



Règlement

Frais médicaux individuels Actifs

Textes au 1^{er} janvier 2018

BTP SANTÉ

PARTICULIERS



SOMMAIRE

Article 1 - Objet	04
Article 2 - Adhérents	04
Article 3 - Modalités de l'adhésion	04
Article 4 - Bénéficiaires	05
Article 5 - Date d'effet, modifications de l'adhésion	07
Article 6 - Cotisations	07
Article 7 - Versement des cotisations	09
Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours	09
Article 9 - Réservé	11
Article 10 - Condition d'ouverture des droits - Fait générateur	11
Article 11 - Réservé	11
Article 12 - Prestations, étendue des garanties	11
Article 13 - Support des remboursements	13
Article 14 - Plancher de versement de la prestation	14
Article 15 - Tiers payant	14
Article 16 - Délai de stage et de carence	14
Article 17 - Prescription	15
Article 18 - Recours contre tiers responsable	15
Article 19 - Réservé	15
Article 20 - Réservé	15
Article 21 - Information des adhérents	15
Article 22 - Section financière et réserve	17
Article 23 - Comptes de résultats	17
Article 24 - Provision pour participation aux excédents	18

Statuts de BTP-prévoyance

(dernière mise à jour : avenant n° 26 du 21 décembre 2017 à l'Accord collectif du 1^{er} octobre 2001)

Article 1

Objet

Le présent règlement est régi par le code de la Sécurité sociale. Il a pour objet de rembourser, dans le cadre de couvertures à adhésion individuelle, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge d'actifs et, le cas échéant, de leurs ayants droit, par le régime de Sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées s'adressent prioritairement à des actifs qui ne sont pas couverts dans le cadre de couvertures collectives d'entreprise au sein du BTP.

Elles reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements, ainsi que des modules de garanties additionnelles proposant notamment des services d'assistance ou le versement d'un capital en cas de décès.

Article 2

Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les salariés du BTP, lorsqu'ils ont exercé leur droit à dispense en application des articles D. 911.2 ou R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale,
- les anciens salariés du BTP (y compris les intérimaires œuvrant dans une entreprise du BTP, lorsqu'ils exercent leur droit à dispense),
- les jeunes en formation au sein de centres du BTP, ou apprentis de la profession, ou étudiants dans une école de la profession,
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à un régime de frais médicaux de l'institution :
 - qui ont été reconnus bénéficiaires des garanties santé de BTP-PRÉVOYANCE avec leur propre numéro de Sécurité sociale,

- et qui ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès du participant, divorce, rupture de Pacs, séparation de corps, terme de l'acceptation en qualité d'enfant bénéficiaire au sens de l'article 4.2).

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants :

- qui n'ont pas encore atteint l'âge défini au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la Sécurité sociale (au-delà, la demande d'adhésion est prise en compte au titre du régime de frais médicaux individuels retraités)
- et qui sont affiliés à un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Par leur adhésion, ces personnes sont reconnues adhérents de l'institution.

Les retraités (allocataires du régime de retraite complémentaire ARRCO) et les travailleurs non-salariés ne peuvent adhérer au présent règlement.

Seules les personnes qui, avant le 31 octobre 2016, relevaient d'une « option régionale » en coassurance avec la MBTPSE peuvent adhérer, jusqu'au 31 décembre 2019, aux options PCE1 ou PCE2. Seules les personnes qui, avant le 31 octobre 2016, relevaient d'une « option régionale » en coassurance avec la MBTP du Nord peuvent adhérer, jusqu'au 31 décembre 2019, à l'option PNPC.

Article 3

Modalités de l'adhésion

3.1 - Nouvelle adhésion individuelle auprès de BTP-PRÉVOYANCE

L'acte d'adhésion 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 :

- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée,
- la date de naissance et le lieu de domiciliation du candidat à l'adhésion,
- la désignation des personnes couvertes par l'adhésion,
- la date d'effet de l'adhésion,
- le niveau de garantie retenu. L'adhérent ne peut choisir plus d'un niveau d'écart entre le niveau des garanties pour le module « Soins-Hospitalisation » et celui des garanties pour le module « Optique, prothèses et divers ».

Le bulletin d'adhésion comporte également :

- l'engagement du futur adhérent de ne pas être couvert, 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) ;
- lorsque le futur adhérent est salarié d'une entreprise du BTP, une attestation qu'il ne peut être affilié à une couverture collective au sein de son entreprise.

