

RÉGIMES DE FRAIS MÉDICAUX DE LA MUTUELLE BOISSIERE DU BTP 2023

MBBTP



PRO BTP
GROUPE

RÉGIMES DES FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS

Règlement des régimes de frais médicaux collectifs

Article 1 - Objet

Le présent règlement est régi par le code de la Sécurité sociale et le code la Mutualité.

Il a pour objet de rembourser, dans le cadre d'une couverture d'entreprise, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des salariés affiliés et, le cas échéant, de leurs ayants droit par le régime de Sécurité sociale dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties proposées reposent sur plusieurs contrats avec une progression de niveaux de remboursements, ainsi que sur un ou plusieurs module(s) de garanties additionnelles.

Article 2 - Adhésion des entreprises

Peuvent adhérer au présent règlement les entreprises du Bâtiment et des Travaux Publics et les entreprises interprofessionnelles.

Article 3 - Modalités de l'adhésion

L'acte d'adhésion ou sa modification ultérieure se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion par l'entreprise. Cette signature emporte acceptation des droits et obligations définis par le présent règlement.

La signature du bulletin d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée. Á cet effet :

- l'entreprise adhérente doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides ;
- après obtention du consentement de l'entreprise adhérente à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique ;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Simultanément à son adhésion au présent règlement, l'entreprise doit formaliser auprès de ses salariés la mise en place d'une couverture collective santé, en optant pour l'une des formes prévues par l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale :

- soit par accord collectif,
- ou à la suite de la ratification par les intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise (référendum),
- ou par Décision Unilatérale de l'Employeur (D.U.E.) constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

3.1 - CARACTÈRE OBLIGATOIRE DE LA COUVERTURE

Toute entreprise adhérente au présent règlement fait bénéficier ses salariés d'une couverture collective santé à caractère obligatoire, conformément aux dispositions de l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale. En conséquence, tout salarié de l'entreprise Ouvrier ou ETAM (ci-après appelés « Non-Cadre ») et/ou Cadre et assimilé (ci-après appelé « Cadre ») est obligatoirement couvert dans le cadre du présent règlement (sauf cas de dispense à l'initiative du salarié et dans le respect des conditions définies par la réglementation). Doivent également être couverts par le présent règlement (sous réserve que l'organe habilité au sein de l'entreprise adhérente l'ait expressément décidé) les mandataires sociaux relevant du régime général ou du régime Alsace Moselle de la Sécurité sociale, en application de l'article L. 311-3 du Code de la Sécurité sociale, lorsqu'ils sont rémunérés au titre de leur mandat.

Par exception, certains salariés peuvent, à leur initiative, se dispenser d'être couverts :

- S'ils relèvent d'une des facultés de dispense prévues dans le cadre du III de l'article L. 911-7, de l'article D. 911-2 du code de la Sécurité sociale ou de l'article 11 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- ou s'ils relèvent d'une des autres facultés de dispense prévues par l'article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale, et que cette faculté est prévue dans l'acte juridique ayant institué la couverture (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur).

3.2 - PÉRIMÈTRE DES PERSONNES COUVERTES

Lors de son adhésion, l'entreprise doit choisir entre plusieurs formulations tarifaires. Ces formulations déterminent notamment quels ayants droit (tels que définis à l'article 4 du présent règlement) peuvent être couverts.

Pour déterminer le périmètre des personnes couvertes, six formulations tarifaires sont proposées, avec pour chaque formulation des cotisations exprimées soit en euros, soit en pourcentage de la rémunération, dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale :

- la formulation « **Global Famille** » : dans cette solution, sont automatiquement couverts le salarié affilié, son conjoint et ses enfants à charge ; le taux ou le montant de cotisation est alors identique pour tous les salariés affiliés, quel que soit le nombre d'ayants droit qui leurs sont rattachés ;
- la formulation « **Conjoint Distinct** » : dans cette solution, les salariés affiliés et leurs enfants à charge sont automatiquement couverts, sur la base d'un même taux ou montant de cotisation ; en complément, le conjoint peut être rattaché à la couverture moyennant une majoration du montant ou du taux de cotisation.

Ainsi :

- dans la formule « **Conjoint distinct - Isolé** », la couverture concerne le salarié affilié, et ses enfants à charge,
- dans la formule « **Conjoint distinct - Couple** », la couverture concerne le salarié affilié, son conjoint et ses enfants à charge ;
- la formulation « Famille sans conjoint » : dans cette solution, sont automatiquement couverts le salarié affilié, et ses enfants à charge. Le taux ou le montant de la cotisation, qui est identique pour tous les salariés affiliés indépendamment du nombre d'enfants à charge, correspond à celui de la formule « Conjoint Distinct – Isolé » définie ci-dessus ;
- la formule **Isolé – Duo – Famille** : dans cette solution, le taux ou le montant est fonction du nombre de personnes couvertes :
 - la cotisation « Isolé » couvre le salarié affilié seul,
 - la cotisation « Duo » couvre le salarié affilié et un ayant droit (qu'il s'agisse de son conjoint ou d'un enfant à charge, tels que définis à l'article 4),
 - la cotisation « Famille » couvre le salarié affilié et deux ayants droit et plus.
- la formulation « **Adulte / Enfant** » : dans cette solution, le taux ou le montant de cotisation est fonction du nombre de personnes couvertes, il correspond à la somme des éléments suivants :
 - montant ou taux de cotisation par « Adulte » multiplié par le nombre d'« Adultes » couverts,
 - montant ou taux de cotisation par « Enfant » multiplié par le nombre d'« Enfants » couverts.

L'adhésion à cette formule de cotisation n'est possible que lorsque l'entreprise disposait précédemment de la même formulation tarifaire chez son ancien organisme assureur.

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

- sont qualifiés d'« Adultes » le salarié affilié, ainsi que – le cas échéant – son conjoint au sens de l'article 4.1 du présent règlement, et ce quels que soient leurs âges ;
 - sont qualifiés d'« Enfants » les ayants droit qui relèvent des dispositions de l'article 4.2 du présent règlement.
- Toutefois, lorsque la couverture d'un même foyer comprend trois enfants 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 ;
- la couverture « **Salarié seul** » : dans cette solution, seul est couvert le salarié affilié. Le taux ou le montant de la cotisation correspond alors à celui de l'« Adulte » de la couverture « Adulte / Enfant » définie ci-dessus.

Seuls les salariés affiliés couverts par les formulations « Famille sans conjoint » et « Salarié seul » ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit dans le cadre du règlement des options individuelles d'extension familiale de frais médicaux.

