

RÈGLEMENT DES COMPLÉMENTS INDIVIDUELS DE FRAIS MÉDICAUX

RÉSERVÉ AUX ADHÉRENTS BTP SANTÉ ENTREPRISE

TEXTES
AU 1^{er} JANVIER
2019



SOMMAIRE

RÈGLEMENTS DE SURCOMPLÉMENTAIRES «AMPLITUDE» RÈGLEMENT DES COMPLÉMENTS INDIVIDUELS DE FRAIS MÉDICAUX

Article 1 - Objet - Définitions	5
Article 2 - Accès aux compléments individuels de frais médicaux	5
Article 3 - Modalités d'adhésion	6
Article 4 - Bénéficiaires du complément individuel	6
Article 5 - Date d'effet, modifications dans le niveau de garanties résultantes	6
Article 6 - Détermination des cotisations	7
Article 7 - Versement des cotisations	7
Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours	7
Article 9 - Réserve	8
Article 10 - Conditions d'ouverture des droits - Fait générateur	8
Article 11 - Réserve	8
Article 12 - Prestation, étendue des garanties	8
Article 13 - Support des remboursements	10
Article 14 - Plancher de versement de la prestation	10
Article 15 - Tiers payant	10
Article 16 - Délai de stage et de carence	10
Article 17 - Délai de déclaration et Prescription	10
Article 18 - Recours contre tiers responsable	11
Article 19 - Réserve	11
Article 20 - Réserve	11
Article 21 - Information des adhérents	11
Article 22 - Section financière et réserve	12
Article 23 - Comptes de résultats	12
Article 24 - Provision pour participation aux excédents	13

SOMMAIRE

RÈGLEMENTS DE SURCOMPLÉMENTAIRES «AMPLITUDE» RÈGLEMENT DES OPTIONS INDIVIDUELLES D'EXTENSION FAMILIALE SANTÉ

Article 1 - Objet	14
Article 2 - Accès aux Options individuelles d'extension familiale de frais médicaux	14
Article 3 - Modalités de mise en œuvre	14
Article 4 - Bénéficiaires	15
Article 5 - Date d'effet, modifications de l'adhésion	16
Article 6 - Cotisations	16
Article 7 - Versement des cotisations	17
Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours	17
Article 9 - Réserve	18
Article 10 - Condition d'ouverture des droits - Fait générateur	18
Article 11 - Réserve	18
Article 12 - Prestations, étendue des garanties	18
Article 13 - Support des remboursements	20
Article 14 - Plancher de versement de la prestation	20
Article 15 - Tiers payant	20
Article 16 - Délai de stage et de carence	20
Article 17 - Délai de déclaration et Prescription	20
Article 18 - Recours contre tiers responsable	21
Article 19 - Réserve	21
Article 20 - Réserve	21
Article 21 - Information des adhérents	21
Article 22 - Section financière et réserve	22
Article 23 - Comptes de résultats	22

STATUTS DE BTP-PRÉVOYANCE

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

RÈGLEMENTS DE SURCOMPLÉMENTAIRES « AMPLITUDE »

RÈGLEMENT DES COMPLÉMENTS INDIVIDUELS DE FRAIS MÉDICAUX

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 salariés qui, déjà couverts dans le cadre de leur entreprise par un régime collectif de frais médicaux de BTP-PRÉVOYANCE (régime Tous Collèges, régime fermé Non-Cadres, régime fermé 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 la couverture à laquelle l'entreprise a adhéré pour la catégorie dont relève le salarié, au sein du régime de frais médicaux collectif de BTP-PRÉVOYANCE ;
- **Complément individuel** : le complément modulaire de garanties de frais médicaux auquel le salarié a décidé d'adhérer 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 le salarié ;
- **Garanties résultantes** : les garanties servies en fonction du niveau de couverture et, le cas échéant, du module de garanties additionnelles choisis par l'entreprise et/ou le salarié ;
- **Adhérent ou Salarié** : le salarié affilié ou ancien salarié affilié qui décide d'adhérer 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 règlement 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 (Tous Collèges, Non-Cadres groupe fermé, Cadres groupe fermé 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 prévu par un des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-PRÉVOYANCE (en application de l'article 11 du règlement correspondant).

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.

