dentaire	Supplément forte correction <sup>(12)</sup>								
	Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue / par oeil, par an et par bénéficiaire	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	500 €
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(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%	100%	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 prise en charge par la S.S. (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Aides auditives	Prothèses dentaires <sup>(2)</sup>								
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :								
	- Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(14)</sup>	60%	125%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	- Autres prothèses								
	Orthodontie								
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	275%	350%	425%	500%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre et limité à 6 semestres consécutifs)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (forfait par an et par bénéficiaire)								
	Si partenaire Implantologue Séviane	-	-	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
	Dans les autres cas				200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Prestations complémentaires	Equipements auditifs 100% Santé <sup>(17)(1)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives <sup>(17)(8)</sup>								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus								
	Si partenaire Audioprothésiste Séviane	60%	400 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €
	Dans les autres cas		950 €	950 €	950 €	1 100 €	1 100 €	1 100 €	1 300 €
Module additionnel facultatif	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines douces agréées <sup>(20)(21)</sup>								
	- Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursés par la S.S.	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	- Pédicure/Podologue <sup>(22)</sup> non remboursés par la S.S.								
Module additionnel facultatif	Cures thermales (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

**Régime de frais médicaux collectifs Non-Cadres et Cadres**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026**  
*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
- A l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
  - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options 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>1</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%	100%	100%	
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%			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 <sup>(2)</sup></b>				
	<b>Matériel médical 100% Santé <sup>(23)</sup></b>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	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
	Lit accompagnant <sup>(30)</sup>	-	30 € / jour <sup>(3)</sup> pour les enfants de -15 ans	30 € / jour <sup>(3)</sup> pour les enfants de -15 ans	100 €/ 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%
Optique	<b>Forfait journalier <sup>(3)(5)</sup> et Forfait urgences <sup>(3)(6)</sup></b> en établissements hospitaliers <sup>(30)</sup>	-	oui	oui	oui
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisation > 15 jours	-	-	-	8 € / jour <sup>(32)</sup>
	<b>Bloc P</b>	<b>Part S.S. RG<sup>1</sup></b>	<b>PCE 1</b>	<b>PCE 2</b>	<b>PCE 3</b>
Optique	<b>Équipement optique 100% Santé <sup>(7)(8)</sup></b>	60% <sup>(a)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Autre équipement optique (verres et monture)</b>				
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(a)(9)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(8)(9)(10)</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>(11)</sup> - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € <sup>(12)</sup> 100 €	700 € <sup>(12)</sup> 100 €
	* Supplément forte correction <sup>(13)</sup>		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(a)</sup>
	<b>Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)</b>				
	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 <sup>(34)</sup></b> (par œil, par an et par bénéficiaire)	-	450 €	450 €	500 €
	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé <sup>(2)(14)</sup></b>	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 (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	-	200 €	300 €	350 €
	<b>Prothèses dentaires<sup>2</sup></b>				
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup> - Autres prothèses	60%	400% 400%	Frais réels 450%	Frais réels 500%
	<b>Orthodontie</b>				
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre) Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre et limité à 6 semestres consécutifs) Implants (forfait par an et par bénéficiaire)	100% - -	275% - 300 €	425% 300 € 400 €	500% 600 € 600 €
Aides auditives	<b>Équipements auditifs 100% Santé <sup>(12)(17)</sup></b>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives <sup>(2)(18)</sup></b>				
	- 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 €
Prestations complémentaires	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	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.	-	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €
	<b>Cures thermales</b> (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €	100% + 350 €
	<b>Sevrage tabagiste</b>				55 € / an / bénéficiaire
	<b>Complément équipement post cancer <sup>(35)</sup></b>	-	-	-	1 000 € / an / bénéficiaire
Module additionnel facultatif	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option	en option

**Régime standard de Frais Médicaux Collectifs**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026**  
**Gamme Nationale**

*Les numérotations de renvois sont communes à l'ensemble des règlements des régimes de Frais Médicaux de l'institution. Seuls les renvois applicables dans le cadre du présent règlement sont repris ci-dessous.*

**Renvois communs à l'ensemble des options (gamme nationale et options régionales)**

- (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.
- (5) 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.
- (6) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (7) 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.
- (8) 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).
- (9) 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 €.
- (10) Avec monture libre ou monture "100% Santé". Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (11) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (12) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
  - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er 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 1er 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 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (13) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
  - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er 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.
- (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 (HLF) 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) 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.
- (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 ;
  - Pédicures/Podologues titulaires d'un diplôme d'Etat de pédicure podologue.
- 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+ et PCE 1 : 240 € / an
  - P4 et PCE 2 : 320 € / an
  - P5 et PCE 3 : 450 € / an
  - P6 : 480 € / an
- (22) Pris en charge sur prescription médicale.
- (23) Matériel Médical "100% santé" :
- Location de courte durée pour les véhicules pour personne handicapée (VPH), dans les conditions définies aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ;
  - Prothèses capillaires de classe II, telles que définies à la sous-section 10 du chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (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
- \* A titre indicatif : Prise en charge de la Sécurité sociale Française Régime Général, Taux connus au 1er janvier 2026
- △ Module non ouvert en gamme du Régime de frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé)

**OPTAM** : le praticien a souscrit à l'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 de 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 d'assistance correspondantes sont assurées par FRAGONARD ASSURANCES - SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Entreprise régie par le Code des assurances.

FRAGONARD ASSURANCES a confié la mise en œuvre et la gestion des prestations d'assistance à AP SOLUTIONS GMBH succursale française, société de droit étranger, immatriculée au RCS de Bobigny sous le numéro 938 761 764, établie 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 notice d'assistance remise à l'entreprise qui est tenue de la transmettre aux salariés affiliés.

La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
  - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
  - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

#### **Annexe 20.1 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Gamme tous collègues**

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.2 - Régime standard de frais médicaux collectifs -Gamme Cadres et Non-Cadres, Options Régionales**

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.3 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2023**

Pour les entreprises qui ont adhéré au règlement du régime standard de 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 2026 sont celles définies dans l'Annexe N°20.1 de l'Avenant n°40 du 17 décembre 2025.

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.4 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2024**

Pour les entreprises qui ont adhéré au règlement du régime standard de 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 2026 sont les suivantes :

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.5 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2025**

Pour les entreprises qui ont adhéré au règlement du régime standard de 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 2026 sont les suivantes :

**Annexe occultée.**

#### **Annexe 20.6 - Régime standard de frais médicaux collectifs - Génération d'adhésion 2026**

Pour les entreprises qui ont adhéré au règlement du régime standard de frais médicaux collectifs (gamme Tous Collèges) entre le 18 juin 2025 et le 31 octobre 2025 inclus avec prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier 2026, les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 sont les suivantes :

**Annexe occultée.**

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

**Annexe occultée.**

**Annexe 20.8 - Régime de frais médicaux collectifs des Cadres (groupe fermé)**

**Annexe occultée.**

**Annexe 20.9 - Régime de frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé)**

**Annexe occultée.**



## Annexe 21 Annexes des garanties, annexes des cotisations du « Règlement du régime de frais médicaux collectifs du bâtiment et des travaux publics de La Réunion »

### Régime de frais médicaux collectifs du Bâtiment et des Travaux Publics de la Réunion ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026

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.

