



Règlement des compléments
individuels de Frais médicaux
**Réservé aux adhérents
BTP Santé Entreprise**

BTP SANTÉ
AMPLITUDE

PARTICULIERS



SOMMAIRE

Article 1 – Objet – Définitions	04
Article 2 – Accès aux compléments individuels de Frais médicaux.....	04
Article 3 – Modalités d'adhésion	05
Article 4 – Bénéficiaires du complément individuel.....	05
Article 5 – Date d'effet, modifications du niveau de garanties résultantes.....	05
Article 6 – Détermination des cotisations	06
Article 7 – Versement des cotisations	06
Article 8 – Terme de la couverture – Conséquences sur les prestations et cotisations en cours	07
Article 9 – Réserve	08
Article 10 – Conditions d'ouverture des droits – Fait générateur.....	08
Article 11 – Réserve	09
Article 12 – Prestations, étendue des garanties	09
Article 13 – Support des remboursements	11
Article 14 – Plancher de versement de la prestation	11
Article 15 – Tiers payant.....	11
Article 16 – Délai de stage et de carence	11
Article 17 – Prescription – Déclaration tardive.....	11
Article 18 – Recours contre tiers responsable.....	12
Article 19 – Mise en œuvre de coassurance	12
Article 20 – Effet de la coassurance.....	12
Article 21 – Information des adhérents	13
Article 22 – Section financière et réserve	13
Article 23 – Ressources et charges de la section financière	13
Article 24 – Provision pour participation aux excédents.....	14

Règlement du régime des options individuelles d'extension familiale de la couverture Santé

Article 1 – Objet.....	15
Article 2 – Accès aux Options individuelles d'extension familiale de Frais médicaux...	16
Article 3 – Modalités de mise en œuvre.....	16
Article 4 – Bénéficiaires	16
Article 5 – Date d'effet, changement de domiciliation	18
Article 6 – Cotisations.....	18
Article 7 – Versement des cotisations	19
Article 8 – Terme de l'adhésion – Conséquences sur les prestations et cotisations en cours.....	19
Article 9 – Réserve	21
Article 10 – Conditions d'ouverture des droits – Fait générateur.....	21
Article 11 – Réserve	21
Article 12 – Prestations, étendue des garanties	21
Article 13 – Support des remboursements	24
Article 14 – Plancher de versement de la prestation	24
Article 15 – Tiers payant.....	24
Article 16 – Délai de stage et de carence	24
Article 17 – Prescription – Déclaration tardive.....	24
Article 18 – Recours contre tiers responsable.....	25
Article 19 – Mise en œuvre de coassurance	25
Article 20 – Effet de la coassurance.....	25
Article 21 – Information des adhérents	26
Article 22 – Section financière et réserve	26
Article 23 – Ressources et charges de la section financière	27
Article 24 – Provision pour participation aux excédents.....	27
Page contacts	28

Statuts de BTP-PRÉVOYANCE

(dernière mise à jour : avenant n° 22 du 22 décembre 2014 à l'Accord collectif du 1^{er} octobre 2001)

Article 1

Objet - Définitions

Le présent règlement est régi par le Code de la Sécurité sociale. Il a pour objet de définir les droits et les obligations des adhérents qui, déjà couverts dans le cadre de leur entreprise par un régime collectif de Frais médicaux de BTP-PRÉVOYANCE (régime Non-Cadres, régime Cadres ou régime fermé Etam), souhaitent compléter leurs garanties de Frais médicaux sur la base d'une contribution financière à leur charge exclusive.

Ces compléments de garanties reposent sur plusieurs combinaisons modulaires avec une progression de niveaux de remboursements.

Dans la suite du règlement, sont appelés :

- **Socle collectif** : le niveau de couverture du régime de Frais médicaux collectif de BTP-PRÉVOYANCE (régime Non-Cadres, régime Cadres ou régime fermé Etam) à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié ;
- **Complément individuel** : le complément modulaire de garanties de Frais médicaux auquel le salarié a décidé de participer en sus du Socle collectif ; ce complément, qui couvre systématiquement le salarié ainsi que ses éventuels ayants droit relevant du Socle collectif, est régi par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative des Institutions de prévoyance ;
- **Dispositif de couverture santé à étages** : il s'agit de l'ensemble constitué par les garanties globales de Frais médicaux issues du cumul du Socle collectif et du Complément individuel choisi par l'adhérent. Il est précisé que l'entreprise qui met en place un Dispositif de couverture santé à étages adhère à une seule et

même opération collective de remboursement complémentaire des frais de santé ;

- **Niveau de garanties résultantes** : les garanties servies en fonction du niveau de couverture et, le cas échéant, du module de garanties additionnelles choisies par l'entreprise et/ou l'adhérent ;
- **Adhérent ou Salarié** : le salarié ou ancien salarié qui peut participer ou participe de manière volontaire au Complément individuel.

Les garanties prises en charge par le Complément individuel s'entendent après déduction :

- des dépenses prises en charge par le régime de Sécurité sociale dont relèvent l'adhérent et ses ayants droit,
- des dépenses de santé prises en charge au titre du Socle collectif.

Article 2

Accès aux compléments individuels de Frais médicaux

Peut adhérer au présent régime, la personne qui remplit l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- être salarié dans une entreprise du Bâtiment et des Travaux publics, et à ce titre être couvert au titre d'un des régimes de Frais médicaux collectifs de BTP-PRÉVOYANCE (non cadres, cadres, ou Etam groupe fermé),
- à défaut, être bénéficiaire d'une rente d'invalidité servie par BTP-PRÉVOYANCE et ayant à ce titre droit au maintien des garanties prévues par un des régimes de Frais médicaux collectifs de BTP-PRÉVOYANCE (en application de l'article 11 du règlement correspondant).

Par exception, les niveaux de couvertures S5P6 et S5P6+, S6P6, S6P6+ des régimes de Frais médicaux collectifs n'ouvrent pas

de possibilité aux salariés de compléter leur Socle collectif par un Complément individuel.

Lors de son affiliation par l'entreprise au Socle collectif, chaque salarié est informé par BTP-PRÉVOYANCE de sa faculté d'accéder à un Complément individuel de Frais médicaux.

Article 3 Modalités d'adhésion

La décision du salarié de bénéficier d'un Complément individuel de Frais médicaux se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- le nom, la date de naissance et le lieu de domiciliation de l'adhérent,
- l'entreprise dont il relève,
- la date d'effet du Complément individuel,
- le niveau de garanties résultantes dans le cadre du Dispositif de couverture santé à étages. Ce niveau ne peut être inférieur au niveau du Socle collectif dont bénéficie déjà le salarié, que ce soit pour le module « Soins-Hospitalisation » ou pour le module « Optique, prothèses et divers ». Par ailleurs, le salarié ne peut choisir plus de un niveau d'écart entre le niveau des garanties résultantes pour le module « Soins-Hospitalisation » et celui des garanties résultantes pour le module « Optique, prothèses et divers ».