Par exception :

- les niveaux de couverture S5P6, S5P6+, S6P6 et S6P6+ des régimes de frais médicaux collectifs n'ouvrent pas de possibilité aux salariés de compléter leur Socle collectif par un Complément individuel ;
- l'adhésion au Complément individuel PCE1 n'est possible, jusqu'au 31 décembre 2019, que pour les salariés qui, avant le 31 octobre 2016, bénéficiaient d'une surcomplémentaire «RS2 – Tranquillité» dans le cadre de la coassurance avec la MBTPSE ;
- l'adhésion au Complément individuel PCE2 n'est possible, jusqu'au 31 décembre 2019, que pour les salariés dont les entreprises adhèrent à l'option PCE1, ou qui, avant le 31 octobre 2016, bénéficiaient d'une surcomplémentaire «RS3 – Sérénité» dans le cadre de la coassurance avec la MBTPSE ;

- les salariés ayant atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du code de la Sécurité sociale et pouvant bénéficier, à leur initiative, d'une dispense d'adhésion ne peuvent adhérer au présent règlement.

ARTICLE 3 - MODALITÉS D'ADHÉSION

La décision du salarié de bénéficier d'un Complément individuel 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 affilié, que ce soit pour le module « Soins-Hospitalisation » ou pour le module « Optique, prothèses et divers... ». Par ailleurs, le salarié affilié 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... ».

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-PRÉVOYANCE (ou aux services de PRO BTP) par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique,
- et 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 de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation.

Pour faciliter la prise en compte de son droit à renonciation, l'adhérent est invité à utiliser la rédaction suivante :

« Je renonce à mon adhésion au « règlement des compléments individuels Amplitude », intervenue le jj.mm.aa sous le numéro xxx (numéro d'adhésion indiqué dans le certificat d'adhésion) ».

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

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 DANS LE NIVEAU DE GARANTIES RÉSULTANTES

5.1 - Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion au Complément individuel 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, 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.

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.

5.2 - Date d'effet du changement dans le niveau de garanties résultantes

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

Par exception :

- le changement dans le niveau de garanties résultantes 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 ;
- si les niveaux de couverture de départ et d'arrivée sont inférieurs ou égaux au niveau S3P3, la date de changement d'adhésion 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 dans le niveau de garanties résultantes 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 dans le niveau de garanties résultantes ne peut intervenir qu'à la baisse).

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 - 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 termes 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 d'adhésion 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 ayant droits 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 22.2 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 son adhésion 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 prélèvement pourront 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 complément individuel 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 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 l'adhésion à l'initiative de l'adhérent

Tout salarié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

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 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, 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 ou de la réception du recommandé électronique, 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.

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

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 :

- l'institution est fondée à émettre une mise en demeure à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans un délai qui ne peut être inférieur à 10 jours de son échéance ;
- la garantie est suspendue dans un délai ne pouvant pas être inférieur à 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^{ème} mois civil qui suit la date d'effet de la suspension.

La lettre de mise en demeure visée ci-dessus informe l'adhérent :

- que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la suspension des garanties du présent règlement, selon le calendrier prévu à l'alinéa qui précède ;
- que la suspension des garanties emporte cessation d'octroi de tout droit à prestations,
- que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de l'adhésion 40 jours après l'envoi de mise en demeure.

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.

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.

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 résiliation 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 simultanément 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 journée d'hospitalisation donnant lieu au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale pour les garanties liées à l'hospitalisation,
- ou, pour les soins et prestations en établissement de santé public, la date de l'avis de somme à payer émis par le Trésor public si elle est postérieure.

ARTICLE 11 - 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.

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 les obligations (notamment les planchers, plafonds et interdictions de prise en charge)

résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est 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,
 - le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 dudit code (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ne sont pas pris en compte) ;
- 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.

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 couvertures 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 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, qui s'entend y compris

le montant du ticket modérateur, 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 salariés ou ayants droit 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 salarié, ou ayant droit 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 salarié, ou ayant droit 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 bénéficiaire :

- de tout nouvel ayant droit adulte enregistré auprès de BTP-PRÉVOYANCE,
- des ayants droit 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 2019),
- 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 2019), pour tout salarié affilié et ayant droit 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 est fixé à 10000 € 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 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 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 et le rappel des prestations versées à tort.

