

RÈGLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS RETRAITÉS DE LA MUTUELLE BOISSIÈRE DU BTP

2026

MBBTP



PRO BTP
GROUPE

Article 1 - Objet

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

Les garanties proposées s'adressent aux retraités.

Elles reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux des remboursements.

Article 2 - Adhérents

Peuvent adhérer à ce règlement, à titre individuel :

- les anciens salariés du BTP, à compter de la date d'ouverture de leur dossier d'instruction de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO ou s'ils ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité sociale. Pour ces ressortissants, l'adhésion est possible jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 75 ans ou, si la liquidation de leur retraite complémentaire AGIRC-ARRCO intervient au-delà, dans les 12 mois qui s'ensuivent ;
- les anciens ou anciennes ayants droit d'un adhérent à une couverture de frais médicaux de la Mutuelle BOISSIERE du BTP qui remplissent l'ensemble des conditions suivantes :
 - ils sont allocataires du régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO (au titre de droits directs ou d'une pension de réversion) ou ils ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité sociale,
 - ils ont été reconnus bénéficiaires des garanties santé de la Mutuelle BOISSIERE du BTP avec leur propre numéro de Sécurité sociale,
 - et ils ne peuvent plus être couverts en qualité d'ayant droit (notamment suite à l'un des événements suivants : décès de l'adhérent, divorce, rupture de Pacs, séparation de corps).
- les anciens salariés qui ont cessé leur activité dans une entreprise du BTP, s'ils sont bénéficiaires du dispositif de cessation anticipée d'activité liée à l'amiante.
- les anciens bénéficiaires de la couverture "Complémentaire Santé Solidaire" (CSS), quel que soit leur âge, s'ils remplissent les conditions suivantes :
 - leur couverture CSS a été résiliée depuis moins de douze mois,
 - et ils ont été couverts par la Mutuelle BOISSIERE du BTP au cours des cinq dernières années.

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, domiciliés en France métropolitaine, Corse comprise, ainsi que dans les départements d'Outre-Mer s'ils ont préalablement bénéficié d'une couverture de frais médicaux de la Mutuelle BOISSIERE ou de BTP-PREVOYANCE.

Par leur adhésion, ces personnes sont reconnues adhérents de la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

Article 3 - Modalités de l'adhésion

3.1 - NOUVELLE ADHÉSION INDIVIDUELLE AUPRÈS DE LA MUTUELLE BOISSIERE DU BTP

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

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

- l'adhérent doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile personnel valides;

- après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que papier, les documents pré contractuels et contractuels lui sont adressés par courrier électronique;
- le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée,
- la date et le lieu de naissance ainsi que le lieu de domiciliation du candidat à l'adhésion,
- la désignation des personnes couvertes par l'adhésion,
- la date d'effet de l'adhésion,
- le niveau de garantie retenu.

Le bulletin d'adhésion comporte également :

- l'engagement du futur adhérent de ne pas être couvert, à compter du jour d'effet de la demande, par une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une institution de Prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire), 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, la Mutuelle BOISSIERE du BTP est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant toute période de double couverture (que ces versements aient été effectués à l'intéressé, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant) ;
- lorsque le futur adhérent est salarié d'une entreprise, une attestation qu'il peut être exempté d'affiliation à la couverture collective en vigueur au sein de son entreprise.

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

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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP :

- le droit à renonciation doit être signifié à la Mutuelle BOISSIERE du BTP par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité,
- 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 frais médicaux individuels des retraités" intervenue le jj.mm.aa sous le numéro xxx (numéro d'adhésion indiqué dans le certificat d'adhésion) ».

La Mutuelle BOISSIERE du BTP est alors tenue de rembourser les cotisations perçues.

3.2 - TRANSFERT DU RÈGLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS ACTIFS VERS LE RÈGLEMENT DES FRAIS MÉDICAUX INDIVIDUELS RETRAITÉS

Sont transférés vers le présent règlement les adhérents qui relevaient précédemment du règlement des frais médicaux individuels des actifs, lorsqu'ils ont liquidé des droits à retraite complémentaire AGIRC-ARRCO (droits directs ou pension de réversion) et que la Mutuelle BOISSIERE du BTP en a été informée.

Pour ces adhérents :

- en cas de demande expresse de l'adhérent, l'adhésion est transférée au 1er jour du mois suivant la réception de sa demande ;

- à défaut, l'adhésion est automatiquement transférée au 1er janvier de l'année suivante.

Par ailleurs, un transfert vers le présent règlement intervient automatiquement au 1er janvier de l'année suivant celle où les adhérents au règlement des frais médicaux individuels des actifs ont atteint l'âge défini au 1° de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité sociale.

Chacun de ces transferts s'effectue en maintenant à l'identique le niveau des prestations servies, sans que le montant des cotisations ne puisse être supérieur à celui qui aurait résulté de l'application du règlement des frais médicaux individuels actifs. Lors du transfert, il n'est pas signé de nouveau bulletin d'adhésion ; aucun droit à renonciation (tel que défini à l'article 3.1) n'est ouvert suite à la mise en œuvre de ce transfert.

Article 4 - Bénéficiaires

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

- l'adhérent,
- ses ayants droit :
 - le conjoint de l'adhérent (tel que défini à l'article 4.1),
 - ses enfants à charge (tels que définis à l'article 4.2).
 - et de manière générale, toute autre personne fiscalement à charge de l'adhérent ou de son conjoint ayant droit.