La signature du bulletin d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours qui s'ensuivent. Ce droit à renonciation est pris en compte par l'Institution si les deux conditions suivantes sont remplies :

- le droit à renonciation doit être significatif aux services gestionnaires de l'Institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception,
- 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 d'adhésion et la date de réception de la demande de renonciation.

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

Article 4 Bénéficiaires du complément individuel

Les garanties du Complément individuel de Frais médicaux couvrent simultanément :

- le salarié,
- ainsi que l'ensemble de ses ayants droit déjà couverts au titre du Socle collectif.

De ce fait, le Complément individuel ne peut être mis en œuvre pour une partie seulement des bénéficiaires du Socle collectif.

Toute modification apportée à la liste des bénéficiaires du Socle collectif entraîne actualisation, à la même date d'effet, des bénéficiaires couverts par le Complément individuel. Lorsque cette actualisation conduit à majorer, à la même date d'effet, le montant annuel de la cotisation du Complément individuel :

- BTP-PRÉVOYANCE informe l'adhérent par courrier des modifications en résultant dans l'échéancier de cotisation du Complément individuel,
- à compter de la date d'envoi de ce courrier, le salarié dispose d'un délai de 30 jours pour diminuer son niveau de garantie, ou résilier, dans les conditions de l'article 8.1.a), son adhésion au Complément individuel.

Article 5 Date d'effet, modifications du Niveau de garanties résultantes

La date d'effet du Complément individuel est fixée au premier jour qui suit la demande d'adhésion, et ne peut être rétroactive. Par exception, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit l'affiliation au Socle collectif, cette date peut être fixée à la demande de l'adhérent rétroactivement

au jour de son affiliation.

La date d'effet du Complément individuel est spécifiée sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion au Complément individuel est conclue jusqu'à la fin de l'exercice civil et se renouvelle ensuite par tacite reconduction, sauf terme de l'adhésion tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

Pour toute demande de l'adhérent reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement de niveau de garanties résultantes intervient avec effet au 1^{er} janvier suivant.

Par exception, le changement de niveau de garanties résultantes peut être pris en compte rétroactivement au 1^{er} janvier, lorsque l'adhérent a formulé sa demande en janvier et dans le délai de 30 jours suivant la date d'envoi de son avis d'échéance annuelle.

Tout changement de domicile doit également être déclaré par l'adhérent. À défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu de l'adhérent produisent tous leurs effets.

Article 6 Détermination des cotisations

La cotisation annuelle est définie dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement.

Le montant de la cotisation dépend du choix de l'adhérent en terme de niveau de garanties résultantes.

Ce montant est également fonction de paramètres préalablement fixés dans le Socle collectif de Frais médicaux :

- niveau de garanties du Socle collectif,
- nombre d'ayants droit couverts par le Socle collectif.

Si la date d'effet du Complément individuel portée sur le bulletin de l'adhérent est antérieure au 1^{er} janvier 2015, le montant de la cotisation du Complément individuel

est variable selon que le Socle collectif couvre ou non le conjoint.

Dans les autres cas, la cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes, elle correspond à la somme des éléments suivants :

- montant de cotisation par « Adulte » multiplié par le nombre d'« Adultes » couverts,
- montant de cotisation par « Enfant » multiplié par le nombre d'« Enfants » couverts.

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

- sont qualifiés d'« Adultes » l'adhérent ainsi que – le cas échéant – son conjoint lorsque ce dernier est couvert par le Socle collectif, et ce quels que soient leurs âges ;
- sont qualifiés d'« Enfants » les ayants droit couverts par le Socle collectif. Toutefois, lorsque le Socle collectif couvre trois enfants ou plus, seuls deux d'entre eux sont pris en compte pour la détermination de la cotisation du Complément individuel ; tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

Toute actualisation de l'ANNEXE TARIFAIRE relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

Article 7 Versement des cotisations

Le salarié, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que sa participation au Dispositif de couverture santé à étages n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement est fractionné par mois. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance sur compte bancaire de l'adhérent, ou par toute autre solution mise en œuvre par l'Institution.

Les éventuels frais d'impayés sur prélève-

ment pourront être imputés à l'adhérent.

Article 8

Terme de la couverture – Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

8.1 - Terme de la couverture

Le terme de l'adhésion au complément individuel intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent (démission),
- en cas de résiliation à l'initiative de l'Institution (exclusion),
- automatiquement, au jour où l'adhérent n'est plus affilié au Socle collectif, ou par suite d'amélioration des garanties du Socle collectif au-delà du niveau du complément individuel.

8.1.a) - Terme de la couverture à l'initiative de l'adhérent (démission)

Tout salarié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'Institution par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le terme de l'adhésion (également appelé démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié à l'Institution au moins deux mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission, dans les situations suivantes :
 - l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information,
 - l'adhérent 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 ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, lorsque les dates limites d'exercice du droit à démission n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis

annuel d'échéance de cotisation.

8.1.b) - Résiliation à l'initiative de l'Institution (exclusion)

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, et indépendamment du droit pour l'Institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie correspondant au Complément individuel peut être résiliée 40 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès de l'adhérent. Cette mise en demeure ne peut être notifiée qu'après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la date à laquelle les cotisations doivent être payées au titre de l'ensemble constitué par les cotisations du complément individuel et les cotisations de l'extension familiale.

Indépendamment du droit pour l'Institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice :

- l'Institution est fondée à émettre une mise en demeure à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance ;
- la garantie est suspendue 30 jours après l'émission de la mise en demeure lorsque cette dernière est restée sans suite ;
- l'adhésion au présent règlement pourra être résiliée après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la suspension de la garantie et interviendra au dernier jour du 3^e mois civil qui suit la date d'effet de la suspension.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé :

- que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion de la couverture au titre du présent règlement, selon le calendrier prévu à l'alinéa qui précède ;

- que la suspension des garanties et l'exclusion emportent cessation d'octroi de tout droit à prestations.

Toutefois, les droits à prestations de l'adhérent et ceux de ses ayants droit sont intégralement rouverts au titre de la période de suspension :

- si l'adhérent justifie, dans la période qui a immédiatement précédé le défaut de paiement, d'au moins 12 mois de cotisations acquittées au titre du présent règlement,
- et s'il régularise l'intégralité de ses cotisations arriérées ou venues à échéance durant la période de suspension.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), l'exclusion peut être prononcée sans préavis. 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.

8.1.c) - Cessation de l'affiliation du salarié au Socle collectif

Le terme de l'adhésion au présent règlement intervient automatiquement à compter du jour où le salarié ne peut plus bénéficier des garanties du Socle collectif :

- au jour où le salarié, ayant quitté l'entreprise adhérente au Socle collectif, ne bénéficie plus du maintien des garanties prévu par les règlements des régimes de Frais médicaux collectifs de l'Institution,
- au jour d'effet de la radiation, de la démission ou de la dénonciation de l'adhésion de l'entreprise au Socle collectif dans les conditions prévues par les règlements des régimes de Frais médicaux collectifs de l'Institution.

