

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Dans le cadre d'une adhésion individuelle, le produit Frais Médicaux Individuels des Retraités est principalement destiné aux anciens salariés du Bâtiment et des Travaux Publics âgés de moins de 75 ans, à compter de l'ouverture de leur dossier d'instruction de retraite complémentaire ou de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite augmenté de 5 années. Il vise à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du régime de base d'assurance maladie dont ils relèvent en France métropolitaine. Il respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : consultations et visites de généralistes ou spécialistes, analyses, radiologie, actes techniques médicaux, transport sanitaire, auxiliaires médicaux et soins infirmiers
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %
- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier et lit pour accompagnant
- ✓ **Optique** : verres, montures et lentilles de contact remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale et orthodontie
- ✓ **Prothèses et appareillages** : prothèses auditives, appareillages orthopédiques et autres prothèses
- ✓ **Actes de prévention** : détartrage annuel, scellements prophylactiques dentaires, ostéodensitométrie, dépistage des troubles de l'audition et de l'hépatite B et bilan du langage

GARANTIES OPTIONNELLES

Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % ou à 30 %
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale
Chambre particulière
Lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale
Chirurgie réfractive de la vue
Implants dentaires
Médecines douces
Cures thermales
Assistance

SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseaux de soins
- ✓ Analyse de devis
- ✓ Téléconsultation médicale

Les garanties et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au règlement.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion
- ✗ Les éventuels suppléments pour confort personnel en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, etc.)
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux
- ✗ Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf stipulation contraire prévue par le règlement



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1 € sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, examen radiologique et analyse de biologie médicale
- ! La franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! La franchise de 2 € sur les transports sanitaires

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins
- ! **Honoraires médicaux** : prise en charge différenciée des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ! **Chambre particulière** : remboursement limité à 90 jours par hospitalisation
- ! **Optique** : remboursement de la monture limité à 150 € et prise en charge d'un équipement optique par période de 24 mois, réduite à 12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Prothèses** : remboursement limité à un montant compris entre 2 500 € et 10 000 € par bénéficiaire et par an, pour le cumul des dépenses liées aux prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, aux prothèses auditives, aux appareillages orthopédiques et autres prothèses ; plafonnement des remboursements au titre de ces dépenses pendant les 12 premiers mois d'adhésion
- ! **Cures thermales** : forfait de remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger : dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du régime de base de la Sécurité sociale française quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité ou suspension des garanties ou de résiliation de l'adhésion

A l'adhésion au règlement :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par BTP-PRÉVOYANCE
- Ne pas être couvert par un autre contrat de complémentaire santé, sauf dans le cadre d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d'intérim

En cours de l'adhésion :

- Informer BTP-PRÉVOYANCE en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale, de bénéficiaires ou de régime de Sécurité sociale
- Régler les cotisations prévues au règlement
- Ne pas souscrire une autre couverture complémentaire santé

Pour le remboursement des frais de santé :

- Faire parvenir les demandes de remboursements à BTP-PRÉVOYANCE dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale ou de la date de survenance des soins non remboursés par la Sécurité sociale
- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance par fraction trimestrielle ou mensuelle et par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve du paiement des cotisations. Par exception, si au cours des 6 derniers mois l'adhérent était couvert en tant que bénéficiaire par une couverture interrompue suite au décès de l'adhérent principal ou à une séparation, la date d'effet peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption. De même, si au cours des 6 derniers mois l'adhérent bénéficiait de droits collectifs interrompus au jour de fin de son dernier contrat de travail, la date d'effet peut être fixée rétroactivement au lendemain de cette dernière date.

L'adhésion est conclue jusqu'à la fin de l'exercice civil et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'adhérent ou BTP-PRÉVOYANCE. Elle prend fin en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ou de BTP-PRÉVOYANCE, en cas de décès de l'adhérent ou lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime de base d'assurance maladie de France métropolitaine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation de l'adhésion s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée adressée à BTP-PRÉVOYANCE.

Si elle a été signifiée au moins 2 mois auparavant, la résiliation prend effet à la fin de l'exercice civil. Par exception, la résiliation prend effet au jour où l'adhérent est affilié à un régime complémentaire de frais de santé par son entreprise, sous réserve que la demande soit effectuée dans les 3 mois suivants, ou au dernier jour du mois du courrier de résiliation de l'adhérent, si ce dernier :

- a été informé d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits et a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent ;
- a changé de régime matrimonial au cours des 3 derniers mois ;
- a été admis au bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire.