

Garanties supplémentaires

Garantie Assistance

RÉSUMÉ DE LA GARANTIE ASSISTANCE

Hospitalisation imprévue :	Assistance aux enfants malades :
<ul style="list-style-type: none">Recherche et réservation en milieu hospitalier,Transfert à l'hôpital et retour au domicile,Aide à domicile,Assistance aux enfants.	<ul style="list-style-type: none">Garde au domicile de l'enfant malade,Aide pédagogique pour l'enfant malade,Transfert à l'hôpital et retour au domicile.

Capital décès : spécial futurs retraités

Si vous êtes futur retraité ou si vous avez pris votre retraite depuis moins d'un an, vous bénéficiez d'un capital pouvant aller jusqu'à 1 500 €, 3 000 € ou 5 000 € en cas de décès.

Renseignez-vous auprès de votre conseiller PRO BTP, dans votre agence ou en appelant votre direction régionale.

Bonus Optique

Pour les options P3+ à P6, vous bénéficiez d'un **Bonus** sur votre forfait lunettes.

Si vous n'utilisez pas votre forfait, il augmente du bonus de votre option après 24 mois (voir tableau ci-dessous).

Évolution des montants de remboursements pour des lunettes adulte simple foyer:

	P3 +	P4	P5	P6
Forfait de base	100 % + 150 €	100 % + 200 €	RS + 250 €	RS + 300 €
Forfait + bonus intermédiaire (sans consommation dans les 24 derniers mois)	100 % + 200 €	100 % + 325 €	RS + 360 €	RS + 385 €
Forfait + bonus maximal (sans consommation dans les 36 derniers mois)	100 % + 250 €	100 % + 450 €	RS + 470 €	RS + 470 €

La prise en charge des dépenses d'optique est limitée par le décret du 18 novembre 2014 à un équipement tous les 24 mois, dans les cas où **il n'y a pas d'évolution de la vue**.

Cela signifie que lorsque vous changez vos lunettes, vous ne pouvez prétendre à un remboursement pendant les **24 mois** qui suivent cette consommation.

Par contre, **si votre vue change**, vous pouvez changer d'équipement **tous les 12 mois**, et bénéficiez alors du forfait de base.

Dans tous les cas, sans consommation de votre part : après 24 mois, vous bénéficiez du bonus intermédiaire, après 36 mois, vous bénéficiez du bonus maximal.

Vous étiez déjà bénéficiaire d'un contrat BTP Santé collectif ou individuel* ?

- Vous conservez votre ancienneté pour le calcul de votre droit au bonus fidélité.
- Vous profitez, dès la 1^{re} année, d'un remboursement maximum de vos prothèses dentaires, auditives et des autres prothèses, quelle que soit l'option choisie.

* Pour une adhésion à BTP Santé dans les 6 mois suivant la fin de votre précédent contrat PRO BTP.

Vous n'étiez pas couvert par un contrat BTP Santé ?

- Si vous souscrivez à l'option P1, P2 ou P3, vous bénéficiez des garanties prévues par votre contrat **dès la 1^{re} année d'adhésion** pour vos remboursements de prothèses dentaires, auditives et les autres prothèses.
- Si vous choisissez l'option P3+, P4, P5, P6 ou P6+, vous bénéficiez d'un remboursement de 350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale la 1^{re} année d'adhésion à BTP Santé. Après un an, vous bénéficiez des garanties prévues par votre contrat (voir tableau de garanties).

ATTENTION

Sauf indications contraires figurant dans le descriptif de vos garanties, nos remboursements de frais de santé sont accordés uniquement si la Sécurité sociale a elle-même accordé sa participation.

Ils sont effectués dans la limite des frais **engagés et déclarés** à la Sécurité sociale et sont conformes aux dispositions du code de la Sécurité sociale relatives aux contrats « responsables ».

Ils sont exprimés soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement du régime général (part Sécurité sociale incluse).

SNTF 001 - V17 - 12/2017



Découvrez vos services santé sur www.probtp.com

- réalisez un devis et souscrivez l'option de votre choix,
- consultez vos remboursements en direct,
- simulez vos remboursements santé et les montants restant à votre charge,
- accédez aux coordonnées des partenaires de santé,
- rééditez votre carte de tiers payant...

BTP-PRÉVOYANCE Institution de Prévoyance du Bâtiment et des Travaux publics, régie par le Code de la Sécurité sociale - Siège social : 7 rue du Regard - 75006 PARIS - SIREN : 784 621 468.

PRO BTP Association de Protection Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - Siège social : 7 rue du Regard - 75006 PARIS - SIREN : 394 164 966.

Garanties 2018

Frais Médicaux individuels Actifs et Retraités

COMPLÉMENTAIRE
BTP SANTÉ

PARTICULIERS

 PRO BTP

Garanties 2018

		Part S.S.	S1	S2	S3	S3+	S4	S5/S6
Soins	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	100 %	100 %	160 % (200 % si OPTAM)	200 % (250 % si OPTAM)	200 % (300 % si OPTAM)
	Analyses	60 %	100 %	100 %	100 %	160 %	200 %	200 %
	Soins externes (consultations, actes de petite chirurgie, bilans d'imagerie médicale et de biologie effectués en externe au sein des établissements hospitaliers publics et cliniques privées)	60 à 70 %	100 %	100 %	100 %	160 % (200 % si OPTAM)	200 % (250 % si OPTAM)	200 % (300 % si OPTAM)
	Radiologie	70 %	100 %	100 %	100 %	160 % (200 % si OPTAM)	160 % (250 % si OPTAM)	200 % (300 % si OPTAM)
	Actes techniques médicaux (ponction, injection, infiltration, biopsie, fibroscopie, endoscopie...)	70 %	100 %	100 %	100 %	160 % (200 % si OPTAM)	160 % (250 % si OPTAM)	200 % (300 % si OPTAM)
	Transports	65 %	100 %	100 %	100 %	160 %	200 %	200 %
	Auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, orthoprothésistes, podologues, orthophonistes, orthoptistes...), soins infirmiers	60 %	100 %	100 %	100 %	160 %	200 %	200 %
	Pharmacie	65 % 30 % 15 %	100 % 30 % 15 %	100 % 100 % 100 %	100 % 100 % 100 %	100 % 100 % 100 %	100 % 100 % 100 %	100 % 100 % 100 %
	Vaccin anti-grippe refusé par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	—	—	15 €/an/bénéficiaire	15 €/an/bénéficiaire	15 €/an/bénéficiaire	—	—
	Vaccins refusés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	—	—	—	—	—	60 €/an/bénéficiaire	60 €/an/bénéficiaire

Hospitalisation	Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80 %	100 %	100 %	100 %	160 % (200 % si OPTAM)	200 % (250 % si OPTAM)	200 % (300 % si OPTAM)
	Forfait journalier hospitalier dès le 1 ^{er} jour ⁽²⁾	—	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾	—	—	—	45 €/jour	60 €/jour	75 €/jour	100 €/jour
	Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans ⁽³⁾	—	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour
	Lit accompagnant hospitalisation bénéficiaire de 70 ans et plus ⁽³⁾	—	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour
	Forfait de 18 € pour les actes supérieurs à 120 €	—	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

		Part S.S.	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6	P6+	
Optique	Adultes	Montures et/ou verres simples ^{(4) (6) (11)}	60 %	RS + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 150 €	100 % + forfait de 150 € à 250 €* ⁽¹²⁾	100 % + forfait de 200 € à 450 €* ⁽¹²⁾	RS + forfait de 250 € à 470 €* ⁽¹²⁾	RS + forfait de 300 € à 470 €* ⁽¹²⁾	RS + 470 €
		Montures et/ou verres progressifs ^{(4) (6) (8) (11)}	60 %	RS + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €	100 % + forfait de 250 € à 350 €* ⁽¹²⁾	100 % + forfait de 300 € à 550 €* ⁽¹²⁾	RS + forfait de 400 € à 650 €* ⁽¹²⁾	RS + forfait de 500 € à 750 €* ⁽¹²⁾	RS + 750 € ⁽¹⁰⁾
		Supplément forte correction ⁽⁷⁾									
	Enfants	■ Verres simples	60 %	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 140 €/verre	+ 140 €/verre
		■ Verres progressifs	60 %	—	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre
		Montures et/ou verres simples ^{(5) (6) (11)}	60 %	RS + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €	100 % + 400 €
		Montures et/ou verres progressifs ^{(5) (6) (8) (11)}	60 %	RS + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 350 €	100 % + 550 €	RS + 650 € ⁽⁹⁾	RS + 700 € ⁽¹⁰⁾	RS + 700 € ⁽¹⁰⁾
		Supplément forte correction ⁽⁷⁾									
		■ Verres simples	60 %	+ 75 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre
		Lentilles remboursées par la S.S.	60 %	100 %	100 % + 120 € ⁽¹²⁾	100 % + 120 € ⁽¹²⁾	100 % + 150 € ⁽¹²⁾	100 % + 200 € ⁽¹²⁾	100 % + 200 € ⁽¹²⁾	100 % + 250 € ⁽¹²⁾	100 % + 250 € ⁽¹²⁾
Lentilles refusées par la S.S. ⁽¹²⁾	—	—	—	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €	250 €		
Chirurgie de la vue non remboursée par la S.S. ⁽¹²⁾	—	—	—	—	300 €/œil	400 €/œil	500 €/œil	500 €/œil	500 €/œil		