La couverture n'est possible que pour :

- les bénéficiaires relevant d'un régime de base d'assurance maladie français et domiciliés en France métropolitaine (Corse comprise) et dans les départements d'Outre-Mer.
- les étudiants relevant des dispositions de l'article 4.2.

Le bénéfice de la couverture ne peut être ouvert au conjoint que si ce dernier ne relève pas simultanément d'une autre couverture complémentaire santé (auprès d'une institution de prévoyance, d'une mutuelle, d'une société d'assurance, ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire). A défaut, la Mutuelle BOISSIERE du BTP est fondée à exiger le remboursement intégral des éventuels montants versés au titre de ses dépenses de santé durant la période de double couverture (que ces montants aient été versés à l'intéressé, au conjoint, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant).

4.1 - NOTION DE CONJOINT DE L'ADHÉRENT

Est défini comme conjoint :

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

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 de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, 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 :
 - a) apprentis ou en formation en alternance,
 - b) 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.
 - c) en contrat de professionnalisation,
 - d) demandeurs d'emploi inscrits auprès de France Travail et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;Pour les bénéficiaires visés au a) et b), les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de la période justifiée.
- 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 de l'adhérent.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- s'ils répondent aux critères ci-avant et qu'ils sont à la charge fiscale de l'adhérent :
 - les enfants du conjoint,
 - les petits-enfants de l'adhérent ;
- les orphelins de père et de mère qui étaient précédemment à charge d'un adhérent dans le cadre du présent règlement, et s'ils répondent aux conditions précédentes.

4.3 - MODIFICATIONS DANS LA LISTE DE BÉNÉFICIAIRES

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être justifiée aux services gestionnaires de la Mutuelle BOISSIERE du BTP par courrier recommandé ou envoi électronique recommandé. La modification est prise en compte au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

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

- mariage, divorce, séparation de corps,
- conclusion ou rupture d'un Pacs,
- naissance, décès d'un ayant droit,
- admission d'un ayant droit au bénéfice d'une couverture complémentaire sante obligatoire d'entreprise ou de la Complémentaire santé solidaire ;
- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire sante obligatoire d'entreprise ou de la Complémentaire santé solidaire ;

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

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

5.1 - DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION INITIALE

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

Par exception :

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

L'adhésion initiale 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 d'adhésion (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.

5.2 - DATE D'EFFET EN CAS DE CHANGEMENT D'OPTION

Pour toute demande de l'adhérent reçue par les services gestionnaires avant la fin de l'exercice, le changement d'option intervient avec effet au 1er janvier suivant.

Par exception :

- Le changement d'option peut être pris en compte rétroactivement au 1er 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 ;
- Dans chacun des cas énoncés ci-dessous, le changement d'option est accepté au premier jour suivant réception de la demande (sous réserve d'apporter les pièces justificatives correspondantes), avec possibilité de rétroactivité à la date du fait qui y donne droit lorsque la demande intervient dans les 3 mois qui s'ensuivent :
 - l'adhérent inscrit un nouveau bénéficiaire suite à mariage, conclusion d'un Pacs, naissance ou adoption,
 - le périmètre des bénéficiaires couverts est modifié suite à divorce, rupture du Pacs de l'adhérent, séparation de corps ou suite au décès d'un ayant droit,
 - le contrat de travail de l'adhérent ou de son conjoint est rompu en donnant droit à indemnisation par France Travail (dans ce cas, le changement d'option ne peut intervenir qu'à la baisse),
 - l'adhérent (ou son conjoint) liquide ses droits à retraite complémentaire AGIRC-ARRCO.

5.3 - AUTRES MODIFICATIONS DE L'ADHÉSION

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

Tout changement de situation concernant l'affiliation de l'adhérent ou d'un ayant droit au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle doit être déclaré à la mutuelle. Ce changement sera pris en compte à sa date d'effet, à la condition que la demande ait été formulée dans le délai de 60 jours

suivant la modification du régime de rattachement. Au-delà, le changement sera pris en compte au premier jour du mois suivant la réception de l'information.

Article 6 - Cotisations

6.1 - RÈGLES GÉNÉRALES DE FIXATION DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation annuelle applicable à l'adhérent est défini dans l'ANNEXE TARIFAIRE jointe au présent règlement. Il est défini en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de l'avenant par lequel le Conseil d'Administration l'a entériné.

La Mutuelle BOISSIERE est engagée annuellement sur le montant des cotisations hors taxes. En cas d'instauration - ou de modification - de taxes ou contributions de toute nature assises sur les cotisations en cours d'exercice, le montant des cotisations toutes taxes comprises est ajusté à due proportion, sauf décision contraire du Conseil d'administration.

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis,
- du nombre d'adultes couverts,
- de l'âge de l'adhérent apprécié au 31 décembre de l'exercice (dans la limite de 70 ans),
- de son lieu de résidence (apprécié au premier janvier de l'exercice).

Lorsque l'adhésion couvre également le conjoint en qualité d'ayant droit, la cotisation "couple" est déterminée par référence à l'âge de l'adhérent.