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. 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,
- 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.

3.2 - Réserve

Article 4 Bénéficiaires

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

- l'adhérent,
- ses ayants droit :
 - le conjoint de l'adhérent (tel que défini à l'article 4.1),
 - ses enfants à charge (tels que définis à l'article 4.2),
 - et de manière générale, toute autre personne reconnue comme son ayant droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine.

Le bénéfice de la couverture ne peut être ouvert au conjoint que si ce dernier 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). 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).

4.1 - Notion de conjoint de l'adhérent

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 l'adhérent 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 :

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

4.2 - Notion d'enfant bénéficiaire

Peuvent bénéficier des garanties du présent régime, jusqu'au 31 décembre de leurs 25 ans, les enfants :

- nés de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice,
- nés du conjoint (tel que défini à l'article 4.1), ou adoptés par le conjoint, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice, si celui-ci est lui-même bénéficiaire du présent régime,
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la Sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

4.3 - Modifications dans la liste de bénéficiaires

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de BTP-PRÉVOYANCE par courrier recommandé. La modification est prise en compte au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande.

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 sante 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 sante obligatoire d'entreprise, de la CMU complémentaire ou de l'ACS (Aide au paiement d'une assurance Complémentaire de Santé),

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 et si les cotisations correspondantes ont été préalablement régularisées.

Article 5

Date d'effet, modifications de l'adhésion

5.1 - Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au premier jour qui suit la demande d'adhésion et ne peut être rétroactive.

Par exception :

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

L'adhésion 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.

Toutefois, pour les adhérents apprentis bénéficiaires du dispositif prévu à l'article 6.5, le montant de la cotisation (nette de réduction sociale) reste garanti jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire durant laquelle l'adhésion a été réalisée ou renouvelée.

5.2 - Date d'effet en cas de changement d'option

Pour toute demande de l'adhérent reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement d'option intervient avec effet au 1^{er} janvier suivant (ou au 1^{er} septembre suivant, pour les adhérents apprentis bénéficiaires du dispositif prévu à l'article 6.5 qui le souhaitent).

Par exception :

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

5.3 - Autres modifications de l'adhésion

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

Cotisations

6.1 - Règles générales de fixation des cotisations

Le montant de la cotisation annuelle applicable à l'adhérent est défini dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement.

Ce montant est fonction :

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

Toute actualisation de l'ANNEXE TARIFAIRE relève de la compétence de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission *Santé* et sur proposition du conseil d'administration.

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 participant au sens de l'article 4.2 est couvert à titre gratuit jusqu'au dernier jour du 6^e mois civil suivant sa naissance ou son adoption par le participant,
- b) lorsque l'adhésion couvre au moins trois autres enfants liés à l'adhérent au sens de l'article 4.2, et que ces enfants sont âgés de moins de 26 ans au 31 décembre de l'année d'effet de la couverture, seuls deux enfants 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 à l'adhésion

Pour tout nouveau bénéficiaire (qu'il s'agisse de l'adhérent ou de tout ayant droit), les cotisations dues au titre des deux premiers mois de couverture bénéficient d'une suspension de paiement s'il s'agit de la première fois que l'intéressé relève d'une couverture santé individuelle assurée et gérée (hors compléments individuels de Frais médicaux) par

BTP-PRÉVOYANCE ou par une des entités relevant des comptes combinés de l'institution. Pour les ayants droit, cette disposition s'applique y compris lorsque l'inscription auprès de BTP-PRÉVOYANCE est postérieure à celle de l'adhérent.

Les anciens apprentis ayant bénéficié d'une minoration de cotisation dans le cadre des dispositions de l'article 6.5 bénéficient d'une suspension de 2 mois de cotisation au 1^{er} janvier qui suit la fin de leur apprentissage s'ils poursuivent leur adhésion au présent régime selon les modalités précisées ci-dessus.

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

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de résiliation portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion,
 - et si les cotisations dues jusqu'au 12^e mois suivant l'adhésion (hors période de suspension initiale) ont été régulièrement honorées, sans que l'institution ait eu à constater un retard de versement excédant 30 jours.
- À défaut, les cotisations dont le paiement a été suspendu sont intégralement exigibles :
- ou à compter de la date où l'institution prend connaissance de la demande de résiliation,
 - ou à compter du 31^e jour de retard de versement des cotisations mentionnées ci-dessus.