3.3 - FORMALISME ET ENREGISTREMENT DE L'ADHÉSION

Lors de sa demande d'adhésion, l'entreprise précise notamment à la Mutuelle BOISSIERE du BTP :

- la formulation tarifaire retenue (au sens de l'article 6). Si l'entreprise réalise une adhésion pour l'ensemble du personnel Non-Cadre et Cadre présent, cette formulation tarifaire doit respecter les règles suivantes :
 - les cotisations sont exprimées à l'identique pour l'ensemble des salariés Non-Cadres et Cadres, soit en euro, soit en pourcentage de salaire dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale,
 - si en outre le niveau de garanties retenu est le même pour les deux catégories de salariés Non-Cadres et Cadres, ou si l'effectif de l'entreprise est au moins égal à 10 salariés à la date d'adhésion, la formulation tarifaire au sens de l'article 3.2 doit être identique pour les deux catégories de salariés ;
- le niveau des garanties retenues ;
- le mode de mise en place des garanties collectives, au sens de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale ;
- la ou les catégories couvertes (Non-Cadre et/ou Cadre),
- ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires à l'affiliation des salariés concernés. L'entreprise s'engage ainsi à déclarer lors de son adhésion :
 - tous les salariés qu'elle affine au présent régime,
 - leurs ayants droit, lorsque le montant ou taux de cotisation en dépend ;
 - les anciens salariés pour lesquels elle demande l'application du dispositif de portabilité prévu par l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale.

La Mutuelle BOISSIERE du BTP notifie l'enregistrement de l'adhésion par l'envoi à l'entreprise d'un certificat d'adhésion. Ce certificat est adressé par voie dématérialisée lorsque l'entreprise a opté pour une adhésion de façon dématérialisée.

Article 4 - Bénéficiaires

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

- le salarié affilié,
- ses ayants droit, sous réserve que la formulation tarifaire retenue par l'entreprise dans son bulletin d'adhésion le prévoit (en application de l'article 3.2 qui précède). Sont reconnus comme ayants droit :
 - le conjoint du salarié affilié (tel que défini à l'article 4.1),
 - ses enfants à charge (tels que définis à l'article 4.2).
 - et de manière générale, toute autre personne fiscalement à charge du salarié affilié ou de son conjoint ayant droit,

La couverture n'est possible que pour les bénéficiaires relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France Métropolitaine, Corse comprise, ou étudiants relevant des dispositions de l'article 4.2.

4.1 - NOTION DE CONJOINT DU SALARIÉ AFFILIÉ

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le salarié affilié;
- à défaut, la personne liée au salarié affilié 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 le salarié affilié ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun,
 - b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre,
 - c) le salarié affilié 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, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union),

d) le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le salarié affilié.

4.2 - NOTION D'ENFANT À CHARGE

Sont considérés comme à charge les enfants ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Sont également considérés à charge les enfants nés du salarié affilié, ou adoptés par le salarié affilié, 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 (en France, dans un autre pays de l'Espace Economique Européen, en Suisse, au Canada, au Royaume Uni ou aux Etats Unis d'Amérique), 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, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :

- 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 charge fiscale du salarié affilié. Sont également considérés comme enfants à charge :
 - les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du salarié affilié,
 - les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la Sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

4.3 - MODIFICATIONS DANS LA LISTE DE BÉNÉFICIAIRES

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de la Mutuelle BOISSIERE du BTP. L'entreprise adhérente est tenue de signaler chaque mois à la Mutuelle BOISSIERE du BTP, dans le cadre du circuit de la DSN ou par tout autre moyen proposé par la Mutuelle BOISSIERE du BTP :

- les entrées et sorties de salarié ;
- toute modification du périmètre des ayants droit au titre de chaque salarié couvert, lorsque cette modification a un impact sur la cotisation.

Toute modification dans la liste nominative des ayants droit doit être déclarée à la Mutuelle BOISSIERE du BTP:

- si l'entreprise a retenu une formulation tarifaire « Adulte / Enfant » : par l'entreprise,
- si l'entreprise a retenu une formulation tarifaire « Global Famille » ou « Famille sans conjoint » : par le salarié (ou par l'entreprise, si cette dernière souhaite prendre en charge cette formalité administrative),
- si l'entreprise a retenu une formulation tarifaire « Conjoint distinct » :
 - par l'entreprise au titre du conjoint,
 - par le salarié (ou par l'entreprise, si cette dernière souhaite prendre en charge cette formalité administrative) au titre des enfants à charge
- si l'entreprise a retenu une formulation tarifaire « Isolé - Duo - Famille » :
 - par l'entreprise, si le changement du nombre de personnes couvertes entraîne une modification de la cotisation,
 - par le salarié, dans les autres cas (ou par l'entreprise, si cette dernière souhaite prendre en charge cette formalité administrative).

La modification est prise en compte :

- lorsqu'elle fait suite à un évènement modifiant la composition familiale (naissance, mariage, conclusion d'un PACS, décès,...), ou à l'affiliation obligatoire (ou la fin d'affiliation obligatoire) d'un ayant droit à une autre couverture santé:

si cette modification affecte le montant de la cotisation, à compter du 1er jour où la modification de couverture du conjoint et/ou des enfants est prise en compte dans la cotisation déclarée par l'employeur (sans toutefois pouvoir générer des droits à remboursements avec un effet rétroactif de plus d'un mois),

si cette modification n'affecte pas le montant de la cotisation, de manière rétroactive à compter du jour de survenance de cet évènement si la déclaration intervient dans les trois mois qui s'ensuivent ;

- dans les autres cas :

si cette modification affecte le montant de la cotisation, au 1er janvier de l'exercice suivant,

si cette modification n'affecte pas le montant de la cotisation, à compter du jour de réception de la demande.

L'entreprise qui ne respecte pas un délai d'un mois pour informer la Mutuelle BOISSIERE du BTP des sorties de bénéficiaires peut être tenue responsable des paiements à tort qui viendraient à être effectués.

Article 5 - Date d'effet de l'adhésion ou de toute modification ultérieure

La date d'effet de l'adhésion initiale est fixée :

- par défaut au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande,
- ou sur demande expresse au 1er jour de tout mois ultérieur spécifié par l'entreprise.

Lorsque l'employeur souhaite modifier son adhésion :

- pour une option dont le niveau est inférieur à celle précédemment retenue, cette modification prend effet au 1er janvier de l'année suivante, sous réserve d'avoir été signifiée à la Mutuelle BOISSIERE du BTP au moins deux mois auparavant, par courrier recommandé, recommandé électronique ou remise en main propre datée et contresignée ;
- pour une option dont le niveau est supérieur à celle précédemment retenue, cette modification prend effet :
 - par défaut, au premier jour du mois qui suit la demande,
 - ou sur choix de l'entreprise, au premier jour de tout mois ultérieur spécifié par l'entreprise, et au plus tard au 1er janvier suivant.

Dans les deux cas, l'entreprise doit :

- choisir une formulation tarifaire (au sens de l'article 6) :
 - identique pour ses salariés Non-Cadres et Cadres (si elle adhère au règlement du régime standard de frais médicaux collectifs pour les deux catégories),
 - ou identique à celle mise en œuvre pour chaque collègue avant la modification,
- informer ses salariés des changements de garanties collectives par diffusion d'une notice d'information, conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la Sécurité sociale.