Pour toute adhésion avant l'exercice où l'adhérent a atteint ses 70 ans, la cotisation annuelle est définie en lecture directe des dispositions de l'ANNEXE TARIFAIRE. Au-delà, la cotisation annuelle est définie en appliquant une majoration aux dispositions de l'ANNEXE TARIFAIRE.

Le niveau de cette majoration s'élève à + 15 % pour les nouveaux adhérents qui ont atteint au moins l'âge de 71 ans au cours de l'année d'adhésion.

Cette majoration n'est toutefois pas appliquée si :

1/ l'adhésion intervient

- avant la fin du 12e mois qui suit la date de liquidation de retraite AGIRC-ARRCO de l'adhérent,
- ou, si elle est plus favorable, dans les trois mois suivant la date de fin de sa dernière activité salariée (notamment dans le cadre d'un cumul emploi-retraite).

2/ l'adhérent est un ancien bénéficiaire de la CSS, et remplit les conditions suivantes :

- sa couverture CSS a été résiliée depuis moins de douze derniers mois,
- et il a été couvert par la Mutuelle BOISSIERE du BTP ou BTP PREVOYANCE au cours des cinq dernières années.

L'adhésion du conjoint d'un adhérent décédé s'effectue aux mêmes conditions tarifaires que celles dont il bénéficiait précédemment, s'il adhère dans les six mois suivant le décès.

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

6.2 - GRATUITÉ DE COUVERTURE DES ENFANTS

Tous les enfants à charge au sens de l'article 4.2 sont couverts gratuitement par la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

6.3 - REMISES DE COTISATIONS À L'ADHÉSION

6.3.a) - Remise générale pour tout nouveau bénéficiaire

Pour tout nouveau bénéficiaire (qu'il s'agisse de l'adhérent ou de son conjoint), les deux premiers mois de couverture font l'objet d'une remise de cotisation s'il s'agit de la première fois que l'intéressé relève d'une couverture santé individuelle simultanément assurée (hors compléments individuels de Frais médicaux) par la Mutuelle BOISSIERE du BTP ou par une des entités relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP.

Pour les conjoints, cette disposition s'applique y compris lorsque l'inscription auprès de la Mutuelle BOISSIERE du BTP est postérieure à celle de l'adhérent.

6.3.b) - Remise spécifique pour les adhérents précédemment couverts en frais médicaux collectifs.

En sus de la remise générale prévue à l'article 6.3.a), le nouvel adhérent et son conjoint (si ce dernier est également admis comme bénéficiaire du présent règlement) bénéficient d'une suspension de cotisations pendant les quatre mois qui suivent, lorsque l'adhésion remplit les conditions suivantes :

a) le nouvel adhérent au règlement était précédemment couvert en frais médicaux collectifs par la Mutuelle BOISSIERE du BTP ou PROBTP :

- dans les 24 mois précédant la date d'effet de son adhésion au présent règlement,
- au titre du « règlement des régimes de frais médicaux collectifs » ou d'une convention particulière conclue avec une entreprise adhérente,

b) quelles qu'aient été ses couvertures antérieures, à condition que sa dernière couverture en frais médicaux collectifs soit celle mise en œuvre par la Mutuelle BOISSIERE du BTP ,

c) le nouvel adhérent est bénéficiaire d'une pension de retraite servie par le régime complémentaire AGIRC-ARRCO à la date d'adhésion.

Les cotisations dont le paiement a été suspendu sont définitivement remises par la Mutuelle BOISSIERE du BTP :

- si l'adhérent n'a pas formulé de demande de résiliation portant effet dans les 12 mois suivant l'adhésion,
- et si les cotisations dues jusqu'au 12e mois suivant l'adhésion (hors période de suspension initiale) ont été régulièrement honorées, sans que la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP prend connaissance de la demande de résiliation,
- ou à compter du 31e jour de retard de versement des cotisations.

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

Les adhérents :

- qui ont bénéficié d'une remise de cotisations durant leurs 6 premiers mois d'adhésion, dans les conditions prévues aux articles 6.3.a) et 6.3.b),
- et à jour de leurs cotisations,

bénéficient de remises complémentaires de cotisations :

- trois mois au cours de leur seconde année d'adhésion au présent règlement,
- et trois mois au cours de leur troisième année d'adhésion au présent règlement.

6.4 - AUTRES REMISES DE COTISATIONS

Lorsqu'ils ont bénéficié d'une minoration de cotisation dans le cadre des dispositions de l'article 6.6.b) du règlement des frais médicaux individuels des actifs, les anciens invalides bénéficient d'une remise de cotisation durant les deux premiers mois suivant la fin de leur droit à réduction sociale, s'ils poursuivent leur adhésion auprès de l'institution dans le cadre du présent règlement.

En complément, certains ensembles d'anciens salariés ou de Groupes du BTP peuvent bénéficier de dispositifs spécifiques de réductions de cotisations, notamment lors de leur adhésion. Le cadre général dans lequel ces réductions de cotisations s'inscrit est défini par le Conseil d'administration.