		Part S.S. RG	Base conventionnelle	Option 1	Option 2
Soins Courants	<b>Honoraires médicaux</b>				
	Consultations et visites généralistes	70%	100% BR	100% BR	100% BR
	Consultations et visites spécialistes			130% BR (150% BR si OPTAM)	180% BR (200% BR si OPTAM)
	Actes techniques médicaux effectués en externat			180% BR (200% BR si OPTAM)	200% BR (300% BR si OPTAM)
	Radiologie			130% BR (150% BR si OPTAM)	180% BR (200% BR si OPTAM)
	<b>Honoraires paramédicaux</b>				
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	100% BR	150%BR	200% BR
	Transport	55%			
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		100% BR	100% BR
	<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	60%		150%BR	200% BR
	<b>Médicaments</b>				
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65%/ 30%/ 15%	100% BR	100% BR	100% BR
Hospitalisation	<b>Matériel médical</b>				
	Matériel médical 100% Santé <sup>(23)</sup>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	Autres Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100% BR	150%BR	300% BR
	<b>Honoraires</b>				
	Frais de séjour <sup>(3)</sup>	80%	100% BR	180% (200% BR si OPTAM)	200% BR (400% BR si OPTAM)
	- en établissement conventionné		Frais réels	Frais réels	Frais réels
	- en établissement Non conventionné		100% BR	80% Frais réels	90% Frais réels
	Chambre particulière <sup>(3)</sup> y compris ambulatoire (forfait par jour)	-	1% PMSS	2% PMSS	3% PMSS
	Lit accompagnant <sup>(4)</sup> par nuitée avec repas du soir compris		1% PMSS	1,5% PMSS	2% PMSS
	Dépenses dans le cadre d'une hospitalisation <sup>(24)</sup>		15 €	20 €	20 €
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Forfait journalier <sup>(25)(5)</sup> et Forfait urgences <sup>(3)(6)</sup>	-1 forfait	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	en établissements hospitaliers	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Hospitalisation à l'étranger <sup>(25)</sup>		100% BR	200% BR	
		Part S.S. RG	Base conventionnelle	Option 1	Option 2
Optique	<b>Equipeement optique 100% Santé <sup>(7)(8)</sup></b>	60% <sup>(4)</sup>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<b>Autre équipement optique <sup>(8)(9)</sup> (verres et monture) hors 100% Santé</b>				
	- Monture		100 €	100 €	100 €
	- Verres :	60% <sup>(10)</sup>			
	a) 2 verres simples		160 €	250 €	300 €
	b) 1 verre simple + 1 verre complexe		180 €	320 €	460 €
	c) 1 verre simple + 1 verre très complexe		200 €	400 €	510 €
	d) 2 verres complexes		200 €	440 €	600 €
	e) 1 verre complexe + 1 verre très complexe		200 €	480 €	650 €
	f) 2 verres très complexes		200 €	520 €	700 €
	Prestation diverses (appareillage, adaptation)		100% BR	100% BR	100% BR
	<b>Lentilles prescrites</b>				
	Lentilles remboursées par la S.S. y compris jetables	60%	100% BR	100% BR	100% BR
	Lentilles non remboursées <sup>(26)</sup> par la S.S. y compris jetables	-	100% BR Reconstituée	100% BR Reconstituée	100% BR Reconstituée
	<b>Chirurgie réfractive de la vue (par œil, par an et par bénéficiaire)</b>	-	300 €	540 €	700 €
Dentaire	<b>Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(14)</sup></b>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<b>Soins dentaires hors 100% Santé <sup>(15)</sup></b>				
	Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>	60%	100% BR	150% BR	200% BR
	Inlay / onlay pris en charge par la S.S. (par acte)		100% BR	200% BR	450% BR
	Inlay-core pris en charge par la S.S.		125% BR	150% BR	450% BR
	<b>Prothèses dentaires hors 100% Santé <sup>(16)</sup></b>				
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	60%	150% BR	250% BR	450% BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la S.S. (par prothèse)		100 €	200 €	300 €
	<b>Orthodontie (par semestre et limité à 6 semestres consécutifs)</b>	100%	125% BR	200% BR	400% BR
	Orthodontie acceptée par la S.S.				
	Orthodontie non prise en charge par la S.S.	-	100 €	200 €	400 €
	<b>Implants (forfait par implant)</b>	-	100 €	350 €	700 €
	<b>Blanchiment dentaire par acte (acte réalisé par un médecin dentiste)</b>	-	50 €	100 €	200 €
Aides auditives	<b>Equipements auditifs 100% Santé <sup>(17)</sup></b>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<b>Prothèses auditives hors 100% Santé <sup>(18)</sup></b>				
	Accessoires <sup>(19)</sup>	60%	100% BR	300% BR	425% BR
Prestations complémentaires	<b>Forfait naissance ou adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)</b>	-	100 €	250 €	500 €
	<b>Médecines douces agréées <sup>(20)</sup></b> pour les praticiens inscrits sur la liste RPPS :				
	- Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Etioptathe, Homéopathe, naturopathe, Pédicure/Podologue non remboursés par la S.S.	-	100€ / an / bénéficiaire	150€ / an / bénéficiaire	200€ / an / bénéficiaire
	<b>Cures thermales prises en charge par la S.S.</b>	65%	100% BR	200% BR	400% BR
Prévention	<b>Allocation obsèques <sup>(27)</sup></b> - Dans la limite des frais réels (décès salarié / conjoint / enfant de + 12 ans affilié au présent règlement)	-	30% PMSS	50% PMSS	100% PMSS
	<b>Tous les actes de prévention des contrats responsables</b>		100% BR	100% BR	100% BR
	<b>Prévention non prise en charge par le régime obligatoire (bilan sanguin en laboratoire d'analyses du réseau INOVIE) :</b>				
	- Bilan "Check up" (analyse complète incluant NFS, bilans hépatique et rénal, lipides, glycémie et CRP)				
Module additionnel facultatif	- Bilan "Diabète" (Mesure de la glycémie à jeun et de l'HbA1c pour évaluer le risque diabétique sur trois mois)	-	1 bilan au choix par famille et par an	2 bilans au choix par famille et par an	3 bilans au choix par famille et par an
	- Bilan "TMS" (Evaluation de l'inflammation et des lésions musculaires par VS, CRP, CK et bilan osseux)				
	- Bilan "NUTRITIONNEL" (Mesure NFS absence anémie, cholestérol, glycémie, triglycérides, albumine, acide urique, THS)				
	<b>Services d'assistance</b>	-	Inclus	Inclus	Inclus

## **Régime de Frais Médicaux Collectifs du Bâtiment et des Travaux Publics de la Réunion**

### **ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026**

*Les numérotations de renvois sont communes à l'ensemble des règlements des régimes de Frais Médicaux de l'institution. Seuls les renvois applicables dans le cadre du présent règlement sont repris ci-dessous.*

- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (5) 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.
- (6) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (7) 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.
- (8) 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).
- (9) 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 €.
- (11) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (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 (HLF) 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.
- (17) 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.
- (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 ;  
- Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;  
- Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;  
- Pédiatures/Podologues titulaires d'un diplôme d'Etat de pédicure podologue ;  
- Etiopathe enregistré au Registre National des Etiopathes (RNE);  
- Homéopathe inscrit à la FFSH (Fédération Française des Sociétés d'Homéopathie) ou à l'ordre des médecins  
- Naturopathe inscrit à l'OMNES (Organisation Professionnelle des Naturopathes de France)  
Les soins doivent être effectués en France.