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 2019. 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

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 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 - DÉLAI DE DÉCLARATION ET PRESCRIPTION

17.1 - Délai de déclaration du droit à prestation

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

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

17.2 - Prescription des actions en justice

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions 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,
- en cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le salarié, un bénéficiaire ou un ayant droit, ou du jour où le tiers a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à cinq ans en ce qui concerne les actions en répétition de l'indu (s'agissant notamment des cotisations versées à tort par les adhérents et des prestations versées à tort par BTP-PRÉVOYANCE).

La prescription de l'action est interrompue :

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

ARTICLE 18 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

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

ARTICLE 19 - RÉSERVÉ

ARTICLE 20 - RÉSERVÉ

ARTICLE 21 - INFORMATION DES ADHÉRENTS

21.1 - Information lors de l'adhésion

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

- le recueil des besoins des personnes non encore adhérentes,
- l'information des adhérents.

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 l'institution ou par son sous-traitant l'association de moyens PRO BTP.

Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'adhérent devra s'adresser à BTP-PRÉVOYANCE 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 (www.probtp.com).

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 :
 - soit à l'adresse suivante :
Médiateur de la Protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
75008 PARIS
 - soit en déposant une demande sur le site Internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip
- 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 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

21.2 - Information en cas de modification 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,
- ou suite à modification des garanties prises en charge par le Socle collectif.

Après information des adhérents et pour ceux qui n'ont pas exercé leur droit à résiliation dans les conditions définies à l'article 8.1-a) du présent règlement, les modifications s'appliquent de plein droit. 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 - Protection des données personnelles

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, ont vocation à être traitées par BTP-PRÉVOYANCE, responsable de traitement, à des fins :

- (i) d'adhésion, gestion et exécution de la couverture Santé,
- (ii) de réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de BTP-PRÉVOYANCE,
- (iii) et avec l'accord de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par les entités du Groupe PRO BTP et leurs partenaires. En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture Santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales.

D'une manière générale, les données sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de BTP-PRÉVOYANCE, ainsi qu'à son sous-traitant l'Association de moyens PRO BTP, et, si nécessaire, à des intermédiaires, réassureurs, prestataires et partenaires. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires.

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

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, et sauf exception liée à l'exécution de la couverture Santé ou aux obligations légales de BTP-PRÉVOYANCE, l'adhérent et le cas échéant ses bénéficiaires disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après leur décès. Ces droits peuvent s'exercer en s'adressant à la Direction Régionale dont les coordonnées sont transmises à l'adhérent ou sur son espace abonné en justifiant de son identité. En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

Le Groupe PRO BTP dispose d'un délégué à la protection des données (DPO) qui peut être contacté par courrier au 7, rue du regard, 75006 Paris.

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.

ARTICLE 22 - SECTION FINANCIÈRE ET RÉSERVE

Il est institué une section financière unique, ainsi qu'une réserve spécifique dans les comptes de l'institution, pour le suivi des opérations nées :

- du présent règlement,
- et du règlement des options individuelles d'extension familiale santé.

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

- par l'affectation de tout ou partie du solde des « Comptes du régime » tels que définis aux articles 23.1 du présent règlement et du règlement des options individuelles d'extension familiale santé,
- le cas échéant, par l'affectation d'une partie des résultats des comptes de gestion correspondants.

ARTICLE 23 - COMPTES DE RÉSULTATS

Outre les opérations à caractère social mutualisées dans le cadre du compte d'action sociale Santé (tel que défini à l'article 23 du règlement des régimes de Frais Médicaux Collectifs), 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 individuelles 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 18% des cotisations acquises des adhérents,
- d) un prélèvement sur les cotisations pour le financement du compte d'action sociale Santé (tel que défini à l'article 23.3 du règlement des régimes de Frais Médicaux Collectifs), dans les conditions fixées par le conseil d'administration et dans la limite de 6‰ 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 de la présente section financière.

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 relevant de la section financière. 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 membres adhérents,
- le financement d'aides individuelles à caractère social en faveur des adhérents.