6.5 - GRATUITÉ TEMPORAIRE À L'ADHÉSION DU CONJOINT, EN CAS DE DÉCÈS D'UN ANCIEN SALARIÉ AFFILIÉ À UNE COUVERTURE DE FRAIS MÉDICAUX COLLECTIFS

En cas de décès d'un ancien salarié, qui à la date du décès :

- était affilié à une couverture de frais médicaux collectifs de la Mutuelle BOISSIERE du BTP,
- ou était bénéficiaire en tant qu'invalidé de la réduction sociale définie au sous-article 6.6.b) du règlement des frais médicaux individuels des actifs,

Son conjoint bénéficie d'une gratuité de cotisation durant les six premiers mois de son adhésion au présent règlement, si la demande d'adhésion a été signifiée à l'institution dans les 6 mois suivant le décès.

6.6 - RÉDUCTIONS SOCIALES

6.6.a) - Dispositions générales relatives aux réductions sociales

Dans le cadre de la politique d'action sociale Santé mise en œuvre par la Mutuelle BOISSIERE du BTP, les adhérents peuvent bénéficier d'une réduction sociale sur leur cotisation.

Ces réductions sont décidées annuellement par le Conseil d'Administration.

Ces réductions sont liées à la situation de l'adhérent et/ou de son conjoint :

- bénéficiaire de l'APA (« réduction dépendance »),
- à défaut, bénéficiaire d'une pension de retraite AGIRC-ARRCO exonérée de CSG-CRDS, (ou si tel a été le cas au cours des cinq exercices précédents)
- à défaut, ancienneté d'au moins 30 ans dans le BTP.

Lorsqu'il bénéficiait de la réduction pour ancienneté d'au moins 30 ans dans le BTP dans le cadre d'une couverture "couple", le conjoint d'un adhérent décédé, s'il adhère dans les six mois suivant le décès, conserve cette réduction lors de son adhésion au présent règlement.

Pour les personnes qui ont adhéré au présent règlement après l'âge prévu au 3e alinéa de l'article 6.1 et qui sont à ce titre sujettes à une majoration de cotisations (hors adhésion du conjoint d'un adhérent décédé, s'il adhère dans les six mois suivant le décès), ces différents droits à réduction ne sont ouverts qu'à compter du 1er janvier de la troisième année suivant la date d'adhésion.

Les montants des réductions mises en oeuvre sont détaillés dans l'ANNEXE SOCIALE jointe au présent règlement.

6.6.b) - Dispositions spécifiques à la « réduction dépendance »

Une réduction de cotisation est octroyée aux adhérents et à leur conjoint qui bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2022. Cette réduction de cotisation est appelée « réduction dépendance ».

Le droit à « réduction dépendance » est ouvert :

- à compter de la date d'octroi de l'APA par le Conseil Général, pour les personnes qui en sont devenues bénéficiaires en 2026,
- à compter du 1er janvier 2026, pour les personnes qui bénéficiaient déjà de l'APA au 31 décembre 2025 (à la condition qu'ait été transmise à l'institution une pièce justificative prouvant leur droit à APA au cours d'au moins un des exercices 2024 ou 2025).

Le montant mensuel de la « réduction dépendance », tel que défini dans l'ANNEXE SOCIALE, est fonction :

- du lieu de résidence du bénéficiaire de l'APA (à domicile ou en EHPAD),
- pour les personnes qui résident à domicile, du niveau de perte d'autonomie apprécié par le Conseil général en application de la grille nationale AGGIR.

Pour tout bénéficiaire de la "réduction dépendance", le droit à réduction est irrévocablement acquis jusqu'au 31 décembre 2026; par exception, le décès du bénéficiaire de l'APA interrompt automatiquement le droit à réduction.

En cas d'évolution de la situation de dépendance (évolution du niveau de GIR si le bénéficiaire de l'APA réside à domicile, ou installation dans un EHPAD), et sous réserve de transmission d'un justificatif correspondant, le montant de la "réduction dépendance" est actualisé à la date de cette évolution.

En cas de transmission tardive de justificatif de l'ouverture du droit à APA (ou de justificatif d'une évolution de la situation de dépendance), et sous réserve des dispositions de l'avant dernier alinéa de l'article 6.6.a), le droit à "réduction dépendance" est accordé :

- avec une rétroactivité maximale de 24 mois par référence à la date de réception de la pièce correspondante.
- dans la limite de la durée de couverture au titre du présent règlement.

Article 7 - Versement des cotisations

L'adhérent, par la signature du bulletin d'adhésion, s'engage au paiement d'une cotisation à échéance annuelle, et ce tant que l'adhésion n'est pas dénoncée. Cette cotisation est payable d'avance; son paiement est fractionné mensuellement (*).

() Pour certaines adhésions intervenues avant le 31 décembre 2018, les cotisations sont appelées par échéances trimestrielles.*

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

Article 8 - Terme de l'adhésion - Conséquences sur les prestations et cotisations en cours

8.1 - TERME DE L'ADHÉSION

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

- en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent,
- en cas de résiliation à l'initiative de la Mutuelle BOISSIERE du BTP,
- automatiquement :
 - au jour du décès de l'adhérent,
 - ou à compter du jour où l'adhérent ne relève plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie français,
 - au dernier jour du mois d'affiliation à une couverture collective obligatoire assurée par la Mutuelle BOISSIERE ou par une autre entité relevant du périmètre des comptes combinés de la SGAPS BTP.