- (23) Matériel Médical "100% santé" :
- Location de courte durée pour les véhicules pour personne handicapée (VPH), dans les conditions définies aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ;
  - Prothèses capillaires de classe II, telles que définies à la sous-section 10 du chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (24) Forfait global par jour. Prise en charge des frais TV, téléphone, internet, achat de journaux sur le lieu d'hospitalisation.
- (25) Selon les modalités se rapportant "aux soins effectués à l'étranger" définies dans l'article 12.1 du règlement Frais médicaux collectifs la Réunion.
- (26) La BR Reconstituée est égale à la BR prise en compte lors d'une prise en charge par la Sécurité sociale.
- (27) Sur présentation de la facture acquittée. L'allocation est versée à la personne mentionnée sur la facture acquittée.

- (a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)
- (b) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture
- \* A titre indicatif : Prise en charge de la Sécurité sociale Française Régime Général, Taux connus au 1<sup>er</sup> janvier 2026

**OPTAM** : le praticien a souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

**BR SS** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

**S.S.** : Sécurité sociale

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Annexe : grille optique	
Verres simples	a) Dans les cas suivants :
	Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
	Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est $\leq$ à +4,00 dioptries ;
	Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est $\leq$ à 6,00 dioptries.
Verres mixtes (simple + complexe)	b) Par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
Verres complexes	c) Dans les cas suivants :
	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est $\leq$ à +4,00 dioptries ;
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
Verres mixtes (simple + très complexe)	d) Par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f.
Verres mixtes (complexe + très complexe)	e) Par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f.
Verres très complexes	f) Dans les cas suivants :
	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est $>$ à +4,00 dioptries ;
	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est $<$ à -8,00 dioptries et dont le cylindre est $\geq$ à 0,25 dioptrie ;
	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $>$ à 8,00 dioptries.

<p><b>Régime de Frais Médicaux Collectifs du Bâtiment et des Travaux Publics</b> <b>de la Réunion</b> <b>Annexe - Services Assistance</b></p>
---

En complément de son adhésion au présent règlement, l'entreprise peut opter pour une garantie additionnelle optionnelle d'assistance.

Les prestations d'assistance correspondantes sont assurées par FRAGONARD ASSURANCES - SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint- Ouen - Entreprise régie par le Code des assurances.

FRAGONARD ASSURANCES a confié la mise en œuvre et la gestion des prestations d'assistance à AP SOLUTIONS GMBH succursale française, société de droit étranger, immatriculée au RCS de Bobigny sous le numéro 938 761 764, établie 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 notice 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,
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

**Régime de Frais Médicaux Collectifs**  
**du Bâtiment et des Travaux Publics de la Réunion**  
Cotisations en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

**Taux de cotisations TTC<sup>(1)</sup> au 1<sup>er</sup> janvier 2026**

Périmètre des personnes couvertes	Base conventionnelle obligatoire	+ Option 1 facultative	+ Option 2 facultative	Option 1 obligatoire	+ Option 2 facultative	Option 2 obligatoire
<b>Global Famille</b>	2,35%	+0,80%	+2,22%	3,08%	+1,23%	4,20%
<b>Isolé</b>	1,08%	+0,55%	+1,16%	1,58%	+0,52%	2,05%
<b>Duo</b>	1,95%	+1,18%	+2,16%	3,02%	+0,80%	3,75%
<b>Famille</b>	3,05%	+1,21%	+3,12%	4,15%	+1,65%	5,65%

**Taux de cotisations HT<sup>(2)</sup> au 1<sup>er</sup> janvier 2026**

Périmètre des personnes couvertes	Base conventionnelle obligatoire	+ Option 1 facultative	+ Option 2 facultative	Option 1 obligatoire	+ Option 2 facultative	Option 2 obligatoire
<b>Global Famille</b>	2,07%	+ 0,71%	+ 1,96%	2,72%	+ 1,09%	3,71%
<b>Isolé</b>	0,95%	+ 0,49%	+ 1,02%	1,39%	+ 0,46%	1,81%
<b>Duo</b>	1,72%	+ 1,04%	+ 1,91%	2,67%	+ 0,71%	3,31%
<b>Famille</b>	2,69%	+ 1,07%	+ 2,75%	3,66%	+ 1,46%	4,99%

(1) Taux y compris les taxes applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 [TSA à 13,27%].

Les taux de cotisations applicables ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de l'avenant par lequel la Commission Paritaire les a entérinés.

BTP-PRÉVOYANCE est engagé annuellement sur le taux de cotisations hors taxes. En cas d'instauration – ou de modification – de taxes ou contributions de toute nature assises sur les cotisations en cours d'exercice, le taux des cotisations toutes taxes comprises est ajusté à due proportion, sauf décision contraire du Conseil d'administration de l'institution.

(2) Taux après déduction des taxes applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 [TSA à 13,27%].

Les taux de cotisations applicables ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de l'avenant par lequel la Commission Paritaire les a entérinés.

BTP-PRÉVOYANCE est engagé annuellement sur le taux de cotisations hors taxes. En cas d'instauration – ou de modification – de taxes ou contributions de toute nature assises sur les cotisations en cours d'exercice, le taux des cotisations toutes taxes comprises est ajusté à due proportion, sauf décision contraire du Conseil d'administration de l'institution.

## **Annexe 22 Annexes des garanties, annexes des cotisations du « Règlement des compléments collectifs "Renfort dépassement d'honoraires" »**

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

#### **1) Annexe de garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2026**

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 3 <sup>(2)</sup>
Non OPTAM	400 % BR SS
OPTAM	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.*

*(2) Couverture « Renfort dépassements d'honoraires » gérée en groupe fermé depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2025.*

#### **2) Annexe de cotisations**

La formule souscrite par les entreprises adhérentes est le niveau "Renfort 3", couplé à une couverture de Frais Médicaux Collectifs standard de formulation "Global Famille" avec une expression tarifaire en forfait mensuel en euro.