8.1.d) - Amélioration du niveau du Socle collectif au-delà du niveau du complément individuel

L'adhésion au présent règlement cesse automatiquement au premier jour d'effet d'une amélioration du niveau des garanties

du Socle collectif qui conduit à porter ces garanties, pour chaque poste de remboursement, à un niveau supérieur ou égal à celui jusqu'alors atteint dans le Dispositif de couverture santé à étages.

8.2 - Prestations et cotisations en cours au terme de la couverture

Les droits à prestations dont bénéficiaient l'adhérent et ses ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de la couverture.

Les éventuels excédents de cotisations versés au-delà de la date d'effet de la résiliation donnent lieu à remboursement.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée, les cotisations versées d'avance sont affectées en priorité à l'indemnisation du préjudice de l'Institution.

Article 9 Réservé

Article 10 Conditions d'ouverture des droits – Fait générateur

10.1 - Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de BTP-PRÉVOYANCE au titre du Socle collectif et au titre du Complément individuel (dans les conditions prévues à l'article 5),
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations du Complément individuel ou au titre du règlement du régime des options individuelles d'extension familiale de la couverture Santé.

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 date d'entrée en établissement hos-

pitalier 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

Réservé

Article 12

Prestation, étendue des garanties

12.1 - Dispositions générales relatives aux prestations

Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de BTP-PRÉVOYANCE, le droit à prestations est fonction du niveau de garanties résultantes choisi par l'adhérent dans le cadre du Complément individuel. Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES,
- par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie 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.

Quel que soit le niveau des garanties choisi par l'adhérent au titre du présent règlement, les prestations du Dispositif de couverture santé à étages respectent le cahier des charges des contrats d'assurance santé complémentaires dits « responsables » résultant de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Il est précisé :

- que toutes les prestations de prévention

comprises dans la liste prévue au II de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale sont prises en charge par la couverture globale découlant du Dispositif de couverture de santé à étages ;

- 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 les adaptations nécessaires au présent règlement, ces adaptations devant être soumises à ratification de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

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

- en priorité, au titre du présent règlement,
- au-delà, si applicable, au titre du règlement du Socle collectif.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les garanties s'exercent pour chaque bénéficiaire dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime de base d'assurance maladie.

Sous réserve des dispositions du troisième alinéa du présent article (en vue d'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 de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

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 est également appelé forfait de remboursement.

S'agissant des lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la Sécurité sociale, le forfait de remboursement s'applique par exercice civil.

S'agissant des lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de deux ans. Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la date de sa précédente acquisition, également appelée date de dernière consommation. La période de prise en charge est réduite à un an :

- pour les mineurs,
- en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

En complément, pour les adultes couverts par les modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait de base au titre des lunettes peut être majoré d'un bonus responsable optique. Le montant de ce bonus responsable est fonction de la durée écoulée depuis la date du dernier remboursement de montures ou de verres :

- le bonus responsable maximal est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par l'Institution au cours des 36 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre des postes « montures et/ou verres simples » et « montures et/ou verres progressifs »
- à défaut, le bonus responsable intermédiaire est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par l'Institution au cours des 24 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « montures et/ou

verres progressifs »

- à défaut, le droit à remboursement est limité au forfait de base.

Par exception, le bonus responsable maximal est automatiquement octroyé pour le premier remboursement à intervenir au titre des postes « montures et/ou verres simples » ou « montures et/ou verres progressifs », au bénéfice :

- de tout nouveau bénéficiaire adulte enregistré auprès de BTP-PRÉVOYANCE
- des bénéficiaires mineurs à compter du jour où ils deviennent majeurs.

Par exception, pour les bénéficiaires couverts par l'Institution au 31 décembre 2015, la période prise en considération pour l'octroi du bonus responsable optique est majorée de 12 mois pour la première acquisition optique à intervenir en 2016.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base.

Ce supplément s'applique alors :

- pour tout verre simple pour lequel la base de remboursement de la Sécurité sociale est supérieure à 4,00 € pour un adulte et à 20,00 € pour un enfant mineur (valeurs applicatives au 1^{er} janvier 2016),
- pour tout verre progressif pour lequel la base de remboursement de la Sécurité sociale est supérieure à 10,50 € pour un adulte (valeur applicable au 1^{er} janvier 2016)

Le montant du forfait de base et, le cas échéant, celui du bonus responsable et celui du supplément pour forte correction, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'ANNEXE DES GARANTIES.

12.3 - Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et « autres prothèses et divers »

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,
- appareillage orthopédique et autres

prothèses.

Le plafond s'applique pour les prestations dont le fait générateur relève d'un même exercice civil. Le montant de ce plafond est fixé à 10 000 € par bénéficiaire et par an.

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.

12.4 - Dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires

Dans le cas des modules S3+, S4, S5 et S6 qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, l'ANNEXE DES GARANTIES prévoit une prise en charge différenciée selon que le médecin ait ou non adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) défini par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Article 13 **Support des remboursements**

Les remboursements liés au Complément individuel s'effectuent sur la base des mêmes supports que ceux définis pour le Socle collectif.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes.

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 supé-

rieure à 2 € pour les virements (50 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2016, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. 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 bénéficiaire dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

Article 15 **Tiers payant**

Lorsque les Frais médicaux entrent dans le cadre de conventions de tiers payant signées par BTP-PRÉVOYANCE, les remboursements effectués par le Régime sont destinés au signataire de la convention ayant fait l'avance des fonds. Dans ce cas, aucun plancher de versement de la prestation n'est appliqué.

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 8 :

- l'adhérent et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-PRÉVOYANCE,
- dans l'hypothèse où l'adhérent et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-PRÉVOYANCE est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par BTP-PRÉVOYANCE.

Article 16 **Délai de stage et de carence**

Les garanties accordées s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion du salarié au Complément individuel, quel que soit le niveau de garanties retenu.

Article 17 **Prescription – Déclaration tardive** **17.1 - Prescription 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.

17.2 - Prescription des actions en justice

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour où l'Institution ou l'adhérent engage une action en justice ; dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

Article 18

Recours contre tiers responsable

BTP-PRÉVOYANCE est subrogée de plein droit au participant 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 conditions et limites légales.

Article 19

Mise en œuvre de coassurance

Dans certains départements, les couvertures prévues par le présent règlement sont mises en œuvre dans le cadre de coassurances territoriales entre BTP-PRÉVOYANCE et certaines mutuelles relevant de l'article L-211.1 du Code de la

mutualité.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles ont été adoptées par BTP-PRÉVOYANCE et par chaque mutuelle concernée. En cas d'incohérence entre ces dispositions réglementaires :

- pour les options de la gamme nationale, ce sont les dispositions du présent règlement et celles du Code de la Sécurité sociale qui prévalent,
- pour les options régionales, ce sont les dispositions du règlement mutualiste et celles du Code de la Mutualité qui l'emportent.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance sont exposées dans une ANNEXE DE COASSURANCE jointe au présent règlement.