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

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent règlement doit signifier sa décision à l'institution par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

La résiliation par l'adhérent ne peut intervenir qu'après expiration d'un délai d'un an à compter de sa 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'adhérent, au dernier jour du mois 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'adhérent dans les conditions suivantes :

- au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle BOISSIERE du BTP a reçu notification de la résiliation, si l'adhérent relève d'une des situations suivantes :

- l'adhérent a formulé sa demande dans les 30 jours qui suivent l'envoi d'une communication l'informant d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (« ONDAM ») 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 ;

- à la veille du jour où il devient bénéficiaire d'une des couvertures complémentaires santé suivantes, et sous réserve que la demande ait été faite au plus tard au cours du mois calendaire suivant sa prise d'effet :

- affiliation obligatoire à une couverture de frais médicaux d'entreprise, en tant que salarié ou en tant qu'ayant droit,

- admission au bénéfice de la Complémentaire santé solidaire (avec ou sans participation financière)

Lorsque la résiliation a un effet rétroactif, les encaissements trop perçus sont alors remboursés sous déduction des montants trop versés.

Passé le délai mentionné ci-dessus la résiliation intervient au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle BOISSIERE du BTP a reçu notification de la demande.

- au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste, ou de la date de réception du support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, si les dates limite d'exercice du droit à résiliation n'ont pas été rappelées à l'adhérent dans son avis annuel d'échéance de cotisations,
- 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

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

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation de l'adhésion peut être prononcée sans préavis par la Mutuelle BOISSIERE du BTP. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle BOISSIERE du BTP qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

La Mutuelle BOISSIERE du BTP peut également suspendre les garanties ou mettre un terme à l'adhésion en cours d'exercice, dans le cadre suivant :

- en cas de défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation (indépendamment du droit pour 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, 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'adhérent des conséquences à venir dans l'hypothèse où le défaut de paiement des cotisations ne serait pas régularisé.

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

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

8.2 - PRESTATIONS ET COTISATIONS EN COURS AU TERME DE L'ADHÉSION

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

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

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

Article 9 - Réserve

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

10.2 - FAIT GÉNÉRATEUR

Est définie comme date du fait générateur :

- la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux,
- la date de délivrance pour les médicaments ou biens médicaux,
- la journée d'hospitalisation donnant lieu au forfait journalier 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 - Réserve

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'adhérent.

Le montant de la prestation est calculé :

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

Toute couverture mise en œuvre au titre du présent règlement respecte les obligations relatives au contrat dit « responsable » (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 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 » : notamment les équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, dans les conditions définies notamment 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. 871-1 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 .

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 obligatoire d'assurance maladie français dont relève le bénéficiaire, 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, lorsqu'ils sont complémentaires à la Sécurité sociale, les remboursements sont toujours versés dans la limite des sommes déclarées à cette dernière. Dans le cas où le cumul des prestations à servir, 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 sont 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 que pour les dépenses équivalentes sur leur territoire de domiciliation.

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 DE 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 dans les conditions définies par la réglementation, notamment en cas de renouvellement anticipé (tel que prévu par l'arrêté du 3 décembre 2018 - JO n°0288 du 13/12/2018, texte n°13 - ou par toute actualisation ultérieure).

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 l'adhérent 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 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 l'adhérent ou son ayant droit.

S'agissant des prothèses auditives, le forfait de remboursement est limité à un appareil par oreille, par période de quatre ans, dans les conditions définies par la réglementation (telles que définies par l'arrêté du 14 novembre 2018 - JO n°0265 du 16/11/2018, texte n°7 - ou par toute actualisation ultérieure).

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, 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 1er 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 1er janvier de la cinquième année suivant la date d'effet de l'adhésion.

L'ancienneté d'adhésion prise en compte intègre les éventuelles périodes d'affiliation en tant que salarié au règlement des frais médicaux collectifs de la Mutuelle BOISSIERE ou de BTP PREVOYANCE, si l'adhésion individuelle intervient dans les 6 mois suivant la sortie de cette couverture collective.

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.
- 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 contrats 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 ACO, 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP, l'adhérent doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

Dans tous les cas où les barèmes résultant de l'ANNEXE DES GARANTIES le nécessitent, l'adhérent peut être conduit à fournir tous éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

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 €. 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 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. La Mutuelle BOISSIERE du BTP met ainsi à disposition des professionnels de santé, des établissements et centres de santé, des services numériques permettant la mise en oeuvre 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 adhésion, tel que défini à l'article 8 :

- l'adhérent et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de la Mutuelle BOISSIERE du BTP;
- dans l'hypothèse où l'adhérent 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 - Délai de stage et de carence

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

Par exception, pour les postes de dépenses suivants :

- matériel médical,
- prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale
- prothèses auditives.

Les remboursements sont plafonnés à la garantie Boissière 1 au cours des douze mois qui suivent la date d'adhésion au présent règlement. Ce plafonnement de remboursement ne s'applique toutefois pas lorsque, dans les 6 mois précédant la date de l'adhésion au présent règlement, l'adhérent a été couvert en frais médicaux par la Mutuelle BOISSIERE du BTP ou par un autre organisme d'assurance relevant des comptes combinés de la SGAPS BTP.

En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion à un régime de frais médicaux individuels de la Mutuelle, puis qu'il a adhéré au présent règlement dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés à garantie Boissière 1 au cours des douze premiers mois de cette nouvelle adhésion.

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. 221-11 du Code de la mutualité, 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'adhérent, 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 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,
 - 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).