## Annexe 23 Annexes des garanties, annexes des cotisations du « Règlement de frais médicaux amplitude – améliorations de garanties »

### Règlement de frais médicaux Amplitude - Améliorations de garanties ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026 Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française,
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française,
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
  - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options de la gamme nationale								
Bloc S		Part S.S. RG <sup>1</sup>	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux	70%	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%						
	Séances d'accompagnement psychologique	60%	100%	100%	100%	100%	100%	
	remboursées par la S.S.							
Hospitalisation	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Médicaments							
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65%	100%	100%	100%	100%	100%	
		30%						
		15%						
	Vaccins non remboursés par S.S. (1)	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €	
	Contraception prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	Matériel médical (2)							
	Matériel médical 100% Santé (23)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	250%	350%	500%	550%	650%	
Optique	Honoraires							
	Honoraires, Frais de séjour (3)	80%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Chambre particulière (3)	-	-	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans (3)	-	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	
	ou bénéficiaires de plus de 70 ans (3)	-						
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Dentaire	Forfait journalier (3)(5) et Forfait urgences (3)(6) en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	
Aides auditives	Bloc P	Part S.S. RG <sup>1</sup>	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	Equiptement optique 100% Santé (7)(8)	60% (A)	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 (8)(9)	60% (B)	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 (8)(9)(10)							
	Equipment à verres unifocaux		175 €	200 €	300 €	350 €	400 €	420 €
	Si partenaire Opticien Séviane		125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
	Dans les autres cas							
	Equipment à verres progressifs (11)	60% (C)	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € (12)	700 € (12)
	Si partenaire Opticien Séviane		200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Prestations complémentaires	Dans les autres cas		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif (6)
	Supplément forte correction (13)							
	Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)							
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.		-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue (par oeil, par an et par bénéficiaire)	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	500 €
Module additionnel facultatif	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé (2)(14)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires							
	Inlay / onlay (par acte)	60%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. (15)		100%	100%	100%	100%	300%	300%
	Parodontologie non prise en charge par la S.S. (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires (2)							
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :							
	- Prothèses à honoraires maîtrisés (16)	60%	250%	350%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	- Autres prothèses				450%	500%	550%	600%
	Orthodontie							
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	200%	200%	275%	350%	425%	500%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre et limitée à 6 semestres consécutifs)	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (forfait par an et par bénéficiaire)							
	Si partenaire Implantologue Séviane	-	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
	Dans les autres cas			200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Equipements auditifs 100% Santé (2)(17)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives (2)(18)							
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus							
	Si partenaire Audioprothésiste Séviane	60%	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €
	Dans les autres cas		950 €	1 100 €	1 200 €	1 300 €	1 400 €	1 500 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires (19)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines douces agréées (20)(21) :							
	- Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens,	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	- Séances de Psychologues non remboursés par la S.S.							
	- Pédicure/Podologue (22) non remboursés par la S.S.							
	Cures thermales (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

# Règlement de frais médicaux Amplitude - Améliorations de garanties

## ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026

### 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)		175% ( 200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux	70%		200% (Frais réels si OPTAM)
	Radiologie		160% ( 200% si OPTAM)	
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	<b>Honoraires paramédicaux</b>			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%		
	Transport	55%		
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%	100%	100%
	<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>			
	<b>Matériel médical 100% Santé</b> <sup>(23)</sup>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	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 <sup>(3)(30)</sup>	-	30 € / jour	30 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
	<b>Forfait journalier</b> <sup>(3)(5)</sup> et <b>Forfait urgences</b> <sup>(3)(6)</sup> en établissements hospitaliers <sup>(30)</sup>	-	oui	oui
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Optique	<b>Équipement optique 100% Santé</b> <sup>(7)(8)</sup>	60% <sup>(a)</sup>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<b>Autres équipement optique (verres et monture)</b>			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(8)(9)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(8)(9)(10)</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>(11)</sup> - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € <sup>(12)</sup> 100 €
	* Supplément forte correction <sup>(13)</sup>		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
	<b>Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)</b>			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
Dentaire	<b>Chirurgie réfractive de la vue</b> <sup>(34)</sup> (par œil, par an et par bénéficiaire)	-	450 €	450 €
	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>(2)(14)</sup>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<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 (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	-	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%
Aides auditives	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre et limité à 6 semestres consécutifs)	-	-	300 €
	<b>Implants (forfait par an et par bénéficiaire)</b>	-	300 €	400 €
	<b>Équipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(17)</sup>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(18)</sup>			
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	950 €	1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de moins 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, Pédiature, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	3 x 40 €	4 x 40 €
	<b>Cures thermales</b> (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Module additionnel facultatif	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option



## Règlement de frais médicaux Amplitude - Améliorations de garanties

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026

*Les numérotations de renvois sont communes à l'ensemble des règlements des régimes de Frais Médicaux de l'institution. Seuls les renvois applicables dans le cadre du présent règlement sont repris ci-dessous.*

#### **Renvois communs à l'ensemble des options (gamme nationale et options régionales)**

- (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.
- (5) 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.
- (6) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (7) 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.
- (8) 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).
- (9) 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 €.
- (10) Avec monture libre ou monture "100% Santé". Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (11) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (12) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
  - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er 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 1er 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 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.

- (13) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er 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.
- (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 (HLF) 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) 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.
- (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 ;
  - Pédicures/Podologues titulaires d'un diplôme d'Etat de pédicure podologue.
- 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+ et PCE 1 : 240 € / an
  - P4 et PCE 2 : 320 € / an
  - P5 et PCE 3 : 450 € / an
  - P6 : 480 € / an
- (22) Pris en charge sur prescription médicale.

**(23) Matériel Médical "100% santé" :**

- Location de courte durée pour les véhicules pour personne handicapée (VPH), dans les conditions définies aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ;
- Prothèses capillaires de classe II, telles que définies à la sous-section 10 du chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

**(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

\* A titre indicatif : Prise en charge de la Sécurité sociale Française Régime Général, Taux connus au 1er janvier 2026

**OPTAM** : le praticien a souscrit à l'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 de 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 d'assistance correspondantes sont assurées par FRAGONARD ASSURANCES - SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Entreprise régie par le Code des assurances.