L'adhésion initiale (ou sa modification ultérieure) est conclue pour une période de douze mois à compter de sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite, par tacite reconduction :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice (n+1) suivant l'exercice de prise d'effet (n),
- puis annuellement jusqu'au 31 décembre de chaque exercice,

sauf terme anticipé de l'adhésion, tel que défini dans l'article 8 du présent règlement.

Article 6 - Cotisations

Les cotisations peuvent être exprimées :

- en euros, ou en pourcentage de salaire dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale,

- en fonction du périmètre des personnes couvertes, selon les différentes formulations définies à l'article 3.2 : « Global Famille », « Conjoint Distinct », « Famille sans conjoint », « Isolé / Duo / Famille », « Adulte / Enfant » ou « Salarié seul ».

Les entreprises occupant un effectif supérieur ou égal à 10 salariés ont le libre choix de leur formulation tarifaire parmi les différentes expressions définies ci-dessus.

Les entreprises dont l'effectif est inférieur à 10 salariés peuvent choisir une formulation tarifaire en euros ou en pourcentage de salaire.

6.1 - ASSIETTE

Lorsque les cotisations sont exprimées en euros, celles-ci sont calculées sur une base mensuelle.

Tout mois commencé est dû : en cas d'embauche ou de rupture du contrat de travail en cours de mois, la totalité de la cotisation est due pour le mois considéré.

Lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage de la rémunération, l'assiette des cotisations dues par l'entreprise est celle des cotisations de Sécurité sociale, telle que définie à l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite de la fraction du salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale.

L'entreprise est tenue d'inclure dans l'assiette de cotisations le montant total des revenus de remplacement qu'elle verse aux salariés affiliés, notamment au bénéfice de ceux placés en position d'activité partielle (dans ce cas, il s'agit des indemnités légales d'activité partielle et, le cas échéant, des indemnités complémentaires versées par l'employeur en application d'une décision unilatérale ou d'un accord collectif).

Ne sont pas incluses dans l'assiette des cotisations le montant total des indemnités versées par la Caisse Congés Intempéries BTP, comprenant notamment les indemnités de congés payés, les primes de vacances, les jours de fractionnement et les jours d'ancienneté.

Lorsque l'entreprise relève du mode direct (tel que défini à l'article 4.6 du règlement d'adhésion au titre du Régime national de prévoyance des Ouvriers du BTP, à l'article 4.6 du règlement d'adhésion au titre du Régime national de prévoyance des Etam du BTP et à l'article 4.6 du règlement du Régime national de prévoyance des Cadres du BTP), il lui appartient de proratiser l'application du plafond pour tenir compte de la part déclarée par la Caisse congés intempéries BTP.

6.2 – MONTANT OU TAUX

Le montant ou le taux de cotisation dépend de la combinaison retenue par l'entreprise dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'elle a choisis. Si les couvertures sont identiques pour les Non-Cadres et Cadres en termes à la fois de niveau de garanties, de formulation tarifaire et d'expression des cotisations (en euros ou en pourcentage de salaire), la cotisation est identique pour l'ensemble du personnel.

Dans les autres situations, la cotisation spécifique applicable aux Cadres est déterminée en tenant compte du niveau des charges de prestations correspondantes.

Le déclenchement de cette cotisation spécifique intervient sur chacun des modules, sur la base de la comparaison des garanties retenues pour les Cadres et les Non-cadres :

- d'une part pour le module « Soins – Hospitalisation »
- d'autre part, pour le module « Optique, prothèses et divers »

En l'absence d'adhésion au présent règlement pour les salariés Non-cadres ou en l'absence de salariés Non-cadres dans l'entreprise, la cotisation spécifique définie ci-dessus pour les salariés Cadres s'applique également.

La couverture des ayants droit n'a pas d'incidence sur le montant ou taux de la cotisation, sauf lorsque l'entreprise a opté pour l'une des formulations suivantes : « Conjoint Distinct », « Adulte / Enfant » ou « Isolé / Duo / Famille ».

Les différents montants ou taux de cotisations applicables sont fixés dans l'ANNEXE TARIFAIRE.

La répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés affiliés est déterminée librement dans chaque entreprise. Cette répartition doit toutefois respecter les principes suivants pour que l'adhésion puisse être acceptée :

- l'employeur doit assurer au minimum la moitié du financement de la couverture, en application de l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale,
- la participation de l'employeur doit être uniforme :
 - pour l'ensemble des salariés Non-Cadres et/ou Cadres de l'entreprise, à l'exception des salariés à temps partiels ou des apprentis visés à l'article R. 242-1-4 du code de la Sécurité sociale,
 - pour tous leurs conjoints et enfants à charge, lorsque la formule de cotisation retenue par l'entreprise dépend de la composition familiale.

Toute actualisation de l'ANNEXE TARIFAIRE relève de la compétence du Conseil d'Administration de la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

6.3 – GRATUITÉ TEMPORAIRE DE COTISATIONS À L'ADHÉSION

Toute nouvelle entreprise adhérente peut bénéficier de mois gratuits de cotisations à l'adhésion si elle relève d'une des situations suivantes :

- l'entreprise a procédé à sa première embauche depuis moins de douze (12) mois ;
- en cas d'adhésion dans le cadre d'une transmission ou d'une suite économique, les salariés n'étaient pas précédemment couverts à titre collectif par la Mutuelle BOISSIERE du BTP;
- l'entreprise avait une couverture collective complémentaire santé auprès d'un autre organisme assureur, mais sans aucun salarié affilié au cours des douze (12) mois précédant son adhésion à la Mutuelle BOISSIERE du BTP .

Pour les entreprises qui remplissent l'une de ces conditions, la gratuité de cotisations porte sur les trois premiers mois de l'adhésion.

6.4 - AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS

- La fraction de la cotisation à charge du salarié affilié est précomptée et versée par l'entreprise, en tant que mandataire responsable du versement des cotisations auprès de la Mutuelle BOISSIERE du BTP. •
- Les cotisations sont exigibles mensuellement. Par exception, pour les entreprises dont les cotisations de retraite AGIRC-ARRCO sont exigibles trimestriellement, la même périodicité s'applique pour les cotisations du présent règlement.
- La date limite de paiement des cotisations est fixée au 25 du mois suivant la période mensuelle ou trimestrielle à laquelle elle se réfère.
- Les cotisations sont dues aussi longtemps qu'un salarié affilié perçoit un salaire et tant que le contrat de travail n'est pas rompu y compris en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident ;
- En application de la loi 2012-387 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, les déclarations de salaires et autres assiettes de cotisations sont effectuées par l'entreprise adhérente auprès de la Mutuelle BOISSIERE du BTP au moyen de Déclarations Sociales Nominatives (DSN) mensuelles.