17.3 - DISPOSITIONS DIVERSES

L'historisation par la Mutuelle BOISSIERE du BTP des données conditionnant l'accès aux mesures d'attractivité de l'article 6.3 est fixée à 5 ans à compter du terme de la dernière adhésion individuelle. Cette durée fixe le délai de prescription au-delà duquel le droit aux dispositions dudit article est définitif, quelles qu'aient été les couvertures antérieures.

Article 18 - Recours contre tiers responsable

La Mutuelle BOISSIERE du BTP 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP a exposées, et dans les conditions et limites légales.

Article 19 - Déchéance de garanties en cas de fausse déclaration

Toute omission, réticence, fausse déclaration, fraude ou tentative de fraude, revêtant un caractère intentionnel établi par l'institution, dans les informations communiquées, y compris l'utilisation de documents ou de justificatifs inexacts, par l'adhérent ou ses ayants droit concernant l'existence, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre expose l'adhérent ou ses ayants droit à la déchéance de tout droit aux garanties du présent règlement pour le sinistre en cause et au rappel des prestations versées à tort.

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'adhérent 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;
- le cas échéant, pour la mise en œuvre de leur couverture, ses ayants droit doivent également communiquer 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 ayant conclu des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent règlement, les professionnels de santé se sont engagés à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire.

La Mutuelle Boissière 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 adhérents

Les informations et documents utiles à la bonne exécution du règlement sont adressés à l'adhérent 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'adhérent 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, l'institution pourra décider du retour à une relation par échanges sur support papier.

21.1 - INFORMATION LORS DE L'ADHÉSION ET DURANT 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 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP.

Pour toute réclamation concernant l'exécution du présent règlement, l'adhérent devra s'adresser à la Mutuelle BOISSIERE du BTP qui peut être saisie :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

la Mutuelle BOISSIERE du BTP - Réclamations
38 Rue Guy de Maupassant
76000 ROUEN

- soit par le biais de son internet (www.mutuelle-boissiere.fr).

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

L'adhérent est informé :

- qu'après avoir échangé avec le service en charge du traitement des réclamations, si la réponse apportée ne le satisfait pas et en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, il peut s'adresser par écrit au Médiateur de la Consommation pour le règlement de litige extrajudiciaire :

- soit à l'adresse suivante :

CM2C
Médiateur de la Consommation
49 rue de Ponthieu
75008 PARIS

- soit en déposant une demande sur le site Internet www.cm2c.net
- soit en déposant une demande sur le site Internet www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip
- 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 réclamation écrite. Il est précisé Médiateur de la Consommation 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 MODIFICATION DES CONDITIONS DE COUVERTURE

Les adhérents sont informés par écrit, conformément aux modalités prévues au premier alinéa de l'article 21, de toute modification apportée aux articles 1 à 21 du présent règlement, et de manière générale suite à toute évolution dans les cotisations et/ou les garanties.

Après information des adhérents 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

Les données personnelles de l'adhérent, ainsi le cas échéant que celles de ses bénéficiaires, sont traitées par la Mutuelle BOISSIERE du BTP, 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 contrats le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), prospection commerciale (par courrier postal, téléphone, et par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits), par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition de l'adhérent qu'il peut exercer 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 de l'adhérent, aux fins de prospection commerciale par email, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits.

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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP, 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP , 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 s'exercent en justifiant de son identité, par courrier postal à « la Mutuelle BOISSIERE du BTP - DPO - 38 Rue Guy de Maupassant 76000 ROUEN ». Ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

La Mutuelle BOISSIERE du BTP dispose d'un délégué à la protection des données (DPO) qui peut être contacté par courrier au 38, rue Guy de Maupassant, 76000 ROUEN.

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.

ANNEXES

VOS GARANTIES SANTÉ

BTP Santé Boissière Boissière 1

Valeurs applicables en 2026

Contrat responsable : respect des obligations résultant des dispositions de l'article L.871.1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application.

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.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations et visites (généralistes, spécialistes)

70%

100% BR

Radiologie

70%

110% BR

Soins externes

80% / 70%

100% BR

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux

80%

110% BR

Soins infirmiers

80%

110% BR

Prélèvements

80%

110% BR

Transport

55%

110% BR

Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la SS.

80%

100% BR

Analyses et examens de laboratoire

Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers

80%

110% BR

Analyses

80%

110% BR

Médicaments

Pharmacie

15% / 30% / 65%

100% BR

Contraception prescrite non remboursée par la SS ⁽¹⁾

-

30€ /an / bénéficiaire

Médicaments non remb. SS ⁽²⁾⁽³⁾

-

20€/an/bénéf. Maximum de 50€/an/famille

Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale

-

Forfait 15€ par vaccin

Matériel médical

Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹²⁾

80%

100% BR

Appareils et Matériels PEC Renforcée ⁽¹⁹⁾

80%

100%FR dans la limite des PLV

Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la SS

80%

400€ par an par bénéficiaire

HOSPITALISATION

Honoraires

Hospitalisation : frais de séjour, honoraires

80%

110% BR (130% BR si méd. adhérent OPTAM)

Forfait journalier hospitalier

Forfait hospitalier ⁽⁴⁾

-

100% dès le premier jour

Autres prestations d'hospitalisation

Participation Forfaitaire pour les actes supérieurs à 120€

-

100% du forfait

Chambre particulière (dès le 1er jour)

-

20€/jour max 90j/hospi.