FRAGONARD ASSURANCES a confié la mise en œuvre et la gestion des prestations d'assistance à AP SOLUTIONS GMBH succursale française, société de droit étranger, immatriculée au RCS de Bobigny sous le numéro 938 761 764, établie 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 notice 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 2026**

**Annexe occultée.**

## Annexe 24 Annexes des garanties, annexes des cotisations du « Règlement de frais médicaux amplitude – extensions familiales »

### Règlement de frais médicaux Amplitude - Extensions familiales ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026 Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- A l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18<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								
	FUP 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% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (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%	100%	100%	100%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%						
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%
	Médicaments							
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(1)</sup>	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 80 €
Hospitalisation	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>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Matériel médical 100% Santé <sup>(2)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	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% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière <sup>(3)</sup>	-	-	-	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	100 € / jour
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(3)</sup>	-	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
	ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(3)</sup>	-	-	-	-	-	-	-
	Actes médicaux supérieurs à 120 € - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Optique	Forfait journalier <sup>(3)(4)</sup> et Forfait urgences <sup>(3)(5)</sup> en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui
	Bloc P	Part S.S. RG <sup>(1)</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5
	Equipelement optique 100% Santé <sup>(7)(8)</sup>	60% <sup>(8)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)							
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(8)(9)</sup>	60% <sup>(9)</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 €
	- Equipement libre <sup>(8)(9)(10)</sup> Equipment à verres unifocaux Si partenaire Opticien Séviane Dans les autres cas		100 € (50 € si < 16 ans)	175 € 125 €	200 € 150 €	300 € 200 €	350 € 250 €	420 € 350 €
	Equipment à verres progressifs <sup>(11)</sup> Si partenaire Opticien Séviane Dans les autres cas	60% <sup>(10)</sup>	200 € + 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans <sup>(10)</sup>	250 € 200 € + 50 € / verre	300 € 250 € + 50 € / verre	400 € 300 € + 50 € / verre	500 € 400 € + 50 € / verre	600 € <sup>(12)</sup> 500 € + 50 € / verre progressif <sup>(12)</sup>
	Supplément forte correction <sup>(13)</sup>							
	Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)							
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €
Dentaire	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue (par œil, par an et par bénéficiaire)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(14)</sup>	60%	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%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non prise en charge par la S.S. (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €
	Prothèses dentaires <sup>(1)</sup>							
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup> - Autres prothèses	60%	125% 250%	250% 350%	350% 450%	450% 500%	500% 550%	600% 600%
	Orthodontie							
Aides auditives	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	275%	350%	425%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre et limité à 6 semestres consécutifs)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €
	Implants (forfait par an et par bénéficiaire) Si partenaire Implantologie Séviane Dans les autres cas	-	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €
	Equipements auditifs 100% Santé <sup>(17)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives <sup>(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 € 1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		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>	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 60 €
	- Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, - Séances de Psychologues non remboursées par la S.S. - Podologie <sup>(22)</sup> non remboursées par la S.S.							
Prostheses complementaires	Cures thermales (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €
	Module additionnel facultatif							
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

# Règlement de frais médicaux Amplitude - Extensions familiales

## ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026

### 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)	70%	175% ( 200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% ( 200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Radiologie			
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	<b>Honoraires paramédicaux</b> Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Transport	55%		
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%		
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60%	100%	100%
	<b>Médicaments</b> Pharmacie remboursées par la S.S.	65% - 30% 15%	100%	100%
	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> <b>Matériel médical 100% Santé <sup>(23)</sup></b> Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60% 60%	<b>Frais réels</b> 300%	<b>Frais réels</b> 550%
Hospitalisation	<b>Honoraires</b> Honoraires, frais de séjour <sup>(3)(30)</sup>	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(3)(30)</sup>	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant <sup>(3)(30)</sup>	-	30€ / jour pour les enfants de -15 ans	30€ / jour pour les enfants de -15 ans
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
	<b>Forfait journalier<sup>(3)(3)</sup> et Forfait urgences<sup>(3)(6)</sup></b> en établissements hospitaliers <sup>(30)</sup>	-	oui	oui
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisation > 15 jours	-	-	-
Bloc P	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2	
Optique	<b>Equipeement optique 100% Santé <sup>(7)(8)</sup></b> <b>Autres équipement optique (verres et monture)</b> - équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(8)(9)</sup>	60% <sup>(8)</sup> 60% <sup>(b)</sup>	<b>Frais réels</b> Verres : Frais réels Monture : 100 €	<b>Frais réels</b> Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(8)(9)(10)</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>(11)</sup> - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € <sup>(12)</sup> 100 €
	* Supplément forte correction <sup>(13)</sup>		+50 € / verre	+50 € / verre
	<b>Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)</b> Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
	<b>Chirurgie réfractive de la vue <sup>(34)</sup></b> (par cell, par an et par bénéficiaire)	-	450 €	450 €
	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé <sup>(2)(14)</sup></b>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<b>Soins dentaires</b> Inlay / Onlay (par acte)	60%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(15)</sup> Parodontologie non prise en charge par la S.S. (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	-	100% 200 €	140% 300 €
Dentaire	<b>Prothèses dentaires<sup>(2)</sup></b> Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup> - Autres prothèses	60%	400% 400%	Frais réels 450%
	<b>Orthodontie</b> Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	275%	425%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre et limité à 6 semestres consécutifs)	-	-	300 €
	<b>Implants (forfait par an et par bénéficiaire)</b>	-	300 €	400 €
	<b>Equipements auditifs 100% Santé <sup>(2)(17)</sup></b> <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	60% 60%	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>	-	100%	100%
Prestations complémentaires	<b>Médecines douces agréées <sup>(20)(21)</sup> :</b> Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	3 x 40 €	4 x 40 €
	<b>Cures thermales</b> (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Module additionnel facultatif	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option

## Règlement de frais médicaux Amplitude - Extensions familiales

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026

*Les numérotations de renvois sont communes à l'ensemble des règlements des régimes de Frais Médicaux de l'institution. Seuls les renvois applicables dans le cadre du présent règlement sont repris ci-dessous.*

#### **Renvois communs à l'ensemble des options (gamme nationale et options régionales)**

- (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.
- (5) 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.
- (6) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (7) 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.
- (8) 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).
- (9) 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 €.
- (10) Avec monture libre ou monture "100% Santé". Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (11) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (12) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
  - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er 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 1er 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 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.
 Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.

- (13) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er 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
    - 4) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (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 or «100% Santé», auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation.  
 Dans la limite des honoraires de facturation (HLF) 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) 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.
- (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 ;
  - Pédiatures/Podologues titulaires d'un diplôme d'Etat de pédicure podologue.
- 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+ et PCE 1 : 240 € / an
  - P4 et PCE 2 : 320 € / an
  - P5 et PCE 3 : 450 € / an
  - P6 : 480 € / an"
- (22) Pris en charge sur prescription médicale.



**(23) Matériel Médical "100% santé" :**

- Location de courte durée pour les véhicules pour personne handicapée (VPH), dans les conditions définies aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ;
- Prothèses capillaires de classe II, telles que définies à la sous-section 10 du chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

**(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

\* A titre indicatif : Prise en charge de la Sécurité sociale Française Régime Général, Taux connus au 1er janvier 2026

**OPTAM** : le praticien a souscrit à l'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 de Frais Médicaux Amplitude - Extensions familiales Annexe - Services Assistance**

En complément de son adhésion au présent règlement, l'adhérent peut opter pour une garantie additionnelle optionnelle d'assistance.

Les prestations d'assistance correspondantes sont assurées par FRAGONARD ASSURANCES - SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Entreprise régie par le Code des assurances.

FRAGONARD ASSURANCES a confié la mise en œuvre et la gestion des prestations d'assistance à AP SOLUTIONS GMBH succursale française, société de droit étranger, immatriculée au RCS de Bobigny sous le numéro 938 761 764, établie 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 notice d'assistance remise à l'adhérent.