RÈGLEMENTS DE SURCOMPLÉMENTAIRES « AMPLITUDE »

RÈGLEMENT DES OPTIONS INDIVIDUELLES D'EXTENSION FAMILIALE 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 affilié par son entreprise dans le cadre au règlement des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-PRÉVOYANCE ;
- les bénéficiaires sont des personnes liées au salarié (conjoint et/ou ayants droit), à l'exclusion du salarié lui-même.

La mise en œuvre de cette couverture complémentaire santé ne peut intervenir qu'aux 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 des 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 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 règlement des Compléments individuels de frais médicaux de BTP-PRÉVOYANCE ;
- **Adhérent ou Salarié** : le salarié affilié ou ancien salarié affilié 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, en faveur 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 enfants à charge) dès lors qu'il relève de la situation suivante :

- le salarié est affilié par son entreprise au règlement des régimes de frais médicaux collectifs de BTP-PRÉVOYANCE ;
- 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 droit (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 affilié, sans possibilité d'autre choix.

Le bulletin d'adhésion comporte également l'engagement de l'adhérent que les bénéficiaires 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 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).

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation, pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Pour être pris en compte par l'institution :

- le droit à renonciation doit être signifié à BTP-PRÉVOYANCE (ou aux services de PRO BTP) par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique,
- et 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 de signature du bulletin d'adhésion et la date de renonciation.

Pour faciliter la prise en compte de son droit à renonciation, l'adhérent est invité à utiliser la rédaction suivante :

« Je renonce à mon adhésion au « règlement des options individuelle d'extension familiale Amplitude » intervenue le jj.mm. aa sous le numéro xxx (numéro d'adhésion indiqué dans le certificat d'adhésion) ».

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

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 « Salarié seul »,
 - l'enfant à charge relève des dispositions de l'article 4.2 ;

- et de manière générale, toute autre personne fiscalement à charge du salarié affilié ou de son conjoint ayant droit,

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 par courrier recommandé ou envoi électronique 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 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 (Aide au paiement d'une assurance Complémentaire de Santé),

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(s) 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 Économique 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 du participant.

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, MODIFICATIONS DE L'ADHÉSION

5.1 - Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'Option individuelle d'extension familiale de frais médicaux est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée au premier jour du mois qui suit la réception de 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 du Salarié rétroactivement au jour de son affiliation.

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.

5.2 - Réserve

5.3 - Autres modifications de l'adhésion

Tout changement de domicile doit 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 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 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 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 L'ADHÉSION - CONSÉQUENCES SUR LES PRESTATIONS ET COTISATIONS EN COURS

8.1 - Terme de l'adhésion

Le terme de l'adhésion découlant du 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,
- en cas de cessation d'affiliation du salarié au Socle collectif,
- lorsque les bénéficiaires ne sont plus liées au Salarié dans les conditions prévues à l'article 4 (notamment lorsque les enfants à charge ont dépassé les limites d'âge correspondantes),
- 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) - Résiliation à l'initiative de l'adhérent

Tout Salarié affilié qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre recommandée ou envoi électronique recommandé.

La résiliation à l'initiative de l'adhérent 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 résiliation prend effet :

- au dernier jour du mois du courrier de résiliation, dans les situations suivantes :
 - l'adhérent a été informé d'une augmentation de la cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement, 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 ou de la réception du recommandé électronique, lorsque les dates limites d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées au Salarié affilié dans son avis annuel d'échéance de cotisation.

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

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 :

- l'institution est fondée à émettre une mise en demeure à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans un délai qui ne peut être inférieur à 10 jours de son échéance ;
- la garantie est suspendue dans un délai ne pouvant être inférieur à 30 jours après l'émission de la mise en demeure lorsque cette dernière est restée sans suite ;
- l'adhésion 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.

La lettre de mise en demeure visée ci-dessus informe l'adhérent :

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

Toutefois, les droits à prestations des bénéficiaires sont intégralement ouverts 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), 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.

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 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 (régime des actifs ou régime des retraités).

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

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 ses cotisations au titre du présent règlement ou au titre du règlement du régime 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 médicaments ou biens médicaux,
- la journée d'hospitalisation faisant l'objet du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale pour les garanties liées à l'hospitalisation,
- ou, pour les soins et prestations en établissement de santé public, la date de l'avis de somme à payer émis par le Trésor public si elle est postérieure.