Lit accompagnant enfants moins de 12 ans

-

Limité à 23€ par jour

Forfait patient Urgence ⁽²³⁾

-

100% du forfait

OPTIQUE

Equipement 100% santé

Equipement optique 100% santé ⁽⁵⁾

80%

Frais réels

Autres équipements optique (verres et monture)

Monture optique

80%

100€ max monture

Equipement optique libre à verres unifocaux ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

80%

100%BR + 200€

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.	Part de la Sécurité sociale	GARANTIES (Part SS incluse)
Equipement optique libre à verres progressifs ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	60%	100%BR + 200€
Lentilles		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾	60%	100% BR + 100€
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	80€ /an/bénéficiaire
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé		
Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹³⁾⁽¹²⁾	60%	Frais réels
Soins dentaires		
Soins dentaires	60%	100% BR
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires à honoraires libres ⁽¹²⁾	60%	350% BR
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾	60%	350% BR
Orthodontie		
Orthodontie (pris en charge par le Régime Obligatoire)	100%/60%	200% BR
AIDES AUDITIVES		
Equipement 100% santé		
Prothèses auditives 100% Santé ⁽¹⁸⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾	60%	Frais réels
Prothèses auditives		
Prothèses auditives ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾	60%	950€ / oreille
Accessoires prothèses auditives ⁽¹⁷⁾	60%	100%BR
Prothèses auditives (bénéficiaires de moins de 20 ans) ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾	60%	1400€ / oreille
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES		
Cure thermale ⁽²⁰⁾	65%	100% BR
Densitométrie osseuse non remboursée ⁽²¹⁾	-	Forfait 40€ par an
Sport sur Ordonnance : Adhérents en ALD ⁽²²⁾	-	200€ par an par bénéficiaire

Legende

- (1) Contraception Féminine, Masculine et Test de Grossesse. Sur prescription médicale. Par an et par bénéficiaire.
- (2) Pharmacie non remboursée : uniquement sur prescription médicale /le médicament doit être répertorié dans la base de données publiques des médicaments (sur présentation de justificatifs)
- (3) Les médicaments non remboursés incluent les médicaments antipaludéens.
- (4) Non limité en nombre. Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale. Les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (5) Equipement 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.
- (6) Les forfaits monture et verres simples ne sont pas cumulables avec les forfaits monture et verres progressifs. Forfait par bénéficiaire.
- (7) 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.
- (8) Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/28 texte n°13).
- (9) La monture est limitée à 100€
- (10) Sous condition que la Sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.
- (11) Montant en euros : forfait annuel par personne, pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale.
- (12) Le remboursement annuel est plafonné par bénéficiaire suivant modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà, le remboursement est limité au ticket modérateur, sauf pour les garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "100% Santé"
- (13) 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.

(14) 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.

(15) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

(16) Le remboursement annuel est plafonné par bénéficiaire suivant modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà, le remboursement est limité au ticket modérateur, sauf pour les garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "100% Santé"

(17) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants : Ecouteur, Microphone, Embout auriculaire (1/ an/appareil, 4 si enfant de moins de 2 ans), Pile sans mercure.

(18) 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. L165-1 du code de la SS.

(19) Matériel Médical relevant du "100% Santé", tel que défini par la réglementation du contrat responsable (art. R. 871-2 du code de la Sécurité sociale)

(20) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.

(21) Forfait par an et par bénéficiaire.

(22) Pour tous les adhérents en affection de Longue durée (ALD), sur prescription médicale, auprès d'un professionnel agréé en Activité Physique Adaptée (APA)

(23) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale. Non limité en nombre et sans limitation de durée.

Lexique

FR : frais réels

RS : remboursement de la Sécurité sociale

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

NC : non conventionné

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

PLV : Prix limite de vente

VOS GARANTIES SANTÉ

BTP Santé Boissière Boissière 2

Valeurs applicables en 2026

Contrat responsable : respect des obligations résultant des dispositions de l'article L.871.1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application.

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.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations et visites (généralistes, spécialistes)

70%

180%BR (200% si méd. adhérent OPTAM)

Actes techniques médicaux

70%

180%BR (180%BR si médecin OPTAM)

Radiologie

70%

180%BR (180%BR si médecin OPTAM)

Soins externes

80% / 70%

180%BR (180%BR si médecin OPTAM)

Honoraires paramédicaux

Transport

55%

170%BR

Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la SS.

80%

100% BR

Analyses et examens de laboratoire

Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers

80%

180%BR

Médicaments

Médicaments non remb. SS ⁽¹⁾⁽²⁾

-

40€/an/bénéf. Maximum de 100€/an/famille

Pharmacie

15% / 30% / 85%

100% BR

Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale

-

Forfait 30€ par vaccin

Contraception prescrite non remboursée par la SS ⁽²³⁾

-

40€ / an / bénéficiaire

Matériel médical

Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹⁴⁾

80%

300% BR

Appareils et Matériels PEC Renforcée ⁽²⁰⁾

80%

100%FR dans la limite des PLV

Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la SS

80%

500€ par an par bénéficiaire

HOSPITALISATION

Honoraires

Hospitalisation : frais de séjour, honoraires

80%

180% BR (180% si méd. adhérent OPTAM)

Forfait journalier hospitalier

Forfait hospitalier ⁽⁴⁾

-

100% dès le premier jour

Autres prestations d'hospitalisation

Participation Forfaitaire pour les actes supérieurs à 120€

-

100% du forfait

Forfait patient Urgence ⁽³⁾

-

100% du forfait

Chambre particulière (dès le 1er jour)

-

80€/jour max 90j/hospi.