La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
  - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
  - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

### **Cotisation du Module additionnel**

**Annexe occultée.**

Règlement de Frais Médicaux Amplitude - Extensions familiales  
ANNEXE TARIFAIRE au 1<sup>er</sup> janvier 2026

**Annexe occultée.**

**Annexe 25** Annexes des garanties, annexes des cotisations  
du « Règlement de frais médicaux individuels des retraités » et  
« Règlement de frais médicaux individuels des actifs »

Annexe 25.1 – Règlement de frais médicaux individuels des Retraités  
Annexes de garanties, d'assistance et Sociales 2026

Annexe 25.2 – Règlement de frais médicaux individuels des Actifs  
Annexes de garanties, d'assistance et Sociales 2026

Annexe 25.3 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs  
Cotisations des Titulaires

Annexe 25.4 – Règlement des frais médicaux individuels des Retraités et des Actifs  
Cotisations des Couples

## Annexe 25.1 Règlement de frais médicaux individuels des retraités ». Annexes de garanties, d'assistance et sociales 2026

Règlement de frais médicaux individuels des Retraités ANNEXES DES GARANTIES au 1 <sup>er</sup> janvier 2026 Gamme nationale
---

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité Sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18<sup>e</sup> de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
  - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé.

Options de la gamme nationale									
FURM Bloc S		Part S.S. RG <sup>1</sup>	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux								
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Actes techniques médicaux								
	Radiologie	60% à 70%			15 €	15 €	60 €	60 €	
	Soins externes								
	Honoraires paramédicaux								
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%				160%	200%	200%	
	Transport	55%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Séances d'accompagnement psychologique	60%							
	remboursées par la S.S.								
Hospitalisation	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		30%	30%						
		15%	15%						
	Vaccins non remboursés par S.S. (1)	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €	
	Contraception prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	Matériel médical (2)								
	Matériel médical 100% Santé (23)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%	
Optique	Honoraires								
	Honoraires, Frais de séjour (3)	80%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Chambre particulière (4)	-	-	-	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans (4)	-	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	
	ou bénéficiaires de plus de 70 ans (4)	-							
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	- 1 forfait								
	Forfait journalier (5) et Forfait urgences (5)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
	en établissements hospitaliers								
Options de la gamme nationale									
Bloc P		Part S.S. RG <sup>1</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique	Equipelement optique 100% Santé (7)(8)	60% (4)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)								
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre (9)(9)	60% (4)	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 (9)(9)(10)								
	Equipelement à verres unifocaux								
	Si partenaire Opticien Séviane		100 €	175 €	200 €	300 €	350 €	400 €	420 €
	Dans les autres cas		(50 € si < 16 ans)	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
	Equipelement à verres progressifs (11)								
	Si partenaire Opticien Séviane		200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € (12)	700 € (12)
	Dans les autres cas			200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € (12)
Dentaire	Supplément forte correction (13)		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans (4)	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif (4)
	Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)								
	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 (par oeil, par an et par bénéficiaire)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	500 €
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé (2)(14)	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. (15)				100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non prise en charge par la S.S. (forfait en euro par an par bénéficiaire)	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Aides auditives	Prothèses dentaires (2)								
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :								
	- Prothèses à honoraires maîtrisés (16)	60%	125%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	- Autres prothèses								
	Orthodontie								
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	275%	350%	425%	500%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre et limité à 6 semestres consécutifs)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (forfait par an et par bénéficiaire)								
	Si partenaire Implantologue Séviane	-	-	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
	Dans les autres cas				200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Prestations complémentaires	Equipelements auditifs 100% Santé (15)(17)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives (18)								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus								
	Si partenaire Audioprothésiste Séviane	60%	400 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €
	Dans les autres cas			950 €	950 €	1 100 €	1 100 €	1 100 €	1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires (19)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines douces agréées (20)(21) :								
	- Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursés par la S.S.,				2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	- Pédicure/Podologue (22) non remboursés par la S.S.								
Module additionnel facultatif	Cures thermales (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

## Règlement de frais médicaux individuels des Retraités

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026

#### 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>(a)</sup>

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

*(a) N'est plus commercialisé depuis le 01/01/2013*

*(b) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans au moment du décès*

**Règlement de frais médicaux individuels des Retraités**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026**  
*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
- A l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- A l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
  - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
  - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et 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%		
	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%	100%	100%
		15%		
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>			
	<b>Matériel médical 100% Santé<sup>(23)</sup></b>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	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>	-	30 € / jour	30 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
	<b>Forfait journalier<sup>(3)(5)</sup> et Forfait urgences<sup>(3)(6)</sup> en établissements hospitaliers<sup>(30)</sup></b>	-	oui	oui
	Bloc P	Part S.S. RG <sup>a</sup>	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Optique	<b>Equipeement optique 100% Santé<sup>(7)(8)</sup></b>	60% <sup>(a)</sup>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<b>Autres équipement optique (verres et monture)</b>			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(8)(9)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre <sup>(8)(9)(10)</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>(11)</sup> - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € <sup>(12)</sup> 100 €
	* Supplément forte correction <sup>(13)</sup>		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
	<b>Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)</b>			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € <sup>(33)</sup>	100% + 200 € <sup>(33)</sup>
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
	<b>Chirurgie réfractive de la vue<sup>(34)</sup> (par oeil, par an et par bénéficiaire)</b>	-	450 €	450 €
Dentaire	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé<sup>(2)(14)</sup></b>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<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 (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	-	200 €	300 €
	<b>Prothèses dentaires<sup>(2)</sup></b>			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(16)</sup> - Autres prothèses	60%	400% 400%	Frais réels 450%
	<b>Orthodontie</b>			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre) Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre et limité à 6 semestres consécutifs)	100% -	275% -	425% 300 €
	<b>Implants (forfait en euro par an et par bénéficiaire)</b>	-	300 €	400 €
Aides auditives	<b>Equipements auditifs 100% Santé<sup>(2)(17)</sup></b>	60%	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
	<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	60%	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>		100%	100%
Prestations complémentaires	<b>Médecines douces agréées<sup>(20)(21)</sup> :</b> Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	3 x 40 €	4 x 40 €
	<b>Cures thermales (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)</b>	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Module additionnel facultatif	<b>Services d'assistance</b>	-	en option	en option

## **Règlement de frais médicaux individuels des Retraités**

### **ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026**

*Les numérotations de renvois sont communes à l'ensemble des règlements des régimes de Frais Médicaux de l'institution. Seuls les renvois applicables dans le cadre du présent règlement sont repris ci-dessous.*