BTP-PRÉVOYANCE est désigné comme apériteur pour les adhésions aux options de la gamme nationale ; la mutuelle partenaire est désignée comme apériteur pour les adhésions aux options régionales. L'apériteur a notamment pour mission de proposer à la décision des deux coassureurs les évolutions de cotisations et de prestations d'une année sur l'autre.

En cas de cessation de la coassurance au 31 décembre d'un exercice (notamment en cas de cessation du partenariat entre BTP-PRÉVOYANCE et la mutuelle concernée), chaque adhérent conserve jusqu'à cette date le bénéfice des dispositions du présent règlement. Au-delà de cette date, les droits et obligations nés de l'adhésion de l'entreprise sont poursuivis en totalité :

- auprès de BTP-PRÉVOYANCE pour les adhésions aux options de la gamme nationale,
- auprès de la mutuelle concernée pour les adhésions aux options régionales.

Article 20

Effet de la coassurance

Chaque coassureur n'est engagé, vis-à-vis de l'adhérent, qu'à hauteur de sa seule

quote-part dans les opérations communes, dans la mesure où celle-ci a été portée à la connaissance de l'adhérent.

En cas de changement de domiciliation de l'entreprise adhérente en dehors du territoire de coassurance dont elle relève, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant.

Article 21 Information des adhérents

21.1 - Information lors de l'adhésion

L'information des adhérents est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement.

En particulier, préalablement à l'adhésion, sont remis à l'adhérent un bulletin d'adhésion et une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations des bénéficiaires, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

Sont communiquées à l'adhérent les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision ou effectuer toute réclamation 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 le conseil d'administration.

L'adhérent est informé :

- qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, il peut s'adresser par écrit au Médiateur de PRO BTP à l'adresse suivante :

Médiateur de PRO BTP
7 rue du Regard
75294 PARIS Cedex 06

- que le Médiateur de PRO BTP 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 RÉOLUTION, située au 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

21.2 - Information en cas de modifications des conditions de couverture

Les adhérents sont informés par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- suite à modification des garanties prises en charge par le Socle collectif,
- suite à modifications apportées au présent règlement,
- suite à évolutions tarifaires,
- suite à mise en place d'une coassurance ou changement de coassureur.

Après information, les modifications de conditions de couverture résultant du présent règlement et de ses différentes annexes s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits du souscripteur nés du présent règlement, celui-ci peut dénoncer sa participation dans un délai de 30 jours suivant son information.

Article 22 Section financière et réserve

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

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

- par le solde des ressources et des charges de la section financière pour l'exercice écoulé,
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie du résultat des comptes de gestion.

Article 23

Ressources et charges de la section financière

23.1 - Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

- a) des cotisations individuelles acquises des adhérents,
- b) de la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs,
- c) des produits nets des placements de la section financière,
- d) du solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de co-réassurance,
- e) du produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent règlement au titre de l'exercice écoulé.

23.2 - Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière,
- b) le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs,
- c) le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de co-réassurance,
- d) un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 18 % des cotisations acquises des adhérents à compter du 1^{er} Janvier 2013,
- e) le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24,
- f) la charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent règlement au titre de l'exercice écoulé.

23.3 - Compte de gestion

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'Institution dans le cadre de la présente section financière.

À cette fin, il est alimenté chaque année par

un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 23.2.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations de la présente section financière.

Article 24

Provision pour participation aux excédents

Il est constitué une provision pour participation aux excédents au titre du présent règlement.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration, dans la limite du solde positif des ressources et des charges définies à l'article 23 (compte non tenu de la ressource visée au e) de l'article 23.1 et des charges visées aux e) et f) de l'article 23.2).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des membres adhérents au présent régime. Elle doit être utilisée à leur profit exclusif.

Toute décision d'utilisation de la provision pour participation aux excédents, qui relève d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, peut prendre les formes suivantes :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des adhérents et de leurs ayants droit,
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des membres participants,
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des adhérents.

Règlement du régime des options individuelles d'extension familiale de la couverture Santé

Article 1

Objet

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

- l'adhérent est un salarié couvert par son entreprise dans le cadre d'un des deux régimes suivants de BTP-PRÉVOYANCE : régime de Frais médicaux collectifs des non-cadres, régime de Frais médicaux collectifs des cadres ;
- les bénéficiaires sont des personnes liées au salarié (conjoint et/ou ayants droit), à l'exclusion du salarié lui même.

La mise en oeuvre de cette couverture complémentaire santé repose sur les conditions suivantes :

- du fait de la formulation d'adhésion retenue par l'entreprise la personne liée au salarié (conjoint ou enfant à charge) ne peut pas être reconnue comme ayant droit au titre du régime de Frais médicaux collectifs,
- la cotisation est appelée exclusivement auprès de l'adhérent ;
- le niveau de couverture du conjoint et/ou de ses enfants à charge est strictement aligné sur le niveau de couverture de l'adhérent (au titre de sa couverture collective d'entreprise et, le cas échéant, au titre d'un complément individuel facultatif).

La cessation de couverture du salarié au titre du régime de Frais médicaux collectifs emporte automatiquement cessation de la couverture de toute personne liée, selon les modalités détaillées à l'article 8.

Dans la suite du règlement, sont appelés :

- **Garanties du salarié** : les garanties globales de Frais médicaux dont le

salarié bénéficie, issues du cumul des couvertures suivantes :

- **Socle collectif obligatoire** : le niveau de couverture du Régime de Frais médicaux collectifs obligatoire de BTP-PRÉVOYANCE (régime non-cadres ou régime cadres) à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié ;
- **Complément individuel** : le niveau complémentaire de couverture dont le salarié bénéficie, s'il a choisi de relever du Régime des Compléments individuels de Frais médicaux de BTP-PRÉVOYANCE ;
- **Adhérent ou Salarié** : le salarié ou ancien salarié qui bénéficie des garanties du Socle collectif obligatoire ;
- **Option individuelle d'extension familiale de Frais médicaux ou Extension familiale** : la mise en place d'une couverture identique à celle dont bénéficie le salarié, au bénéfice de son conjoint et/ou de son (ses) enfant(s) à charge, sur la base d'une contribution financière exclusivement à la charge du salarié. Cette couverture est régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative des Institutions de prévoyance.

Article 2

Accès aux Options individuelles d'extension familiale de Frais médicaux

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

- le salarié est couvert au titre du régime de Frais médicaux collectifs des cadres ;
- et son entreprise a choisi d'opter pour une formulation tarifaire « Salarié seul » ou « Famille sans conjoint ».