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

6.4 - Gratuité temporaire à l'adhésion d'un ayant droit, en cas de décès de l'ancien adhérent principal

En cas de décès d'un ancien participant affilié à un Régime de frais médicaux collectifs tel que défini dans les règlements

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

6.5 - Réductions sociales

Dans le cadre des politiques d'action sociale mises en œuvre par BTP-PRÉVOYANCE, les apprentis bénéficient d'une minoration de cotisation. La réduction est consentie, en fonction de la durée d'adhésion au présent règlement, jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit la fin de l'apprentissage.

Le barème tarifaire spécifique résultant est exposé dans l'ANNEXE SOCIALE jointe au présent règlement.

Article 7

Versement des cotisations

L'adhérent, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que l'adhésion n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement peut être fractionné par mois ou par trimestre. 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 l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

8.1 - Terme de l'adhésion

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

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

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

8.1.a) - Résiliation à l'initiative de l'adhérent

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre recommandée.

La résiliation à l'initiative de l'adhérent prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant.

Par exception, la résiliation prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de résiliation de l'adhérent, s'il relève d'une des 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 a changé de régime matrimonial au cours des trois derniers mois ;
 - l'adhérent a 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) ;
- au jour où l'adhérent est affilié à un régime complémentaire frais de santé par son entreprise, sous réserve que la demande soit faite dans les trois mois qui s'ensuivent ;
- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, lorsque les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

Les apprentis bénéficiaires du dispositif de réductions sociales défini à l'article 6.5 peuvent faire application, à leur choix, de leur droit à résiliation (tel que défini au second alinéa du présent article) soit en fin d'exercice civil, soit au 31 août de chaque exercice.

8.1.b) - Résiliation à l'initiative de l'institution

L'adhérent, à condition d'avoir payé sa cotisation, ne peut être exclu du régime contre son gré, sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi.

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), la résiliation peut être prononcée sans préavis par l'institution. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

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

- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour BTP-PRÉVOYANCE de poursuivre l'exécution de l'engagement né de l'adhésion en justice), l'institution est fondée à émettre une mise en demeure passé un délai de 10 jours après l'échéance. Suite à l'émission de cette mise en demeure, et à défaut de régularisation de la cotisation, l'institution est en droit :
 - de suspendre les garanties, 30 jours après la mise en demeure,
 - de résilier l'adhésion, au dernier jour du 3^e mois civil qui suit la date d'effet de la suspension, ou au 31 décembre de chaque exercice qui s'ensuit.
- la mise en demeure informe l'adhérent des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé.

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

- s'il 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.

8.1.c) - Transfert vers le régime de frais médicaux individuels retraités

Sont automatiquement transférés vers le régime de frais médicaux individuels retraités :

- les adhérents qui ont liquidé des droits à retraite complémentaire ARRCO (droits directs ou pension de réversion),
- les adhérents qui ont atteint l'âge défini au 1^{er} de l'article L. 351-8 du code de la Sécurité sociale.

Pour ces adhérents :

- en cas de demande expresse de l'adhérent, l'adhésion est transférée du présent régime au régime de frais médicaux individuels retraités au 1^{er} jour suivant la demande ;
- à défaut, l'adhésion est automatiquement transférée au 1^{er} janvier de l'année suivante du présent régime vers le régime de frais médicaux individuels retraités.

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

8.2 - Prestations et cotisations en cours au terme de l'adhésion

Les droits à prestations dont bénéficiaient l'adhérent et ses ayants droit 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.

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 en qualité d'adhérent ou en qualité d'ayant droit d'un adhérent (dans les conditions prévues aux articles 2 et 4),
- l'adhérent ne fait pas l'objet d'une suspension de garanties pour non-paiement de ses cotisations.

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 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 de couverture et des éventuels modules additionnels choisis par l'adhérent.

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.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations, les plafonds 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 les garanties prennent en charge l'intégralité de la participation des assurés (ticket modérateur), dans les conditions définies à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, ainsi que le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 dudit code,
- 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 ultérieure de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil.

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

- sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime 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.

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

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 d'une décision de la commission paritaire extraordinaire définie à l'article 22.2 des statuts de BTP-PRÉVOYANCE, après avis de la commission *Santé* et sur proposition du conseil d'administration.