#### **Renvois communs à l'ensemble des options (gamme nationale et options régionales)**

- (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) Limité à 90 jours par hospitalisation
- (5) 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.
- (6) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (7) 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.
- (8) 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).
- (9) 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 €.
- (10) Avec monture libre ou monture "100% Santé". Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (11) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (12) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
  - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er 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 1er 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 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (13) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
  - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er 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.
- (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 (HLF) 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) 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.
- (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 ;
  - Pédiçures/Podologues titulaires d'un diplôme d'Etat de pédicure podologue.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine ou sur l'île de la Réunion.
- (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+ et PCE 1/PNPC : 240 € / an
  - P4 et PCE 2 : 320 € / an
  - P5 : 450 € / an
  - P6 : 480 € / an
- (22) Pris en charge sur prescription médicale.
- (23) Matériel Médical "100% santé" :
- Location de courte durée pour les véhicules pour personne handicapée (VPH), dans les conditions définies aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ;
  - Prothèses capillaires de classe II, telles que définies à la sous-section 10 du chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (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

\* A titre indicatif : Prise en charge de la Sécurité sociale Française Régime Général, Taux connus au 1er janvier 2026

**OPTAM** : le praticien a souscrit à l'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



## **Règlement de 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 assurées par FRAGONARD ASSURANCES - SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Entreprise régie par le Code des assurances.

FRAGONARD ASSURANCES a confié la mise en œuvre et la gestion des prestations d'assistance à AP SOLUTIONS GMBH succursale française, Société de droit étranger, immatriculée au RCS de Bobigny sous le numéro 938 761 764, établie 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 notice d'assistance remise à l'adhérent.

La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
  - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
  - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

### **Cotisation du Module additionnel**

**Annexe occultée.**

**Règlement de frais médicaux individuels des Retraités**  
**ANNEXE SOCIALE au 1<sup>er</sup> janvier 2026**  
*Réductions mises en œuvre*

---

**Annexe occultée.**

## Annexe 25.2 Règlement de frais médicaux individuels des actifs. Annexes de garanties, d'assistance et sociales 2026

Règlement de frais médicaux individuels des Actifs ANNEXES DES GARANTIES au 1 <sup>er</sup> janvier 2026 Gamme nationale									
Toutes les garanties formulées en % s'entendent :									
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française</li> <li>- Part de la Sécurité sociale comprise</li> </ul>									
Tous les remboursements s'entendent :									
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française</li> <li>- 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</li> <li>- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des dépassements d'honoraires mentionnés au 18<sup>e</sup> de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale</li> <li>• 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.</li> </ul> </li> </ul>									
Options de la gamme nationale									
Bloc S		Part S.S. RG <sup>(1)</sup>	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux	70%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)								
	Actes techniques médicaux								
	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%							
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		30%							
		15%							
	Vaccins non remboursés par S.S. <sup>(11)</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	
	Matériel médical <sup>(2)</sup>								
	Matériel médical 100% Santé <sup>(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	650%	650%	
	Honoraires								
Optique	Honoraires, Frais de séjour <sup>(3)</sup>	80%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Chambre particulière <sup>(4)</sup>	-	-	-	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans <sup>(4)</sup>	-	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	
	ou bénéficiaires de plus de 70 ans <sup>(4)</sup>								
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	- 1 forfait								
	Forfait journalier <sup>(5)(6)</sup> et Forfait urgences <sup>(5)(6)</sup>	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
	en établissements hospitaliers								
Bloc P		Part S.S. RG <sup>(1)</sup>	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Dentaire	Equipelement optique 100% Santé <sup>(7)(8)</sup>	60% <sup>(8)</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>(9)(10)</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>(10)(11)</sup>								
	Equipelement 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 €
	Equipelement à verres progressifs <sup>(11)</sup>	60% <sup>(8)</sup>							
	Si partenaire Opticien Sévane		200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € <sup>(12)</sup>	700 € <sup>(12)</sup>
	Dans les autres cas								
Aides auditives	Supplément forte correction <sup>(13)</sup>		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans <sup>(8)</sup>	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif <sup>(4)</sup>
	Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)								
	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 €	300 €
	Chirurgie réfractive de la vue (par oeil, par an et par bénéficiaire)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé <sup>(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%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Prestations complémentaires	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 et limité à 6 semestres consécutifs)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (forfait par an et par bénéficiaire)								
	Si partenaire Implantologue Sévane	-	-	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
	Dans les autres cas				200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Module additionnel facultatif	Equipelements auditifs 100% Santé <sup>(17)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives <sup>(18)</sup>								
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus								
	Si partenaire Audioprothésiste Sévane	60%	400 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €
	Dans les autres cas								
	- 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,	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	- Séances de Psychologues non remboursés par la S.S.,								
	- Pédiatres/Podologues <sup>(22)</sup> non remboursés par la S.S.								
	Cures thermales (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
Services d'assistance		-	en option	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

## Règlement de frais médicaux individuels des Actifs

### ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026

#### Gamme nationale

Les options de la gamme nationale de frais médicaux individuels des Actifs sont nécessairement composées d'un niveau de couverture de chacun des deux modules "Soins" et "Prothèses".

Pour chaque niveau "S<sub>x</sub>" du module "Soins", il est possible de souscrire un niveau "P<sub>x-1</sub>", "P<sub>x</sub>" ou "P<sub>x+1</sub>" du module "Prothèses". Certaines combinaisons sont identifiées par des noms qui définissent les options souscrites par les adhérents. Il s'agit des combinaisons suivantes :

Options	Modules Soins	Modules Prothèses
Base	S2	P1
Bien-être	S2	P2
Quiétude	S3	P3
Vitalité	S3+	P3+
Privilège	S4	P4
Expert	S5	P5
Excellence	S6	P6

#### Module additionnel facultatif (groupe fermé)

##### "BTP Santé Plus" <sup>(a)</sup>

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

*(a) N'est plus commercialisé depuis le 01/01/2013*

*(b) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans au moment du décès*

**Règlement de frais médicaux individuel des Actifs**  
**ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026**  
*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	60%		
	remboursées par la S.S.			
	<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>			
	<b>Matériel médical 100% Santé</b> <sup>(23)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
	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)
	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>	-	30 € / jour	30 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%
	<b>Forfait journalier</b> <sup>(3)(5)</sup> et <b>Forfait urgences</b> <sup>(3)(6)</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>(7)(8)</sup>	60% <sup>(a)</sup>	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres équipement optique (verres et monture)</b>			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(8)(9)</sup>	60% <sup>(b)</sup>	Verres : Frais réels	Verres : Frais réels
	- équipement libre <sup>(8)(9)(10)</sup>		Monture : 100 €	Monture : 100 €
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux	60% <sup>(c)</sup>	300 €	420 €
	- dont pour la monture		100 €	100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs <sup>(11)</sup>		400 €	600 € <sup>(12)</sup>
	- dont pour la monture		100 €	100 €
	* Supplément forte correction <sup>(13)</sup>		+50 € / verre	+50 € / verre
	<b>Lentilles (forfait en euro par an et par bénéficiaire)</b>			
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>(34)</sup> (par œil, par an et par bénéficiaire)	-	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 (forfait en euro par an et par bénéficiaire)	-	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%
Aides auditives	<b>Orthodontie</b>			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	275%	425%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre et limitée à 6 semestres consécutifs)	-	-	300 €
	<b>Implants (forfait par an et par bénéficiaire)</b>	-	300 €	400 €
	<b>Equipements auditifs 100% Santé</b> <sup>(2)(17)</sup>	60%	Frais réels	Frais réels
	<b>Autres Prothèses auditives</b> <sup>(2)(18)</sup>			
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	950 €	1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €
	Accessoires <sup>(19)</sup>		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 €	4 x 40 €
Prestations complémentaires	<b>Cures thermales</b> (forfait en euro limité à une cure par an et par bénéficiaire)	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Module additionnel facultatif	Services d'assistance	-	en option	en option