Lors de son affiliation par l'entreprise au Socle collectif dans le cadre d'une formulation tarifaire « Famille sans conjoint » ou « Salarié seul », chaque salarié est informé par BTP-PRÉVOYANCE de sa faculté

d'accéder à une Option individuelle d'extension familiale de Frais médicaux.

Article 3 Modalités de mise en œuvre

La décision du salarié de faire bénéficier ses ayants droits (conjoint et/ou enfants à charge d'une Extension familiale se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- le nom, la date de naissance et le lieu de domiciliation de l'adhérent,
- l'entreprise dont il relève,
- le nom et la date de naissance des personnes couvertes par l'extension de garantie,
- la date d'effet de l'extension familiale.

Le bulletin d'adhésion précise que le niveau de garantie de l'Extension familiale correspond strictement aux Garanties du salarié, sans possibilité d'autre choix.

Le bulletin d'adhésion comporte également l'engagement de l'adhérent que ses bénéficiaires au titre de la présente extension familiale ne soient pas couverts, à compter du jour d'effet de la demande, par une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une institution de Prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la Couverture Maladie Universelle complémentaire), sauf si cette autre couverture résulte d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'intérim. À défaut de cet engagement, l'adhésion ne peut être acceptée. Par ailleurs, en cas de non-respect ultérieur de cet engagement, l'Institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant toute période de double couverture (que ces versements aient été effectués à l'intéressé, ou

auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant).

La signature du bulletin d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours qui s'ensuivent. Ce droit à renonciation est pris en compte par l'Institution si les deux conditions suivantes sont remplies :

- le droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'Institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception,
- aucun fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement n'est intervenu – tant auprès de l'adhérent qu'auprès d'un tiers dans le cadre de conventions de tiers payant – entre la date d'adhésion et la date de réception de la demande de renonciation.

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

Article 4 Bénéficiaires

L'Option individuelle d'extension familiale de Frais médicaux peut couvrir les bénéficiaires suivants :

- le conjoint du salarié, si les conditions suivantes sont réunies :
 - l'entreprise a choisi une formulation tarifaire « Famille sans conjoint » ou « Salarié seul »,
 - le conjoint relève des dispositions de l'article 4.1 ;
 - le conjoint ne relève pas simultanément d'une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une Institution de Prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la Couverture Maladie Universelle complémentaire), sauf si cette autre couverture résulte d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'intérim. À défaut, l'Institution est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant la période

de double couverture (que ces montants aient été versés à l'intéressé, au conjoint, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant);

- ses enfants à charge si les conditions suivantes sont réunies:
 - l'entreprise a choisi une formulation tarifaire «Salariné seul»,
 - l'enfant à charge relève des dispositions de l'article 4.2;
- de manière générale, toute personne reconnue comme ayant droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, la couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée par écrit aux services gestionnaires de BTP-PRÉVOYANCE. La modification est prise en compte au 1^{er} jour du mois suivant la déclaration.

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

- mariage, divorce, séparation de corps,
- conclusion ou rupture d'un Pacs,
- naissance, décès d'un ayant droit,
- admission d'un ayant droit au bénéfice d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (Aide au paiement d'une assurance Complémentaire de Santé),
- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS,

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

4.1 - Notion de conjoint du salarié

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec l'adhérent;
- à défaut, la personne liée à l'adhérent par un Pacte civil de solidarité (Pacs), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de Prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que l'adhérent;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies:
 - a) le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ou si le salarié et son concubin ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés ou à naître de leur union),
 - b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre,
 - c) le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que l'adhérent.

L'existence d'un domicile commun au sens du a) s'entend par l'une des justifications suivantes :

- le salarié 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,
- le salarié et son concubin sont domiciliés à la même adresse auprès de leur(s) organisme(s) de base d'assurance maladie,
- le salarié et son concubin font l'objet d'une facturation commune par la société qui fournit leur domicile principal en électricité et/ou en gaz,
- le salarié et son concubin disposent d'un compte bancaire conjoint.

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 ou adoptés par le salarié, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans;

- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - apprentis,
 - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace Economique Européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.

Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée.

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

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du salarié,
- 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.

Article 5

Date d'effet, changement de domiciliation

La date d'effet de l'Option individuelle d'extension familiale de Frais médicaux est fixée au premier jour du mois qui suit la demande de couverture, et ne peut être rétroactive. Par exception, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit l'affiliation au Socle collectif, cette date peut être fixée à la demande de l'adhérent rétroactivement au jour de son affiliation. La date d'effet est spécifiée sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion à l'Option individuelle d'extension

familiale de Frais médicaux est conclue jusqu'à la fin de l'exercice civil et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf terme de l'adhésion tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

Tout changement de domicile doit également être déclaré par le salarié. À défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu du Salarié produisent tous leurs effets.

Article 6

Cotisations

6.1 - Règles générales de fixation des cotisations

Le montant de la cotisation annuelle est défini dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement. Ce montant est fonction :

- du niveau des Garanties du Salarié, qui s'applique à l'identique aux bénéficiaires de l'Extension familiale,
- du nombre de bénéficiaires de l'Extension familiale,
- de l'âge de chacun des bénéficiaires,
- du lieu de résidence de l'adhérent (apprécié au premier janvier de l'exercice).

Toute actualisation de l'ANNEXE TARIFAIRE relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration.

6.2 - Gratuité de couverture de certains enfants

Certains enfants sont couverts gratuitement par BTP-PRÉVOYANCE. Cette couverture gratuite est mise en œuvre dans les situations suivantes :

- a) tout enfant lié au salarié au sens de l'article 4.2 est couvert à titre gratuit jusqu'au dernier jour du 6^e mois suivant sa naissance ou son adoption par le salarié,
- b) lorsque l'Option individuelle d'extension familiale de Frais médicaux couvre trois enfants à charge (au sens de l'article 4.2) ou plus, seuls deux d'entre eux

sont pris en compte pour la détermination de la cotisation. Tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

6.3 - Remises de cotisations lors de la mise en place de la couverture

Pour tout bénéficiaire nouvellement admis au présent régime, les deux premiers mois de cotisations bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première couverture à titre individuel de l'intéressé (hors Compléments individuels de Frais médicaux) auprès de BTP-PRÉVOYANCE ou d'une des entités relevant des comptes combinés de l'Institution.

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

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de fin de couverture portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion,
- et si les cotisations dues jusqu'au 12^e mois suivant son admission au Régime (hors période de suspension initiale) ont été régulièrement honorées, sans que l'Institution ait eu à constater un retard de versement excédant 30 jours.

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

- à compter de la date où l'Institution prend connaissance de la demande de fin de couverture,
- ou à compter du 31^e jour de retard de versement des cotisations mentionnées ci-dessus.

Article 7

Versement des cotisations

L'entreprise adhérente au Socle collectif ne peut être tenue pour responsable du paiement de la cotisation qui correspond à l'Option individuelle d'extension familiale de Frais médicaux.