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 24 mois. 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 12 mois :

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

En complément, pour les bénéficiaires majeurs 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 monture ou de verres :

- le bonus responsable maximal est octroyé à tout bénéficiaire majeur 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 majeur 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 » ou « monture et/ou verres progressifs », au bénéfice des bénéficiaires mineurs à compter du jour où ils deviennent majeurs.

Un supplément pour forte correction peut également s'ajouter au forfait de base. Ce supplément s'applique alors :

- pour tout verre simple dont la sphère apporte une correction supérieure à 6 dioptries et/ou dont le cylindre apporte une correction supérieure à 4 dioptries (ce qui équivaut, en pratique, à une base de remboursement de la Sécurité sociale supérieure à 4,00 € pour un adulte et à une base de remboursement de la Sécurité sociale supérieure à 20,00 € pour un enfant mineur – valeurs applicables au 1^{er} janvier 2018),
- pour tout verre multifocal ou progressif sphéro-cylindriques dont la sphère hors zone apporte une correction inférieure ou égale à 8 dioptries, ou tout verre multifocal ou progressif sphériques dont la sphère hors zone apporte une correction inférieure ou égale à 4 dioptries (ce qui équivaut, en pratique, à une base de remboursement de la Sécurité sociale supérieure à 10,50 € pour un adulte – valeur applicable au 1^{er} janvier 2018), pour tout bénéficiaire majeur.

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 2500 € à compter de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit,
- à 5000 € du 1^{er} janvier de la deuxième année jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suivent la date d'effet de l'adhésion,
- à 10000 € 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.

[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 à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM CO, ou dispositif équivalent) mentionné à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

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 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 €, valeur au 1^{er} janvier 2018. 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 participant dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

Article 15

Tiers payant

Les modalités de versement des prestations respectent les dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale relatives aux mécanismes de tiers payant. L'institution propose ainsi aux professionnels de santé et aux adhérents un service de tiers payant pour les remboursements suivants :

- les tarifs de responsabilité (ticket modérateur), dans les conditions définies à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
- le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.

Pour toute prestation entrant dans le cadre d'une convention de tiers payant signée par BTP-PRÉVOYANCE ou conclue en son nom, le remboursement est destiné au professionnel de santé signataire et/ou bénéficiaire de la convention. Dans ce cas, le plancher de versement de la prestation visé à l'article 14 ne s'applique pas.

Au terme de leur adhésion, 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

De manière générale, les garanties accordées à l'adhérent s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion, en fonction de l'option souscrite.

Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale,
- prothèses auditives,
- appareillages orthopédiques et autres prothèses,

les remboursements des options de la gamme nationale sont plafonnés aux garanties du niveau P3 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. Ce plafonnement de

remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par BTP-PRÉVOYANCE ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de l'institution.

Article 17

Prescription

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

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont 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 adhésion individuelle. 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 à ses ayants droit victime(s) d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

Article 19

Réservé

Article 20

Réservé

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, ainsi que les modalités de financement et les sanctions du non-paiement des cotisations.

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.

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

- soit par courrier à l'adresse suivante :
PRO BTP - Réclamations
93901 BOBIGNY CEDEX 9
- soit par le biais de son espace client.

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

L'adhérent est informé :

- qu'après échanges avec le service en charge du traitement des réclamations et en cas de désaccord persistant, il peut s'adresser par écrit au Médiateur de la Protection Sociale (CTIP) pour le règlement de litige extrajudiciaire, à l'adresse suivante :
Médiateur de la Protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérès
75008 PARIS
- que le Médiateur de la Protection sociale (CTIP) n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que BTP-PRÉVOYANCE et le présent Règlement sont soumis au contrôle de l'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE 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 apportée aux articles 1 à 21 du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations et/ou les garanties.

Après information des adhérents, les modifications s'appliquent de plein droit. Lorsque ces modifications ont pour effet d'augmenter les cotisations ou de diminuer les droits de l'adhérent nés du présent règlement, celui-ci peut dénoncer son adhésion dans un délai de 30 jours suivant son information.