Les DSN doivent être renseignées et transmises conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les données transmises via la DSN pourront faire l'objet d'un contrôle par la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

Pour toute omission dans les déclarations servant de base à la fixation des cotisations, la Mutuelle BOISSIERE du BTP peut exiger le paiement immédiat non seulement de la cotisation, mais d'une majoration de retard dont le montant, fixé par le conseil d'administration, peut atteindre la moitié de la cotisation omise.

Lorsque les erreurs ou les omissions ont, par leur nature, leur importance ou leur répétition, un caractère frauduleux, l'entreprise affiliée est tenue de verser immédiatement à la Mutuelle BOISSIERE du BTP le montant des cotisations dissimulées, multiplié par un coefficient fixé par le conseil d'administration sans pouvoir dépasser dix.

L'application de ces mesures ne préjudicie pas aux sanctions pour retard, prévues ci-dessous, et peut être poursuivie par toutes voies de droit.

- Il appartient à la Mutuelle BOISSIERE du BTP de recouvrer soit directement, soit par mandataire, les cotisations par tous moyens de droit.

Les modalités d'intégration des indemnités de congés dans l'assiette de cotisations sont communiquées à l'entreprise lors de son adhésion au présent règlement, ou en cas de modification ultérieure du mode de recouvrement.

Toutes cotisations restant dues après la date limite de paiement donnent lieu à l'application de majorations de retard et à l'engagement de poursuites judiciaires, selon des modalités identiques à celles édictées par l'AGIRC-ARRCO pour le régime de retraite complémentaire des salariés, et conformément aux délais de prescription prévus par la réglementation. Par exception, aucun forfait minimum de majorations (tel que défini par la réglementation AGIRC-ARRCO ne s'applique sur la cotisation due à la Mutuelle BOISSIERE du BTP lorsque cette dernière fait l'objet d'un appel commun avec une cotisation AGIRC-ARRCO. En l'absence de toute déclaration récente, l'assiette des cotisations sera estimée par tout autre moyen d'appréciation.

Le versement des prestations peut être suspendu si l'entreprise ne s'acquitte pas de la totalité de ses cotisations au titre du présent règlement.

Par ailleurs, la Mutuelle BOISSIERE du BTP se réserve le droit de prendre toutes suretés prévues par la loi.

Article 7 – Réserve

Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquence sur les prestations en cours

8.1 - TERME DE L'ADHÉSION

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

- en cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise,
- en cas de résiliation à l'initiative de la Mutuelle BOISSIERE du BTP,
- en cas de procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail,
- en cas de modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise du contrat de travail et harmonisation des régimes de prévoyance santé dans le cadre des articles L. 1224-1 et suivants du code du Travail.

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

Toute entreprise qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit :

- signifier sa décision à la Mutuelle BOISSIERE du BTP par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la Sécurité sociale, en indiquant la date d'effet de la résiliation,
- s'assurer du respect des conditions prévues dans le cadre de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale et des procédures prévues - le cas échéant - par le code du Travail. La résiliation par l'entreprise ne peut intervenir qu'après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'adhésion ; cette résiliation prend effet :
 - par défaut, à l'expiration du délai d'un mois après que la MUTUELLE BOISSIERE du BTP en a reçu notification,
 - ou, sur demande expresse de l'entreprise, au dernier jour du mois (ou le dernier du trimestre civil suivant cette date lorsque les cotisations de l'entreprise sont exigibles trimestriellement) suivant celui au cours duquel la MUTUELLE BOISSIERE du BTP a reçu notification de la résiliation.

La résiliation est également possible à l'initiative de l'entreprise dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois civil suivant la date de réception de la demande écrite (ou le dernier jour du trimestre civil suivant cette date lorsque les cotisations de l'entreprise sont exigibles trimestriellement), si l'entreprise relève d'une des situations suivantes :
 - l'entreprise a formulé sa demande dans les 60 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant :

- d'une augmentation du taux de sa cotisation (si cette dernière est exprimée en pourcentage de salaire) ou d'une augmentation du montant de sa cotisation supérieure à celle de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie « ONDAM » (si la cotisation est exprimée en €),
 - ou d'une diminution des droits nés du présent règlement en faveur de ses salariés affiliés ;
- l'entreprise a changé de secteur d'activité et ne relève plus du champ du Bâtiment et des Travaux publics ;
 - en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement, l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire a exercé le droit dont il dispose légalement de résilier l'adhésion conformément aux dispositions du code de commerce ;
- à la date du premier anniversaire de l'adhésion (puis chaque année au 31 décembre de l'exercice) sous réserve que la résiliation ait été signifiée à l'institution au moins deux mois auparavant.

8.1.b) – Résiliation à l'initiative de la Mutuelle BOISSIERE du BTP

La Mutuelle BOISSIERE du BTP peut mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise au 31 décembre de l'exercice, sous réserve d'avoir signifié sa décision à l'entreprise au moins deux mois avant cette échéance. La Mutuelle BOISSIERE du BTP peut également suspendre les garanties ou mettre un terme à l'adhésion de l'entreprise en cours d'exercice, dans le cadre suivant :

- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour la Mutuelle BOISSIERE du BTP de poursuivre l'exécution de l'engagement né de l'adhésion en justice), la Mutuelle BOISSIERE du BTP est fondée à émettre une mise en demeure passé un délai de 10 jours après l'échéance. Suite à l'émission de cette mise en demeure, et à défaut de régularisation de la cotisation (ou d'accord de règlement), la Mutuelle BOISSIERE du BTP est en droit :
 - de suspendre les garanties, 30 jours après la mise en demeure,
 - de résilier l'adhésion, 40 jours après la mise en demeure.
- la mise en demeure informe l'entreprise des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé.

8.1.c) - Terme de l'adhésion suite à procédure collective ou cessation d'activité sans reprise de contrat de travail

En cas de liquidation d'une entreprise adhérente, le terme de l'adhésion prend effet au jour du jugement de clôture.

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement, ou de liquidation judiciaire, outre les cas prévus aux 8.1.a) et 8.1.b), le terme de l'adhésion peut intervenir dans les conditions du III des articles L. 622-13 et L. 641 11-1 du Code de commerce.

Dans ce cadre, la Mutuelle BOISSIERE du BTP peut mettre en demeure l'organe administrateur ou le liquidateur de se prononcer sur la poursuite de l'adhésion. Á défaut de confirmation écrite de cette poursuite, l'adhésion sera alors résiliée de plein droit :

- soit au jour où l'organe administrateur ou le liquidateur a informé la Mutuelle BOISSIERE du BTP de sa volonté de ne pas poursuivre l'adhésion,
- soit, en cas d'absence de réponse de l'organe administrateur ou du liquidateur, au terme d'un délai de 30 jours suivant la mise en demeure.

En cas de cessation d'activité sans reprise de contrat de travail, le terme de l'adhésion prend effet à la date de cessation d'activité. Cette dernière doit être notifiée à la Mutuelle BOISSIERE du BTP dans le délai d'un mois qui s'ensuit, à défaut de quoi les prestations indûment versées depuis la cessation d'activité seront portées à la charge de l'entreprise.

