

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).

Votre 1^{er} remboursement optique bénéficiera du bonus maximal si vous n'avez pas eu de consommation depuis 36 mois au titre d'un de nos contrats Santé (collectif ou individuel) ou s'il s'agit de votre 1^{re} adhésion à un contrat BTP Santé.

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 bénéficierez du bonus intermédiaire.

Après 36 mois, vous bénéficierez du bonus maximal.

SOYONS SOLIDAIRES! Changez de lunettes quand c'est nécessaire. Nous avons tous à y gagner.

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).

Réalisez votre devis en ligne sur
www.probtp.com

Garanties 2019

Régimes surcomplémentaires de frais médicaux

Complément individuel et extension familiale

SURCOMPLÉMENTAIRE
BTP SANTÉ

PARTICULIERS

SNTP 0102 - V17 - 12/2018

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 2019

OPTIONS DISPONIBLES UNIQUEMENT
DANS LE CADRE DE L'EXTENSION FAMILIALE

		Part S.S.	S1	S2	S3	S3+	S4	S5/S6 ⁽¹⁸⁾			
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 %			
		65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %			
	Pharmacie	30 % 15 %	30 % 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %			
	Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾	—	—	Anti-grippe 15 €	Anti-grippe 15 €	Anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €			
Contraception féminine ⁽²⁰⁾	—	—	—	—	40 €/an / bénéficiaire	60 €/an / bénéficiaire	80 €/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⁾⁽¹⁹⁾	—	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour	—	—	—	45 €/jour	60 €/jour	75 €/jour	100 €/jour			
	Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans ⁽²⁾	—	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour			
	Lit accompagnant hospitalisation bénéficiaire de 70 ans et plus ⁽²⁾	—	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour	23 €/jour			
	Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €	—	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait			
		Part S.S.	P1	P2	P3	P3+	P4	P5 ⁽¹⁸⁾	P6 ⁽¹⁸⁾	P6+ ⁽¹⁸⁾	
Optique	Adultes	Montures et/ou verres simples ^{(3) (5) (8)}	60 %	RS + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 150 €	100 % + forfait de 150 € à 250 €* 250 € à 450 €* 250 € à 350 €* 250 € à 450 €* 300 € à 550 €*	100 % + forfait de 200 € à 470 €* 200 € à 450 €* 300 € à 550 €*	RS + forfait de 250 € à 470 €* 300 € à 470 €* 400 € à 650 € ⁽⁹⁾	RS + forfait de 300 € à 470 €* 500 € à 750 € ⁽¹⁰⁾	RS + 470 € RS + 750 € ⁽¹⁰⁾
		Supplément forte correction ⁽⁷⁾									
		▪ Verres simples	60 %	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 140 €/verre	+ 50 €/verre
	▪ Verres progressifs	60 %	—	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre	+ 50 €/verre
	Enfants	Montures et/ou verres simples ^{(4) (5) (8)}	60 %	RS + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €	100 % + 400 €
		Montures et/ou verres progressifs ^{(4) (5) (6) (8)}	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 € ⁽¹¹⁾	100 % + 120 € ⁽¹¹⁾	100 % + 150 € ⁽¹¹⁾	100 % + 200 € ⁽¹¹⁾	100 % + 200 € ⁽¹¹⁾	100 % + 250 € ⁽¹¹⁾	100 % + 250 € ⁽¹¹⁾	
	Lentilles refusées par la S.S. ⁽¹²⁾	—	—	—	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €	250 €	
Chirurgie réfractive 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 %	317 %	333 %	367 %	400 %	500 %	500 %	
	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	Inclus	Inclus	

Personnalisation des options

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

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

Le choix des options n'est possible que pour le complément individuel qui s'arrête au niveau **S4/P4**.

Le niveau de couverture pour l'extension familiale doit être strictement aligné à la couverture collective ou au complément individuel facultatif.

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. Forfait par an et par bénéficiaire.

(2) Non limité en nombre.

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

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

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

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

(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 2202239.

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

(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) Montant en € : forfait par personne par an pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale.

(12) Forfait par an et par bénéficiaire.

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

(14) Plafond annuel de 10 000 € par personne.

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

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

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

(18) Les options S5/S6, P5, P6 et P6+ ne peuvent être choisies dans le cadre d'un complément individuel, mais uniquement dans le cadre de l'extension familiale.

(19) Prise en charge suivant les dispositions de l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale.

(20) Contraception féminine prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale.

* Bonus optique : voir détail au verso.