21.3 - Informatique et Libertés

Les adhérents sont informés que dans le cadre de l'exécution du présent règlement, BTP-PRÉVOYANCE pourra être amenée à traiter leurs données à caractère personnel, ainsi que celles de leurs bénéficiaires, pour la mise en place et l'exécution de leur couverture Frais de santé, la gestion de la relation clients, la prospection commerciale, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la formation du personnel, l'enregistrement des appels téléphoniques réalisés à des fins de qualité, de formation et dans certains cas de preuve, la réalisation d'études statistiques et actuarielles, l'évaluation des risques, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la prévention et la lutte contre la fraude à l'assurance ainsi que l'exercice des recours et la gestion des réclamations, des recouvrements et des contentieux.

Les données collectées ou traitées, indispensables à ces traitements, sont conservées pendant une durée définie, au cas par cas, selon un ou plusieurs des critères suivants : la durée de l'adhésion, la durée nécessaire à l'organisation d'études ou de formations, la durée des prescriptions légales ou encore l'épuisement des voies de recours.

Elles pourront être mises à disposition, en tant que de besoin et au regard des finalités précitées, des services compétents de BTP-PRÉVOYANCE et des entités du groupe PRO BTP. Elles pourront être communiquées, si nécessaire à des intermédiaires, réassureurs, sous-traitants, partenaires et prestataires.

Elles seront, le cas échéant, transmises aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Certaines données pourront, en tant que de besoin, être transférées, notamment à des fins de stockage, vers un pays situé hors de l'Union européenne. Ces transferts seront encadrés afin de garantir la protection et la sécurité des données traitées.

Concernant la prospection commerciale, sauf opposition des adhérents adressée à leur Direction Régionale, certaines données pourront être communiquées aux entités du groupe PRO BTP ainsi qu'à leurs partenaires afin de leur proposer, notamment par e-mail et par téléphone, des offres pour des produits et services du Groupe.

Conformément à la loi n°2014-344, tout consommateur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique nommée Bloctel. Il peut s'informer sur l'exercice de ce droit en se connectant au site <http://www.bloctel.gouv.fr/>.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite *Loi Informatique et Libertés*, les adhérents et leurs éventuels bénéficiaires disposent d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime relatif aux données les concernant, en adressant un courrier postal accompagné d'une copie de pièce d'identité à leur Direction Régionale (dont les coordonnées figurent sur le bulletin d'affiliation et sur le site internet de PRO BTP).

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 comptes de l'institution.

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

- par l'affectation de tout ou partie du solde du « compte du régime » défini à l'article 23.1,
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion.

Article 23

Comptes de résultats

Les opérations nées du présent règlement sont suivies dans deux comptes :

23.1 - Le « Compte du régime »

Ce compte est alimenté par les ressources suivantes :

- a) les cotisations acquises des adhérents,
- b) la part, le cas échéant, des prestations et des commissions de gestion à la charge des réassureurs,
- c) les produits nets des placements au titre du présent règlement,
- d) le produit d'impôt qui découle, éventuellement, des opérations du présent compte au titre de l'exercice écoulé.

Les charges imputées au « compte du régime » comprennent :

- a) les charges de prestations versées et provisionnées au titre du présent règlement,
- b) le cas échéant, la part des cotisations cédées aux réassureurs,
- c) 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 15% des cotisations acquises des adhérents avant réductions au titre des mesures définies aux articles 6.3 à 6.5,
- d) un prélèvement sur les cotisations pour le financement d'aides et d'innovations sociales, selon un taux fixé par le conseil d'administration dans la limite de 2% des cotisations acquises des adhérents,
- 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 compte au titre de l'exercice écoulé.

Le solde de ce compte est affecté :

- a) le cas échéant, sur décision de la commission paritaire ordinaire (après avis de la commission *Santé* et sur proposition du conseil d'administration), pour tout ou partie à la réserve du Régime de base de frais médicaux collectifs,
- b) pour le solde, à la réserve définie à l'article 22.

23.2 - Le «Compte de gestion»

Le compte de gestion est destiné à prendre en charge les dépenses de gestion engagées par l'institution dans le cadre du présent règlement.

À cette fin, il est alimenté chaque année par un prélèvement sur les cotisations dans les conditions définies à l'article 23.1.

Il appartient à la commission paritaire ordinaire (après avis de la commission *Santé* et sur proposition du conseil d'administration) d'affecter le résultat annuel du compte de gestion.

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 d) et des charges visées aux e) et f)).

La provision pour participation aux excédents appartient à la masse indivise des 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 22.2 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.



PRO BTP

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

BTP-PRÉVOYANCE

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