ARTICLE 11 - 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 (notamment les planchers, plafonds et interdictions de prise en charge) résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est 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,
 - le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 dudit code (en application de cet article, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD ne sont pas pris en compte),
- 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 ou résultante 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.

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 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 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, qui s'entend y compris le montant du ticket modérateur, 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 :

- de tout nouvel ayant droit majeur enregistré auprès de BTP-PRÉVOYANCE,
- des ayants droit 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 2019),
- 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 2019), 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 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 suivent 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.

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 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 et le rappel des prestations versées à tort.

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 2019. 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

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 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 - DÉLAI DE DÉCLARATION ET PRESCRIPTION

17.1 - Délai de déclaration du droit à prestation

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

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

17.2 - Prescription des actions en justice

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions 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,
- en cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le salarié, un bénéficiaire ou un ayant droit, ou du jour où le tiers a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à cinq ans en ce qui concerne les actions en répétition de l'indu (s'agissant notamment des cotisations versées à tort par les adhérents et des prestations versées à tort par BTP-PRÉVOYANCE).

La prescription de l'action est interrompue :

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

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée (art. 2244 du code civil).

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 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

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

- le recueil des besoins des personnes non encore adhérentes,
- l'information des adhérents.

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 l'institution ou par son sous-traitant l'association de moyens PRO BTP.

Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'adhérent devra s'adresser à BTP-PRÉVOYANCE 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 (www.probtp.com).

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 :

- soit à l'adresse suivante :
Médiateur de la Protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
75008 PARIS
- soit en déposant une demande sur le site Internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip

- 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 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

21.2 - Information en cas de modification 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,
- ou suite à modification des garanties prises en charge par le Socle collectif entraînant une modification automatique des garanties de l'extension familiale.

Après information des adhérents et pour ceux qui n'ont pas exercé leur droit à résiliation dans les conditions définies à l'article 8.1-a) du présent règlement, les modifications s'appliquent de plein droit. 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 - Protection des données personnelles

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, ont vocation à être traitées par BTP-PRÉVOYANCE, responsable de traitement, à des fins :

- (i) d'adhésion, gestion et exécution de la couverture Santé,
- (ii) de réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de nos collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de

l'adhérent (score d'appétence), évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de BTP-PRÉVOYANCE,

(iii) et avec l'accord de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par les entités du Groupe PRO BTP et leurs partenaires. En transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires de la couverture Santé, l'adhérent déclare avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales.

D'une manière générale, les données sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de BTP-PRÉVOYANCE, ainsi qu'à son sous-traitant l'Association de moyens PRO BTP, et, si nécessaire, à des intermédiaires, réassureurs, prestataires et partenaires. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires.

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

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles, et sauf exception liée à l'exécution de la couverture Santé ou aux obligations légales de BTP-PRÉVOYANCE, l'adhérent et le cas échéant ses bénéficiaires disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après leur décès. Ces droits peuvent s'exercer en s'adressant à la Direction Régionale dont les coordonnées sont transmises à l'adhérent ou sur son espace abonné en justifiant de son identité. En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

Le Groupe PRO BTP dispose d'un délégué à la protection des données (DPO) qui peut être contacté par courrier au 7, rue du regard, 75006 Paris.

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.

ARTICLE 22 - SECTION FINANCIÈRE ET RÉSERVE

Il est institué une section financière unique, ainsi qu'une réserve distincte dans les fonds propres de l'institution, pour le suivi des opérations nées :

- du règlement des compléments individuels de frais médicaux,
- et du présent règlement.

Les dispositions des articles 22 et 24 du règlement des compléments individuels de frais médicaux s'appliquent pour les opérations de cette section financière.

ARTICLE 23 - COMPTES DE RÉSULTATS

Outre les opérations à caractère social mutualisées dans le cadre du compte d'action sociale Santé (tel que défini à l'article 23 du règlement des régimes de Frais Médicaux Collectifs), 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 individuelles 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 à l'article 6.3,
- d) un prélèvement sur les cotisations pour le financement du compte d'action sociale Santé (tel que défini à l'article 23.3 du règlement des régimes de Frais Médicaux Collectifs), dans les conditions fixées par le conseil d'administration et dans la limite de 6 % 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. »

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