8.1.d) – Terme de l'adhésion suite à modification de la situation juridique de l'employeur avec reprise de contrat de travail

Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur relevant des articles L. 1224-1 et suivants du Code du Travail :

- en cas d'absorption de l'entreprise adhérente par une autre entreprise,

- ou de cessation d'activité de l'entreprise adhérente avec reprise de contrat de travail par une autre entreprise,
- ou en cas d'absorption d'autres entreprises par l'entreprise adhérente,

il appartient à l'entreprise (ou à son représentant) de notifier cette évolution à la Mutuelle BOISSIERE du BTP dans un délai de 60 jours à compter de la date d'effet de la modification de la situation juridique de l'employeur. L'adhésion est alors automatiquement transférée de l'ancien employeur au nouveau et continue de produire ses effets pour chacune des parties.

8.1.e) –Résiliation automatique pour absence d'objet de l'adhésion

L'adhésion est automatiquement résiliée lorsque, au cours des 24 derniers mois, l'entreprise n'a eu aucun salarié, ou aucun salarié bénéficiaire d'une couverture (ou couvert par BTPP) de BTP-PRÉVOYANCE (que ce soit au titre du présent règlement, d'un autre règlement), et qu'en conséquence au titre de cette période :

- aucune cotisation n'a été due par l'entreprise,
- aucune prestation n'a été due par l'institution à des salariés en activité.

8.2 - CONSÉQUENCES AU TERME DE L'ADHÉSION

Les garanties dont bénéficiaient les salariés affiliés et leurs ayants droit au titre du présent règlement prennent fin au jour du terme de l'adhésion, à l'exception des maintiens de garanties sans contrepartie de cotisations qui continuent à produire leurs effets conformément aux dispositions de l'article 11 du présent règlement. À l'issue de leur période de couverture au titre du présent règlement :

- le salarié affilié et/ou ses ayants droit peuvent adhérer à l'un des règlements des Frais médicaux individuels de la Mutuelle BOISSIERE du BTP (frais médicaux individuels des actifs ; frais médicaux individuels des retraités). Cette adhésion s'accompagne de remises de cotisations à l'adhésion, dans les conditions définies à l'article 6.3 du règlement des Frais médicaux individuels correspondant ;
- l'ancien salarié affilié qui relève des dispositions prévues au 1° de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 peut demander à bénéficier de la couverture définie par cet article 4. Les éventuels ayants droit de l'ancien salarié affilié n'ont pas accès à cette couverture. Les cotisations correspondantes sont fixées au niveau maximal prévu au titre de cet article 4 et de son décret d'application n°2017-372.

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 lorsqu'à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de la Mutuelle BOISSIERE du BTP en qualité de salarié affilié par l'entreprise ou en qualité d'ayant droit d'un salarié affilié (dans les conditions prévues aux articles 3 et 4).

Le versement des prestations est subordonné au règlement par l'entreprise de la totalité de ses cotisations au régime.

Toutefois, les garanties ne peuvent être suspendues que 30 jours après que l'entreprise ait été mise en demeure de s'acquitter des cotisations arriérées.

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 - Maintien et cessation des garanties

Les garanties visées par le présent règlement cessent :

- au jour où le salarié affilié ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié,
- au terme de l'adhésion de l'entreprise.

Toutefois, les garanties du régime peuvent être maintenues, sans contrepartie de cotisation, aux conditions définies aux articles 11.1 à 11.4 ci-après :

- lorsque le salarié affilié quitte son emploi dans une entreprise adhérente,
- en cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage,
- en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire,
- en cas de décès du salarié affilié, au profit de ses ayants droit.

Dans tous les cas, le maintien porte sur les garanties de l'option en vigueur, au moment de la rupture ou de la suspension du contrat de travail ou au terme de l'adhésion de l'entreprise (sans que ces garanties puissent être inférieures à celles résultant des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale).

Les salariés affiliés et leurs ayants droit qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice des garanties peuvent adhérer aux règlements des frais médicaux individuels (actifs ou retraités) de la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

11.1 - MAINTIEN DES GARANTIES LORSQUE LE SALARIÉ AFFILIÉ QUITTE SON EMPLOI

Lorsque le salarié affilié quitte son emploi dans une entreprise adhérente et qu'il ne peut bénéficier des dispositions de l'article 11.2, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisations :

- à la condition que le salarié affilié ne bénéficie pas par ailleurs d'une couverture collective de frais médicaux à adhésion obligatoire,
- pendant une période maximale de 30 jours à compter de la date de cessation du contrat de travail.

11.2 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE LICENCIEMENT, OU DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT À L'ASSURANCE CHÔMAGE

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, le droit au maintien des garanties en vigueur dans l'entreprise est accordé à tout salarié affilié sans contrepartie de cotisation :

- **temporairement**, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue en tenant compte des deux derniers paragraphes du présent sous-article :
 - par une indemnisation au titre de l'assurance chômage (y compris l'allocation de solidarité spécifique),
 - ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans les secteurs du Bâtiment et des Travaux Publics, ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du Bâtiment et des Travaux Publics.

Dans ce cas, le maintien d'une couverture santé est accordé :

- aussi longtemps que le salarié affilié atteste, depuis la rupture de son contrat de travail, d'une situation continue d'indemnisation au titre de l'assurance chômage, d'indemnisation d'un arrêt maladie par la Sécurité sociale ou du suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé,
 - et ce pendant une période maximale de 36 mois de date à date, à compter de la date de fin du contrat de travail
- sans limitation de durée, lorsque le salarié affilié :
 - a fait l'objet d'une mesure de licenciement ou de rupture de contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage, alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la Sécurité sociale sans que le contrat de travail n'ait été rompu (à l'exception des cas de classification en invalidité de 1ère catégorie), et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée,
 - et aussi longtemps qu'il perçoit des prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies

par la Mutuelle BOISSIERE du BTP . Lorsque le salarié affilié ne perçoit plus ces prestations, il entre dans le cadre du maintien temporaire (décrit ci-dessus).

Dans tous les cas, ne font pas obstacle au maintien des garanties :

1/ les périodes (dès lors qu'elles ne dépassent pas 30 jours calendaires en cumul) :

- de reprise temporaire d'activité,
- ou pour lesquelles aucun justificatif n'est fourni par le salarié affilié au titre d'une des situations définies à l'alinéa précédent,

2/ les périodes qui correspondent aux différés d'indemnisation ou au délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage.

11.3 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel), ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés affiliés de la catégorie correspondante dans l'entreprise. Il en est de même en cas de congé lié à une maternité, à une paternité ou à une adoption.