Le salarié, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant qu'il n'a pas été mis de terme à la couverture découlant

du présent règlement. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement est fractionné par mois. Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique d'avance sur compte bancaire, ou par toute autre solution mise en œuvre par l'Institution.

Les éventuels frais d'impayés peuvent être imputés à l'adhérent.

Article 8

Terme de la couverture – Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

8.1 - Terme de la couverture

Le terme de la couverture découlant du présent règlement intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de terme de couverture à l'initiative de l'adhérent (démission),
- en cas de cessation d'affiliation du salarié au Socle collectif,
- lorsque les bénéficiaires ne sont plus liés au salarié dans les conditions prévues à l'article 4 (notamment lorsque les enfants à charge ont dépassé les limites d'âge correspondantes),
- en cas d'exclusion à l'initiative de l'Institution (exclusion),
- automatiquement : au jour du décès du dernier bénéficiaire, ou à compter du jour où il ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

8.1.a) - Terme de la couverture à l'initiative de l'adhérent (démission)

Tout salarié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'Institution par lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation à l'initiative de l'adhérent (également appelé démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifié à l'Institution au moins deux mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de démission, dans les situations suivantes :
 - l'adhérent a été informé d'une aug-

mentation de la cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information,

- 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 CMU complémentaire ou de l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (telles que définies respectivement aux chapitres premier et troisième du titre VI du livre VIII du Code de la Sécurité sociale).
- 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 ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, lorsque les dates limites d'exercice du droit à démission n'ont pas été rappelées au salarié dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

8.1.b) - Résiliation à l'initiative de l'Institution (exclusion)

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, et indépendamment du droit pour l'Institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie correspondant à l'Extension familiale peut être résiliée 40 jours après l'émission d'une mise en demeure auprès de l'adhérent. Cette mise en demeure ne peut être notifiée qu'après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la date à laquelle les cotisations doivent être payées au titre de l'ensemble constitué par les cotisations du complément individuel et les cotisations de l'extension familiale.

Indépendamment du droit pour l'Institution de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice :

- l'Institution est fondée à émettre une mise en demeure à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance ;

- la garantie est suspendue 30 jours après l'émission de la mise en demeure lorsque cette dernière est restée sans suite ;
- l'adhésion au présent règlement pourra être résiliée après l'écoulement d'un délai minimum de 10 jours suivant la suspension de la garantie et interviendra au dernier jour du 3^e mois civil qui suit la date d'effet de la suspension.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé :

- que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion de couverture au titre du présent règlement, selon le calendrier prévu à l'alinéa qui précède ;
- que la suspension des garanties et l'exclusion emportent cessation d'octroi de tout droit à prestations.

Toutefois, les droits à prestations des bénéficiaires sont intégralement rouverts au titre de la période de suspension :

- si l'adhérent justifie, durant la période qui a immédiatement précédé le défaut de paiement, d'au moins 12 mois de cotisations acquittées au titre du présent règlement,
- et s'il régularise l'intégralité de ses cotisations arriérées ou venues à échéance durant la période de suspension.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), l'exclusion peut être prononcée sans préavis. 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.

8.1.c) - Conséquence de la cessation d'affiliation du salarié au Socle collectif

Lorsque le salarié n'est plus couvert par le Socle collectif, les garanties nées du présent règlement cessent automatiquement :

- au 31 décembre de l'année en cours si l'Institution a eu connaissance de la cessation de l'affiliation du salarié au Socle

collectif de BTP-PRÉVOYANCE avant le 1^{er} octobre,

- au 31 décembre de l'année suivante, si l'Institution a eu connaissance de la cessation de l'affiliation du salarié après le 1^{er} octobre.

Préalablement à la cessation des garanties, l'Institution informe les ayants droit majeurs qu'ils peuvent conserver le bénéfice de leurs garanties en adhérant à l'un des régimes de Frais médicaux individuels de l'Institution (régimes des actifs ou régime des retraités).

8.2 - Prestations et cotisations en cours au terme de la couverture

Les droits à prestations dont bénéficiaient les ayants droit du salarié au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion.

Les éventuels excédents de cotisations versés au-delà de la date d'effet de la résiliation donnent lieu à remboursement.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée, les cotisations versées d'avance sont affectées en priorité à l'indemnisation du préjudice de l'Institution.

Article 9 Réservé

Article 10 Condition d'ouverture des droits – Fait générateur

10.1 - Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de BTP-PRÉVOYANCE au titre de l'Extension familiale en qualité d'ayant droit du salarié,
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de cotisations au titre de Compléments individuels.

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 médica-

ments ou biens médicaux,

- la date d'entrée en établissement hospitalier 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 Réservé

Article 12 Prestations, étendue des garanties

12.1 - Dispositions générales relatives aux prestations

Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de BTP-PRÉVOYANCE, le droit à prestations est fonction du niveau des Garanties du salarié, composées du Socle collectif et, s'il y a lieu, du Complément individuel.

Le calcul de la prestation s'effectue :

- selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES,
- par référence au niveau de garantie en vigueur à la date du fait générateur de la prestation.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations et les 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 précisé :

- que toutes les prestations de prévention comprises dans la liste prévue au II de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale sont prises en charge par les couvertures relevant du présent règlement ;
- 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 les adaptations nécessaires au présent règlement, ces adaptations devant être soumises à ratification de la commission paritaire extraordinaire avant

la fin de l'exercice civil.

Sauf stipulation contraire figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES, les prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'assurance maladie 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 auprès de l'adhérent (incluant la part du régime de base et celle de couvertures complémentaires) ne peut être supérieur au total des frais encourus. En outre, les remboursements sont toujours complémentaires et versés dans la limite des sommes déclarées à la Sécurité sociale. Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant par l'Institution que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations résultant du présent règlement seraient réduites à due concurrence.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les garanties s'exercent pour chaque bénéficiaire dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime de base d'assurance maladie.

Sous réserve des dispositions du second alinéa du présent article (en vue d'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 de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'admini-

nistration.

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 est également appelé forfait de remboursement.

S'agissant de lentilles, qu'elles soient ou non admises au remboursement par la Sécurité sociale, le forfait de remboursement s'applique par exercice civil.

S'agissant de lunettes, le forfait de remboursement s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de 2 ans. Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la date de sa précédente acquisition, également appelée date de dernière consommation.

La période de prise en charge est réduite à un an :

- pour les mineurs,
- en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

En complément, pour les adultes couverts par les modules P3+, P4, P5 et P6, le forfait de base au titre des lunettes peut être majoré d'un bonus responsable optique. Le montant de ce bonus responsable est fonction de la durée écoulée depuis la date du dernier remboursement de montures ou de verres,

- le bonus responsable maximal est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par l'Institution au cours des 36 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs ».
- à défaut, le bonus responsable intermédiaire est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par l'Institution au cours des 24 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette

période fait l'objet d'aucun remboursement au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs ».