Dentaire	Soins dentaires ⁽¹³⁾	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	300 %	300 %	300 %
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. ⁽¹⁴⁾	70 %	125 %	250 %	350 %	500 %	550 %	600 %	650 %	650 %
	Implants ⁽¹²⁾	—	—	—	—	300 €	400 €	500 €	600 €	600 €
	Orthodontie	100 %	125 %	200 %	200 %	250 %	300 %	400 %	400 %	400 %

Autres	Prothèses auditives ⁽¹⁴⁾	60 %	100 %	250 %	350 %	500 %	550 %	600 %	750 %	750 %
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹⁴⁾	60 %	100 %	250 %	350 %	500 %	550 %	600 %	750 %	750 %
	Médecines douces ^{(15) (16)}	—	—	—	—	2 x 40 € (max 200 €/famille/an)	3 x 40 € (max 280 €/famille/an)	4 x 50 € (max 450 €/famille/an)	4 x 60 € (max 480 €/famille/an)	4 x 60 € (max 480 €/famille/an)
	Cures thermales ⁽¹⁷⁾	65 %	65 %	100 % + 100 €	100 % + 187,50 €	100 % + 187,50 €	100 % + 322,50 €	100 % + 322,50 €	100 % + 322,50 €	100 % + 322,50 €

Assistance	—	En option	En option	En option	En option	En option	En option	En option	Inclus	Inclus
------------	---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	--------	--------

Personnalisation des options

Selon votre option **soins/hospitalisation (S)**, vous pouvez moduler votre niveau de garanties **optique/dentaire/divers (P)** comme suit :

S1	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6	P6+
S2	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6	P6+
S3	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6	P6+
S3+	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6	P6+
S4	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6	P6+
S5/S6	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6	P6+

Par exemple, si l'option choisie est S3, vous pouvez opter pour les niveaux de garantie **P2**, **P3** ou **P3+**, en revanche vous ne pourrez pas choisir les niveaux **P1** ou **P4**.

Bonus fidélité

Bonus fidélité prothèses dentaires et autres prothèses	Plafond (limite annuelle de remboursements)
Votre contrat a moins de deux ans	2 500 €/an et par bénéficiaire
Dès les deux ans de votre contrat	5 000 €/an et par bénéficiaire
Dès les six ans de votre contrat	10 000 €/an et par bénéficiaire

RS : remboursement Sécurité sociale

OPTAM : OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-Co (chirurgie obstétrique), anciennement CAS.

(1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché.

(2) Non limité en nombre. Prise en charge suivant les dispositions de l'article L. 174 - 4 du code de la Sécurité sociale.

(3) Prestation limitée à 90 jours par hospitalisation.

(4) Montant en € : forfait par personne tous les 24 mois pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale.

(5) Montant en € : forfait par enfant tous les 12 mois pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale.

(6) Les forfaits montures et verres ne sont pas cumulables.

(7) Montant forfaitaire supplémentaire par verre. Ce forfait est versé si le verre est classé dans l'un des codes LPP suivants : Pour l'option P1 - 2282793 - 2280660 - 2235776 - 2284527 - 2212976 - 2288519 - 2243540 - 2243304 - 2273854 - 2283953 - 2238941 - 2245036.

En plus pour les options P2, P3, P3+, P4 et P5 : 2245384 - 2202239 Pour les options P6 et P6+ : 2282793 - 2280660 - 2235776 - 2284527 - 2212976 - 2288519 - 2245384 - 2243304 - 2273854 - 2283953 - 2238941 - 2245036.

(8) Sous réserve que l'équipement soit pris en charge en tant que tel par la Sécurité sociale.

(9) Montant plafonné à 610 € si l'équipement avec verres progressifs comporte un verre LPP 2203240 (ou 2287916), 2259966 (ou 2226412) pour un adulte et des codes LPP 2261874 (ou 2242457), 2200393 (ou 22740413) pour un enfant mineur ; soit à 700 € si l'équipement avec un verre progressif comporte un autre verre simple ; le plafond s'entend non comprise l'application du supplément pour forte correction.

(10) Montant plafonné soit à 610 € si l'équipement avec verres progressifs comporte un verre LPP 2203240 (ou 2287916), 2259966 (ou 2226412) pour un adulte et des codes LPP 2261874 (ou 2242457), 2200393 (ou 22740413) pour un enfant mineur ; soit à 700 € si l'équipement avec un verre progressif comporte un autre verre simple ; le plafond s'entend non comprise l'application du supplément pour forte correction.

(11) Le remboursement pour la monture est limité à 150 €.

(12) Forfait par an et par bénéficiaire.

(13) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI,END,IND, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM dentaire.

(14) Bonus fidélité : votre plafond annuel de dépenses augmente avec le temps (voir détail ci-dessus).

(15) Forfait en € et en nombre de consultations par an et par bénéficiaire.

(16) Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, étiope.

(17) Le forfait en € est limité à 1 par an et par personne.

* Bonus optique : voir détail au verso.