En cas de suspension du contrat de travail avec versement par l'entreprise d'une indemnité d'activité partielle ou de tout autre revenu de remplacement, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant :

- calculé sur la base des indemnités entrant dans l'assiette des cotisations définie à l'article 6.1, lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération,
- ou assuré par le versement du forfait mensuel de cotisation, lorsque cette dernière est exprimée en euros.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail avec perception d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente (hors situation d'activité partielle), les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant :

- calculé sur la base du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat, lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération,
- ou assuré par le versement du forfait mensuel de cotisation, lorsque cette dernière est exprimée en euros.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ou sans perception d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

Par exception, en cas de suspension du contrat de travail et lorsque le salarié affilié bénéficie d'une rente d'invalidité complémentaire au titre du régime conventionnel de Prévoyance du BTP dont il relève, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, pendant la période où il perçoit cette rente.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ou sans perception d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

Par exception, en cas de suspension du contrat de travail et lorsque le salarié affilié bénéficie d'une rente d'invalidité complémentaire au titre du régime conventionnel de Prévoyance du BTP dont il relève, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, pendant la période où il perçoit cette rente.

11.4 - MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT DES AYANTS DROIT EN CAS DE DÉCÈS DU SALARIÉ AFFILIÉ

En cas de décès du salarié affilié, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du salarié affilié (tels que définis à l'article 4).

Article 12 - Prestations, étendue des garanties

12.1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX PRESTATIONS

Pour tout bénéficiaire régulièrement inscrit auprès de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, le droit à prestations est fonction du niveau de couverture et des éventuels modules additionnels choisis par l'entreprise. Le montant de la prestation est calculé :

- selon les dispositions figurant dans l'ANNEXE DES GARANTIES,
- par référence au niveau de couverture en vigueur à la date du fait générateur. Toutefois, lorsque le fait générateur est postérieur à la sortie du salarié affilié de l'entreprise (dans le cadre des dispositions de l'article 11), c'est le niveau de couverture à la date de sortie de l'entreprise qui doit être retenu.

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations relatives au contrat dit « responsable » (notamment les plannings, plafonds, obligations 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 ainsi précisé :

- que les garanties prennent en charge :
 - le « ticket modérateur » : l'intégralité de la participation des assurés, dans les conditions définies au 1° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
 - les équipements dits « 100% Santé » : équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies aux 3°, 4° et 5° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
 - le forfait journalier en établissements hospitaliers, dans les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale (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),
 - le forfait urgences en établissements hospitaliers dans les conditions définies par l'article L. 871-2 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'applications.
- 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 du salarié affilié (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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres régimes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent règlement seraient réduites à due concurrence. En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par le régime de base d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire sont remboursées par la MUTUELLE BOISSIERE du BTP dans les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Concernant les honoraires médicaux, lorsque les autorités locales ont mis en œuvre un dispositif de régulation des honoraires équivalent au dispositif OPTAM, et que les honoraires facturés au bénéficiaire dans ce cadre sont identiques à ceux applicables à un ressortissant local, le remboursement est réalisé sur la base des garanties « OPTAM » ; à défaut, les honoraires sont remboursés sur la base des garanties prévues pour un praticien non adhérent à l'OPTAM.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire ne font l'objet d'aucun remboursement.

Sous réserve des dispositions du présent article destinées à assurer le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, toute actualisation de l'ANNEXE DES GARANTIES relève d'une décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

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 deux ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus ;
- ou en cas de renouvellement anticipé prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).

Pour chaque bénéficiaire, la période de prise en charge court à compter de la dernière facturation d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les équipements optiques relevant du « 100% Santé », le forfait de remboursement de la Mutuelle BOISSIERE du BTP complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

Le plafond de remboursement de l'équipement, qui dépend du module d'adhésion, est défini dans l'ANNEXE DES GARANTIES.

12.3 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES DENTAIRES

Pour les prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », le forfait de remboursement de la Mutuelle BOISSIERE du BTP complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

12.4 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES AUDIOPROTHÉTIQUES

Pour les prothèses auditives relevant du « 100% Santé », le forfait de remboursement de LA MUTUELLE BOISSIERE complète le remboursement de la Sécurité sociale afin d'assurer une prise en charge intégrale du coût de l'équipement, sans reste à charge pour le salarié ou son ayant droit.

12.5 – AUTRES DISPOSITIONS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES PROTHÈSES DENTAIRES, PROTHÈSES AUDITIVES ET MATÉRIEL MÉDICAL

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,
- matériel médical.

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

L'application de ce plafond annuel de remboursement ne peut en aucun cas conduire à une limitation de la prise en charge :

- au titre du ticket modérateur,
- 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.
- ou au titre des garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du « 100% Santé », telles que définies ci-dessus.

12.6 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Dans le cas des garanties 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) visé 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP, le salarié affilié 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, le salarié affilié peut être conduit à fournir tous éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes 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 1er janvier 2023. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme d'une année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée au salarié affilié 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 des articles L. 871-1 et L. 871-2 du code de la Sécurité sociale (et de tout décret pris pour leur application) relatives aux mécanismes de tiers payant.

L'institution met ainsi à disposition des professionnels de santé, des établissements et centres de santé, des services numériques permettant la mise en œuvre du tiers payant pour les remboursements suivants :

- les tarifs de responsabilité (ticket modérateur),
- les équipements dits « 100% » santé,
- le forfait journalier et le forfait urgences en établissements hospitaliers.

Pour toute prestation entrant dans le cadre d'une convention de tiers payant signée par la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 11 :

- le salarié affilié et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de la Mutuelle BOISSIERE du BTP;
- dans l'hypothèse où le salarié affilié et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, la Mutuelle BOISSIERE du BTP est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur tous autres montants dus par la Mutuelle BOISSIERE du BTP (au titre de versements de prestations ou de remboursements de cotisations trop perçues).

Article 16 – Réserve

Article 17 - Délai de déclaration et prescription

17.1 – DÉLAI DE DÉCLARATION DU DROIT À PRESTATION

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

Le niveau de la prestation versée est celui en vigueur à la date du fait générateur.

A 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 ignoré 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 entreprises adhérentes et des prestations versées à tort par la Mutuelle BOISSIERE du BTP).

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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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

La Mutuelle BOISSIERE du BTP est subrogée de plein droit au salarié affilié 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP a exposées, et dans les conditions et limites légales.

Article 19 - Réserve

Article 20 – Règlementation LCB-FT

Dans le cadre de la réglementation LCB-FT (Lutte contre le Blanchiment des Capitaux et le Financement du Terrorisme), la Mutuelle BOISSIERE du BTP est tenue à diverses obligations de vigilance spécifique. A ce titre :

- l'entreprise adhérente s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par la Mutuelle BOISSIERE du BTP de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit doivent communiquer de toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par la Mutuelle BOISSIERE du BTP de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT;
- en concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire.

La Mutuelle BOISSIERE du BTP se réserve le droit de ne pas accepter une adhésion ou de ne pas exécuter une opération qui ne lui permettrait pas de se conformer à ses obligations en matière de LCB- FT et de gel des fonds et ressources économiques, sur la base de la réglementation en vigueur au jour de la demande.