- à défaut, le droit à remboursement est limité au forfait de base.

Par exception, le bonus responsable maximal est automatiquement octroyé pour le premier remboursement à intervenir au titre des postes « monture et/ou verres simples » et « monture et/ou verres progressifs » au bénéficiaire :

- de tout nouveau bénéficiaire adulte enregistré auprès de BTP-PRÉVOYANCE,
- des bénéficiaires mineurs à compter du jour où ils deviennent majeurs.

Par exception, pour les bénéficiaires couverts par l'Institution au 31 décembre 2015, la période prise en considération pour l'octroi du bonus responsable optique est majoré de 12 mois pour la première acquisition optique à intervenir en 2016

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base.

Ce supplément s'applique alors :

- pour tout verre simple pour lequel la base de remboursement de la Sécurité sociale est supérieure à 4,00 € pour un adulte et à 20,00 € pour un enfant mineur (valeurs applicables au 1^{er} janvier 2016),
- pour tout verre progressif pour lequel la base de remboursement de la Sécurité sociale est supérieure à 10,50 € pour un adulte (valeurs applicables au 1^{er} janvier 2016).

Le montant du forfait de base et, le cas échéant, celui du bonus responsable et celui du supplément pour forte correction, qui dépendent du module d'adhésion, sont définis dans l'ANNEXE DES GARANTIES.

12.3 - Dispositions spécifiques aux garanties dentaires et « autres prothèses et divers »

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,
- appareillage orthopédique et autres prothèses.

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^{er} janvier de la deuxième année jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suit la date d'effet de l'adhésion,
- à 10 000 € à partir du 1^{er} janvier de la cinquième année suivant la date d'effet de l'adhésion.

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.

Article 13 Support des remboursements

Les remboursements s'effectuent sur la base de 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, l'adhérent 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, l'adhérent peut être conduit à fournir tous les éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes.

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 € pour les virements (50 € si lettre-chèque), valeur au 1^{er} janvier 2015, montant qui sera actualisé sur décision du conseil d'administration. 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 à l'adhérent dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

Article 15

Tiers payant

Lorsque les Frais médicaux entrent dans le cadre de conventions de tiers payant signées par BTP-PRÉVOYANCE, les remboursements effectués par le Régime sont destinés au signataire de la convention ayant fait l'avance des fonds. Dans ce cas, aucun plancher de versement de la prestation n'est appliqué.

Au terme de leur adhésion, tel que défini à l'article 8 :

- l'adhérent et ses ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de BTP-PRÉVOYANCE ;
- dans l'hypothèse où l'adhérent et ses ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, BTP-PRÉVOYANCE est fondée à exiger d'eux

le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par BTP-PRÉVOYANCE.

Article 16

Délai de stage et de carence

Les garanties accordées s'appliquent au premier jour d'effet de l'affiliation du bénéficiaire au niveau de garanties retenu.

Article 17

Prescription - Déclaration tardive

17.1 - Prescription 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.

17.2 - Prescription des actions en justice

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Le délai de prescription est automatiquement interrompu au jour où l'Institution ou l'adhérent engage une action en justice ; dans ce cas, l'interruption de la prescription ne porte que sur l'objet de l'action en justice.

17.3 - Dispositions diverses

L'historisation par BTP-PRÉVOYANCE des données conditionnant l'accès aux mesures d'attractivité de l'article 6.3 est fixée à 5 ans à compter du terme de la dernière affiliation à un régime individuel. Cette durée fixe le délai de prescription au-delà duquel le droit aux dispositions dudit article est

définitif, quelles qu'aient été les couvertures antérieures.

Article 18

Recours contre tiers responsable

BTP-PRÉVOYANCE est subrogée de plein droit à l'adhérent et/ou ses ayants droit victime 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

Mise en œuvre de coassurance

Dans certains départements, les couvertures prévues par le présent règlement sont mises en œuvre dans le cadre de coassurances territoriales entre BTP-PRÉVOYANCE et des mutuelles mentionnées à l'article L-211.1 du Code de la Mutualité.

Pour la mise en œuvre de ces coassurances territoriales, des dispositions réglementaires parallèles ont été adoptées par BTP-PRÉVOYANCE et par chaque mutuelle concernée. En cas d'incohérence entre ces dispositions réglementaires :

- pour les options de la gamme nationale, ce sont les dispositions du présent règlement et celles du Code de la Sécurité sociale qui prévalent,
- pour les options régionales, ce sont les dispositions du règlement mutualiste et celles du Code de la Mutualité qui l'emportent.

Les conditions de taux et de territorialité de la coassurance sont exposées dans une ANNEXE DE COASSURANCE jointe au présent règlement. BTP-PRÉVOYANCE est désigné comme apériteur pour les adhésions aux options de la gamme nationale ; la mutuelle partenaire est désignée comme apériteur pour les adhésions aux options régionales. L'apériteur a notamment pour mission de proposer à la décision des deux

coassureurs les évolutions de cotisations et de prestations d'une année sur l'autre.

En cas de cessation de la coassurance au 31 décembre d'un exercice (notamment en cas de cessation du partenariat entre BTP-PRÉVOYANCE et la mutuelle concernée), chaque adhérent conserve jusqu'à cette date le bénéfice des dispositions du présent règlement. Au-delà de cette date, les droits et obligations nés de l'adhésion de l'entreprise sont poursuivis en totalité :

- auprès de BTP-PRÉVOYANCE pour les adhésions aux options de la gamme nationale,
- auprès de la mutuelle concernée pour les adhésions aux options régionales.

Article 20

Effet de la coassurance

Chaque coassureur n'est engagé, vis-à-vis de l'adhérent, qu'à hauteur de sa seule quote-part dans les opérations communes, dans la mesure où celle-ci a été portée à la connaissance de l'adhérent.

En cas de changement de domiciliation de l'adhérent en dehors du territoire de coassurance dont il relève :

- lorsque l'adhésion porte sur une option de la gamme nationale, les conditions de coassurance sont mises en conformité avec les conditions définies pour leur application sur le nouveau territoire de domiciliation. Les modifications éventuelles de tarification et de coassurance en résultant prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- lorsque l'adhésion concerne une option régionale, le changement de domiciliation est sans conséquence sur les conditions de coassurance.

Article 21

Information des adhérents

21.1 - Information lors de l'adhésion

L'information des adhérents est réalisée conformément aux dispositions légales et en vue d'assurer une correcte application du présent règlement.

En particulier, préalablement à l'adhésion, sont remis à l'adhérent un bulletin d'adhésion et une fiche d'information sur les dispositions du présent règlement et de ses annexes. Cette fiche définit notamment les garanties et les exclusions, les obligations des bénéficiaires, les modalités d'entrée en vigueur des garanties et d'examen des réclamations.