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

### **ANNEXES DES GARANTIES au 1<sup>er</sup> janvier 2026**

*Les numérotations de renvois sont communes à l'ensemble des règlements des régimes de Frais Médicaux de l'institution. Seuls les renvois applicables dans le cadre du présent règlement sont repris ci-dessous.*

#### **Renvois communs à l'ensemble des options (gamme nationale et options régionales)**

- (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) Limité à 90 jours par hospitalisation
- (5) 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.
- (6) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (7) 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.
- (8) 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).
- (9) 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 €.
- (10) Avec monture libre ou monture "100% Santé". Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (11) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (12) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
  - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er 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 1er 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 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (13) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
  - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
  - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er 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.
- (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 (HLF) 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) 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.
- (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 ;
  - Pédiçures/Podologues titulaires d'un diplôme d'Etat de pédicure podologue.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine ou sur l'île de la Réunion.
- (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+ et PCE 1/PNPC : 240 € / an
  - P4 et PCE 2 : 320 € / an
  - P5 : 450 € / an
  - P6 : 480 € / an
- (22) Pris en charge sur prescription médicale.
- (23) Matériel Médical "100% santé" :
- Location de courte durée pour les véhicules pour personne handicapée (VPH), dans les conditions définies aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ;
  - Prothèses capillaires de classe II, telles que définies à la sous-section 10 du chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (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

\* A titre indicatif : Prise en charge de la Sécurité sociale Française Régime Général, Taux connus au 1er janvier 2026

**OPTAM** : le praticien a souscrit à l'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

## **Règlement de 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 assurées par FRAGONARD ASSURANCES - SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Entreprise régie par le Code des assurances.

FRAGONARD ASSURANCES a confié la mise en œuvre et la gestion des prestations d'assistance à AP SOLUTIONS GMBH succursale française, Société de droit étranger, immatriculée au RCS de Bobigny sous le numéro 938 761 764, établie 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 notice d'assistance remise à l'adhérent.

La garantie d'assistance est accordée sous réserve :

- du versement des cotisations correspondantes :
  - telles que définies dans l'ANNEXE TARIFAIRE,
  - sauf lorsque l'adhésion porte sur le niveau P6 du module Bloc P « Optique, Dentaire, Aide auditive et Prestations complémentaires », auquel cas les services d'assistance sont offerts gratuitement.
- du respect des dispositions prévues dans la convention d'assistance.

### **Cotisation du Module additionnel**

**Annexe occultée.**



## **Règlement de Frais médicaux individuels des Actifs**

### **Annexe Sociale au 1<sup>er</sup> janvier 2026**

#### **1) Cotisations Apprentis**

Certaines options de la gamme de frais médicaux individuels des Actifs ouvrent droit à la réduction sociale en faveur des apprentis (cf. article 6.6.a) du règlement), elles sont regroupées sous l'intitulé "BTP Santé Apprentis". Ces options sont les suivantes : S2P2, S3P3 et S3+P3+.

Compte tenu des réductions sociales octroyées par l'institution, les cotisations mensuelles nettes résultantes sont les suivantes :

**Annexe occultée.**

#### **2) Cotisations Invalides**

Certaines options de la gamme de frais médicaux individuels des Actifs ouvrent droit à la réduction sociale en faveur des invalides (cf. article 6.6.b) du règlement), elles sont regroupées sous l'intitulé "BTP Santé Solidaire". Ces options sont les suivantes : S2P2, S3P3, S3+P3+ et S4P4.

Compte tenu des réductions sociales octroyées par l'institution, les cotisations mensuelles nettes résultantes sont les suivantes.

Cette réduction sociale cesse au 31 décembre de l'année des 62 ans de l'adhérent.

**Annexe occultée.**

**Annexe 25.3** Règlement de frais médicaux individuels des retraités et des actifs. Cotisations des titulaires

Annexe occultée.

**Annexe 25.4** Règlement de frais médicaux individuels des retraités et des actifs. Cotisations des couples retraités et actifs

Annexe occultée.

## **Annexe 26** 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**

- 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 16 octobre 2025, 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 2026 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 2026
<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>	30 € / jour
<b>Allocation naissance</b>	39,2% PMSS / enfant

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 sont :

**Annexe occultée.**

## B – Régime Individuel

### ► 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 25.3* du présent Avenant.

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 sont celles de la gamme ouverte à équivalence de niveau de couverture via le couplage des modules S et P.

### ► 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 25.3* du présent Avenant.

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 sont celles de la gamme ouverte à équivalence de niveau de couverture via le couplage des modules S et P.

➤ **Ancienne Gamme Retraité – option Sante Retraite**

Les garanties de cette option sont alignées sur les niveaux du module S3 et du module P2 de la gamme ouverte consultables en *Annexe 25.3* du présent Avenant.

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 sont celles de la gamme ouverte à équivalence de niveau de couverture via le couplage des modules S3 et P2.

➤ **Option BTP Santé +**

Les garanties sont :

BTP Santé Plus	Niveau Basique et 1	Niveau 2
Assistance (Mondiale assistance)	Oui	Oui
Allocation décès	-	1 500 €

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 sont :

**Annexe occultée.**

➤ **Option Chirurgie Maternité, renforcement des garanties sous GFMIR et AGERETRAITE**

Les garanties sont :

Soins - Hospitalisation	Garantie 2026
<b>Hospitalisation chirurgicale</b>	200% BR (Frais réels si OPTAM)
- Honoraires	100% du forfait
- Participation assuré	100% du forfait
- Forfait urgence	100% du forfait
- Forfait hospitalier	100% du forfait
- Chambre particulière	100 € / jour
<b>Allocation Maternité</b>	3,2% PASS / enfant

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 sont :

**Annexe occultée.**

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

Les garanties sont :

Soins - Hospitalisation	Garantie 2026
<b>Hospitalisation chirurgicale</b>	200% BR (Frais réels si OPTAM)
- Honoraires	100% du forfait
- Participation assuré	100% du forfait
- Forfait urgence	100% du forfait
- Forfait hospitalier	100% du forfait
- Chambre particulière	100 € / jour
<b>Allocation Maternité</b>	3,2% PASS / enfant

Les cotisations applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026 sont :

**Annexe occultée.**