Article 21 - Information des entreprises adhérentes et des salariés

Les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sont adressés à l'entreprise adhérente sur support durable dans son espace client ouvert sur le site Internet www.probtp.com.

Durant le processus d'adhésion au règlement ou dans le cadre de l'exécution de la couverture, l'entreprise peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des informations et documents liés au présent règlement ou qui répondent à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande.

En outre, si la Mutuelle BOISSIERE du BTP constate le caractère inadapté de ce mode de communication, elle pourra décider du retour à une relation par échanges sur support papier.

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 entreprises non encore adhérentes,
- l'information des entreprises adhérentes.

En particulier, lors de son adhésion et à chaque modification ultérieure du présent règlement, l'entreprise adhérente se voit remettre une notice d'information définissant notamment les garanties et les exclusions, les obligations de l'entreprise et des salariés affiliés, 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. L'entreprise est tenue de remettre la notice d'information à ses salariés affiliés.

Sont communiquées au salarié affilié les coordonnées des services gestionnaires afin qu'il puisse obtenir toute précision concernant la gestion de sa couverture. S'agissant de ses droits, en particulier en termes de tiers payant, une carte récapitulative lui est adressée.

Pour toute réclamation concernant l'exécution de la présente adhésion, l'entreprise ou ses salariés affiliés devront s'adresser à la Mutuelle BOISSIERE du BTP qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :
MUTUELLE BOISSIERE DU BTP - Réclamations
38 rue Guy de Maupassant, 76000 ROUEN
- soit par le biais du site internet (www.mutuelle-boissiere.fr).

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'entreprise adhérente est informée : qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne leur satisfaisait pas, et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite :

- ses salariés affiliés ou elle-même peuvent s'adresser par écrit au Médiateur de la MUTUELLE BOISSIERE DU BTP :

- soit à l'adresse suivante :

CM2C
Médiateur de la Mutuelle BOISSIERE
14 Rue Saint Jean
75017 PARIS

- soit en déposant une demande sur le site Internet

www.cm2c.net

- que la saisine du Médiateur est gratuite, confidentielle et impartiale ; elle suppose qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, ou soit sur le point de l'être, et doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la première réclamation écrite. Il est précisé que le Médiateur de la MUTUELLE BOISSIERE DU BTP n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent règlement ;
- que la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 MODIFICATIONS DES CONDITIONS DE COUVERTURE

Les entreprises adhérentes sont informées par écrit, et ce conformément aux modalités prévues à l'article 21.1, de toute modification apportée aux articles 1 à 21 du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations et/ou les garanties.

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

Conformément à la réglementation, il appartient :

- à la Mutuelle BOISSIERE du BTP de mettre à disposition de l'entreprise une notice d'information exposant les nouvelles garanties applicables, selon les modalités prévues à l'article 21
- à l'entreprise de diffuser cette notice aux salariés affiliés concernés.

21.3 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles :

- la Mutuelle BOISSIERE du BTP est responsable des traitements qu'elle réalise sur les données personnelles des salariés de l'entreprise adhérente et de leurs bénéficiaires pour la mise en œuvre de leur couverture Santé ;
- l'entreprise adhérente reste responsable des traitements qu'elle réalise sur les données de ses salariés en sa qualité d'employeur. Dans ce cadre, l'entreprise adhérente est responsable des obligations qui lui incombent en qualité de responsable de traitement.

Pour la mise en œuvre de cette couverture Santé, la Mutuelle BOISSIERE du BTP est susceptible de collecter et de traiter les données suivantes des salariés affiliés : information personnelles, données de contact, données d'identification, NIR (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de vie privée, données de leurs bénéficiaires, données professionnelles, données économiques et financières, données opérationnelles liées à la couverture Santé, données de santé ou autres données particulières (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de transaction.

Ces données ainsi collectées ont vocation à être traitées par la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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

ses collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, email, SMS et MMS) pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des bénéficiaires à tout moment, 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP,

(iii) et avec l'accord des salariés de l'entreprise adhérente, aux fins de prospection commerciale par e-mail, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits.

Elles sont conservées pendant la durée de l'adhésion, augmentée de la durée des prescriptions légales. D'une manière générale, elles sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, ainsi qu'à son sous-traitant, 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.

Au titre de la sécurité et de la confidentialité des données à caractère personnel, la Mutuelle BOISSIERE du BTP déploie les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour :

- (i) garder les données personnelles strictement confidentielles,
- (ii) assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

En leur remettant la notice d'information préparée par la Mutuelle BOISSIERE du BTP, l'entreprise adhérente informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à la Mutuelle BOISSIERE du BTP, en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés affiliés, la Mutuelle BOISSIERE du BTP leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution de la couverture Santé ou aux obligations légales de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, les salariés affiliés sont titulaires des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données à caractère personnel, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après décès. Ces droits et la façon de les exercer leurs sont rappelés dans les bulletins d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise adhérente. En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

La Mutuelle BOISSIERE du BTP est susceptible de collecter des données à caractère personnel relatives à ses interlocuteurs au sein de l'entreprise adhérente en charge de la préparation, de la conclusion et du suivi de l'adhésion. Ces données sont collectées par la Mutuelle BOISSIERE du BTP en tant que Responsable de traitement, aux fins de gestion et exécution des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. Les Personnes concernées à ce titre peuvent exercer leurs droits par courrier auprès du service avec lequel ils sont en contact. De son côté, l'entreprise adhérente, au même titre que la Mutuelle BOISSIERE du BTP est susceptible de collecter également des données de ses contacts au sein de la Mutuelle BOISSIERE du BTP et s'engage dans les mêmes termes.

Profondément engagé en faveur du respect de la vie privée et des droits des personnes, la MUTUELLE BOISSIERE DU BTP s'est doté d'un délégué à la protection des données (DPO) et a mis en place une politique générale de protection des données, accessible depuis la page d'accueil de son site internet btpb.com.

21.4 - INFORMATION DU CHEF D'ENTREPRISE SUR LES COMPTES DU RÉGIME

En application des dispositions légales et réglementaires, la Mutuelle BOISSIERE du BTP fournit annuellement sur demande au chef d'entreprise un rapport sur les comptes du régime. L'entreprise est également informée qu'une information complémentaire peut lui être communiquée, sur demande, concernant :

- le nombre total de salariés garantis par la même garantie au sein des régimes de frais médicaux collectifs de la Mutuelle BOISSIERE du BTP ,
- le rapport de charge global constaté pour l'ensemble des entreprises adhérentes à la Mutuelle BOISSIERE du BTP, que ceux choisis par l'entreprise.

ANNEXE - TABLEAU DE GARANTIES

Options réservées à la région Normandie

Les remboursements sont exprimés soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, part de la Sécurité sociale incluse.

Besoin d'aide pour choisir ?
Votre conseiller PRO BTP vous
renseigne et peut vous proposer
des simulations tarifaires.