Sont communiquées à l'adhérent les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision ou effectuer toute réclamation 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 le conseil d'administration. L'adhérent est informé :

- qu'en cas de litige persistant ou sans réponse à une réclamation, il peut s'adresser par écrit au Médiateur de PRO BTP à l'adresse suivante :

Médiateur de PRO BTP
7 rue du Regard
75294 PARIS Cedex 06

- que le Médiateur de PRO BTP 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 RÉOLUTION, située au 61 rue Taitbout ; 75436 PARIS CEDEX 09.

21.2 - Information en cas de modifications des conditions de couverture

Les adhérents sont informés par écrit de toute modification des conditions de leur couverture complémentaire santé :

- suite à une modification des garanties prises en charge par le Socle collectif entraînant une modification des garanties de l'extension familiale,
- suite à modifications apportées au présent règlement,
- suite à évolutions tarifaires,
- suite à mise en place d'une coassurance ou changement de coassureur.

Après information, les modifications de

conditions de couverture résultant du présent règlement et de ses différentes annexes s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits du souscripteur nés du présent contrat, celui-ci peut dénoncer sa participation dans un délai de 30 jours suivant son information.

Article 22

Section financière et réserve

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

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

- par le solde des ressources et des charges de la section financière pour l'exercice écoulé,
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie du résultat des comptes de gestion.

Article 23

Ressources et charges de la section financière

La section financière définie à l'article 22 dispose de ressources distinctes et assume ses charges propres.

23.1 - Ressources de la section financière

Elles s'entendent :

- a) des cotisations individuelles acquises des adhérents,
- b) de la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs,
- c) des produits nets des placements de la section financière,
- d) du solde positif éventuel d'une péréquation financière sous forme de co-réassurance,
- e) du produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent règlement au titre de l'exercice écoulé.

23.2 - Charges de la section financière

Elles comprennent :

- a) les charges de prestations versées et provisionnées au titre de la section financière,
- b) le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs,
- c) le solde négatif éventuel d'une péréquation financière sous forme de co-réassurance,
- d) un prélèvement sur les cotisations pour l'alimentation d'un compte de gestion, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 10 % des cotisations acquises des adhérents avant réductions au titre des mesures définies aux articles 6.3 et 6.5,
- e) le cas échéant, toute dotation à la provision pour participation aux excédents définie à l'article 24,
- f) la charge d'impôt qui découle, s'il y a lieu, des opérations du présent règlement au titre de l'exercice écoulé.

23.3 - Compte de gestion

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'Institution dans le cadre de la présente section financière.

À cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 23.2.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire définie à l'article 19.1 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission Santé et sur proposition du conseil d'administration, d'affecter le résultat annuel du compte de gestion issu des opérations de la présente section financière.

Article 24

Provision pour participation aux excédents

Il est constitué une provision pour participation aux excédents au titre du présent règlement.

Le niveau d'alimentation de cette provision est décidé annuellement par le conseil d'administration, dans la limite du solde positif des ressources et des charges définies à l'article 23 (compte non tenu de la ressource visée au e) de l'article 23.1 et des charges visées aux e) et f) de l'article 23.2). La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des membres participants au présent régime. Elle doit être utilisée à leur profit exclusif.

Toute décision d'utilisation de la provision pour participation aux excédents, qui relève d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 19.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, peut prendre les formes suivantes :

- l'amélioration des garanties nées du présent règlement en faveur des adhérents et de leurs ayants droit,
- la prise en charge d'une fraction des cotisations à charge des adhérents,
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des adhérents.

VOS CONTACTS

Directions régionales PRO BTP

Notre accueil téléphonique est ouvert du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h et le samedi de 8 h 30 à 13 h.

■ **Votre numéro :**
Retraite, Prévoyance,
Santé, Épargne,
Assurances

● **Votre numéro :**
Vacances, Action sociale

PARIS - SEINE

75745 PARIS CEDEX 15
Dép. 75, 92, 93 et 94
■ Tél. 01 55 76 15 05
● Tél. 01 55 76 15 30

NORMANDIE - PICARDIE

76138 MONT SAINT AIGNAN CEDEX
Dép. 02, 14, 27, 50, 60, 61,
76 et 80
■ Tél. 02 35 07 29 44
● Tél. 02 35 07 29 11

ÎLE-DE-FRANCE CENTRE

CS 11136
75545 PARIS CEDEX 11
Dép. 18, 28, 36, 37, 41,
45, 77, 78, 91 et 95
■ Tél. 01 40 31 38 88
● Tél. 01 40 31 38 70

OUEST-ATLANTIQUE

44176 NANTES CEDEX 4
Dép. 16, 17, 22, 29, 35, 44,
49, 53, 56, 72, 79, 85 et 86
■ Tél. 02 40 38 15 15
● Tél. 02 40 38 15 22

SUD-OUEST

33055 BORDEAUX CEDEX
Dép. 09, 12, 19, 23, 24, 31,
32, 33, 40, 46, 47, 64, 65,
81, 82 et 87
■ Tél. 05 56 11 56 11
● Tél. 05 56 11 56 19

NORD PAS-DE-CALAIS

59042 LILLE CEDEX
Dép. 59 et 62
■ Tél. 03 20 12 35 35
● Tél. 03 20 12 35 14

GRAND-EST

CS 55415 - 54056
NANCY CEDEX
Dép. 08, 10, 25, 39,
51, 52, 54, 55, 57,
67, 68, 70, 88 et 90
■ Tél. 03 83 95 39 94
● Tél. 03 83 95 39 92

RHÔNE-ALPES BOURGOGNE AUVERGNE

CS 70734 - 69257
LYON CEDEX 09
Dép. 01, 21, 38, 58,
71, 73, 74 et 89
Tél. 04 72 42 16 16
Dép. 03, 07, 15, 26,
42, 43, 63 et 69
■ Tél. 04 72 42 16 10
● Tél. 04 72 42 16 00
■ Tél. 04 72 42 17 71
● Tél. 04 72 42 16 00

MÉDITERRANÉE

CS 50011
13395 MARSEILLE CEDEX 10
Dép. 04, 05, 06, 11, 13, 30,
34, 48, 66, 83, 84, 2A et 2B
■ Tél. 04 96 20 70 00
● Tél. 04 96 20 70 70

Retrouvez les adresses de nos agences Conseil sur probtp.com



Partenaires et complémentaires pour votre santé

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

MBTP Mutuelle du Bâtiment et des Travaux publics du Nord, des autres régions de France et d'Europe, régie par le code de la Mutualité, affiliée à la FNMF
Siège social : 29 avenue de la Marne 59290 WASQUEHAL ; SIREN 783 737 638

MBTPSE Mutuelle du Bâtiment et des Travaux publics du Sud-Est et des régions de France, régie par le code de la Mutualité
Siège social : 5 rue Jean-Marie Chavant 69007 LYON ; SIREN 390 917 953

MUTUELLE BOISSIÈRE DU BÂTIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS Siège social : 38 rue Guy de Maupassant 76000 ROUEN ; SIREN 781 123 245