GARANTIES 2023

		Part S.S.	Boissière PRIMO	Boissière 2	Boissière 3		
Soins courants	Honoraires médicaux	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	160% (200% si OPTAM)	200% (230% si OPTAM)	
		Actes techniques médicaux	70%	100%	160% (180% si OPTAM)		
		Radiologie	70%	110%	160% (180% si OPTAM)		
		Soins externes	60% à 70%	100%	160% (180% si OPTAM)		
	Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	110%	160%	200%	
		Transport	65%	110%	170%	200%	
		Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%	100%	100%	100%	
	Analyses et examens de laboratoires		60%	100%	160%	200%	
	Médicaments	Pharmacie, remboursée par la S.S.	65% 30% 15%		100%	100%	
		Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	15€ par vaccin	30€ par vaccin	50€ par vaccin	
Contraception (féminine et masculine), test de grossesse, prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale. ⁽²³⁾			30€	40€	80€		
Médicaments non remboursés sur prescription médicale		-	20 €/an/bénéf. *limité à 50 € par an par famille	40 €/an/bénéf. *limité à 100 € par an par famille	50 €/an/bénéf. *limité à 130 € par an par famille		
Matériel médical	Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹³⁾	60%	200%	300%	400%		
	Prothèses mammaires et capillaires remboursées par la Sécurité sociale. ⁽²³⁾	60%	400€	500 €	600 €		
Hospitalisation	Honoraires	Honoraires, frais de séjour	80%	100% (130% si OPTAM)	160% (180% si OPTAM)	200% (260% si OPTAM)	
		Chambre particulière ⁽²⁾	-	20€/jour	60€/jour	100€/jour	
		Lit accompagnant pour enfants de - 12 ans ou bénéficiaires de +70 ans	-	23€/jour	30€/jour	30€/jour	
		Actes médicaux supérieurs à 120€	-	100%	100%	100%	
	Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ et forfait urgences en établissements hospitaliers ^(1 bis)		oui	oui	oui		
		Part S.S.	Boissière PRIMO	Boissière 2	Boissière 3		
Optique	Équipement 100% santé ⁽⁸⁾		60% ^(a)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Autre équipement optique (verres et monture)	Équipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁸⁾	60% ^(b)	Verres : frais réels Monture : 100 €	Verres : frais réels Monture : 100 €	Verres : frais réels Monture : 100 €	
		Équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾	Équipement à verres unifocaux ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ^(c)	100% + 150€	100% + 400€	100% + 420€
		Équipement à verres progressifs ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾		100% + 200€	100% + 400€	100% + 550€	
	Lentilles	Lentilles remboursées par la S.S. ⁽⁹⁾	60%	100% + 100€	100% + 200€	100% + 220€	
		Lentilles non remboursées par la S.S. ⁽¹⁰⁾	-	50€/an/bénéf.	160€/an/bénéf.	190€/an/bénéf.	
Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹²⁾		-	-	300€ par œil	400€ par œil		
Dentaire	Soins et prothèses 100% santé ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾		70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Soins dentaires	Inlay/onlay (par acte)	70%	100%	100%	100%	
		Autres soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽²²⁾	70%	100%	100%	100%	
	Prothèses dentaires	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :	70%	prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁵⁾	250%	450%	550%
		autres prothèses		250%	450%	550%	
	Orthodontie	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	200%	300%	400%	
Orthodontie adulte non remboursée par la S.S. (par semestre)		-	-	-	200€		
Implants (/an/bénéf.)		-	-	200€	300€		
Aides auditives	Équipements auditifs 100% santé ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾			Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Autre prothèse ⁽²⁾	Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus ⁽²³⁾	60%	950€	1000€	1100€	
		Pour les bénéficiaires de -20 ans ⁽²³⁾		1400€	1450€	1500€	
Accessoires ⁽²⁰⁾			100%	100%	100%		
Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées, ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étioopathes, diététiciens, psychologues ⁽¹⁹⁾		-	2 x 20€ par an/bénéf.	2 x 40€ par an/bénéf.	2x50€ par an/bénéf.	
	Cures thermales ⁽¹⁸⁾		65%	100% BR	100% + 150€	100% BR + 200€	
	Densitométrie osseuse non remboursée (sur prescription médicale) ⁽¹⁰⁾		-	40 € par an/bénéf.	60 € par an/bénéf.	80 € par an/bénéf.	
	Sport sur ordonnance : adhérents ALD ⁽²¹⁾		-	100€ par an/bénéf.	200€ par an/bénéf.	300€ /an/bénéf.	
	Pédicure, Podologie			20 €/an /bénéf.	40 €/an/bénéf.	50 €/an/bénéf.	

RÉGIME DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS ANNEXES DES GARANTIES AU 1^{ER} JANVIER 2023

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) Non limité en nombre. Prise en charge suivant les dispositions de l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.
- (1bis) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences. Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (2) durée illimitée
- (3) Les forfaits monture et verres simples ne sont pas cumulables avec les forfaits monture et verres progressifs. Forfait par bénéficiaire.
- (4) Limité à un équipement (une monture, deux verres) tous les 24 mois pour les personnes de 16 ans et plus, ou tous les 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. La période s'entend à partir du dernier remboursement d'un équipement.
- (5) Équipement 100% Santé « Classe A », pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale). Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018. La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) La monture est limitée à 100 €.
- (7) Sous condition que la Sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.
- (8) Équipement optique relevant du « 100% Santé » tel que défini par l'arrêté du 03.12.2018, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
- (9) Montant en euros : forfait annuel par personne, pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale.
- (10) Boissière 2 : plafond famille annuel de 320€,
Boissière 3 : plafond famille annuel de 380€.
- (11) Par œil, par personne, par an.
- (12) Hors implants oculaires (considérés comme prothèses non remboursées par la Sécurité sociale).
- (13) Le remboursement annuel est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'art. 12.3 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les « soins et prothèses 100 % Santé ».
- (14) Prothèses relevant du « 100 % Santé », tel que défini par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'art. L. 162-9 ou par le règlement arbitral prévu à l'art. L. 162-14-2.
- (15) Prothèses hors « 100 % santé » auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 01.01.2020. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'art. L. 162-9 ou par le règlement arbitral prévu à l'art. L. 162-14-2.
- (16) Prothèses auditives relevant du 100 % Santé au 01.01.2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28.11.2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'art. L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (17) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'art. L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (18) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (19) Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, étiope, psychomotricien, psychologue (non remboursé par la Sécurité sociale). Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI.
- (20) Sur prescription médicale, par an et par bénéficiaire.
- (21) Cette garantie s'adresse aux adhérents atteints d'une des 30 affections de longue durée (ALD).
- (22) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire
- (23) Montant du ticket modérateur inclus

Notez bien

Sauf indications contraires, nos remboursements de frais de santé sont accordés uniquement si le régime de base a lui-même accordé sa participation. Ils sont effectués dans la limite des frais engagés et déclarés au régime de base et sont conformes aux dispositions du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats « responsables ».