Lit accompagnant enfants moins de 12 ans

-

Limité à 30€/jour

OPTIQUE

Equipement 100% santé

Equipement optique 100% santé ⁽¹⁰⁾

80%

Frais réels

Autres équipements optique (verres et monture)

Equipement optique libre à verres unifocaux ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

80%

100% BR + 400€

Equipement optique libre à verres progressifs ⁽⁹⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

80%

100% BR + 400€

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.	Part de la Sécurité sociale	GARANTIES (Part SS incluse)
Implant multifocal optique	-	300€ /oeil /an /bénéficiaire
Lentilles		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	80%	100% BR + 200€
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	180€/an/bénéficiaire (max 320€/an/famille)
Chirurgie réfractive de la vue		
Chirurgie de la vue non remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾	-	300€ /oeil /an /bénéficiaire
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé		
Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹³⁾	60%	Frais réels
Soins dentaires		
Soins dentaires	60%	100% BR
Actes Inlay-Onlay	60%	130%BR
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires à honoraires libres	60%	450% BR (350%BR si délai de stage)
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾	60%	450% BR + (350%BR si délai de stage)
Orthodontie		
Orthodontie (pris en charge par le Régime Obligatoire)	100%/60%	300% BR
Implants		
Implant dentaire	-	200€ / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES		
Equipement 100% santé		
Prothèses auditives 100% Santé ⁽¹⁹⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾	60%	Frais réels
Prothèses auditives		
Prothèses auditives ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾	60%	1000€ / oreille
Accessoires prothèses auditives ⁽¹⁸⁾	60%	100%BR
Prothèses auditives (bénéficiaires de moins de 20 ans) ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾	60%	1450€ / oreille
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES		
Cure thermale ⁽²¹⁾	65%	100% BR + Forfait 150€
Médecines douces agréées ⁽²²⁾	-	40€ /séance (max 2/an/bénéf.)
Densitométrie osseuse non remboursée	-	Forfait 60€ par an
Sport sur Ordonnance : Adhérents en ALD ⁽²⁴⁾	-	200€ par an par bénéficiaire
Pédicurie, Podologie	-	40€/An et /Bénéficiaire

Légende

- (1) Pharmacie non remboursée : uniquement sur prescription médicale /le médicament doit être répertorié dans la base de données publiques des médicaments (sur présentation de justificatifs)
- (2) Les médicaments non remboursés incluent les médicaments antipaludéens.
- (3) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale. Non limité en nombre et sans limitation de durée.
- (4) Non limité en nombre. Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale. Les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (5) Les forfaits monture et verres simples ne sont pas cumulables avec les forfaits monture et verres progressifs. Forfait par bénéficiaire.
- (6) 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.
- (7) Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/28 texte n°13).
- (8) La monture est limitée à 100€
- (9) Sous condition que la Sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.
- (10) Equipement 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.
- (11) Par oeil, par personne et par an.
- (12) Inclus implants oculaires considérés comme prothèses non remboursées par la Sécurité sociale
- (13) 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.
- (14) Le remboursement annuel est plafonné par bénéficiaire suivant modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà, le remboursement est limité au ticket modérateur, sauf pour les garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "100% Santé"
- (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) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (17) Le remboursement annuel est plafonné par bénéficiaire suivant modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà, le remboursement est limité au ticket modérateur, sauf pour les garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "100% Santé"
- (18) S'entend comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants : Ecouteur, Microphone, Embout auriculaire (1/an/appareil, 4 si enfant de moins de 2 ans), Pile sans mercure.
- (19) 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. L165-1 du code de la SS.
- (20) Matériel Médical relevant du "100% Santé", tel que défini par la réglementation du contrat responsable (art. R. 871-2 du code de la Sécurité sociale)
- (21) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (22) Ostéopathe,Chiropracteur,Diététicien,Etiopathe,Acupuncteur,Psychomotricien,
Séances de psychologues non remboursées SS. Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de de type ADELI. Soins effectués en France métropolitaine uniquement
- (23) Contraception Féminine, Masculine et Test de Grossesse. Sur prescription médicale. Par an et par bénéficiaire.
- (24) Pour tous les adhérents en affection de Longue durée (ALD), sur prescription médicale, auprès d'un professionnel agréé en Activité Physique Adaptée (APA)

Lexique

FR : frais réels

RS : remboursement de la Sécurité sociale

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

NC : non conventionné

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

PLV : Prix limite de vente

VOS GARANTIES SANTÉ

BTP Santé Boissière Boissière 3

Valeurs applicables en 2026

Contrat responsable : respect des obligations résultant des dispositions de l'article L.871.1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application.

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.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations et visites (généralistes, spécialistes)

70%

200%BR(230% si méd. adhérent OPTAM)

Consultations (généralistes, spécialistes, psychiatres)

70%

200%BR(230% si méd. adhérent OPTAM)

Actes techniques médicaux

70%

200%BR(230% si méd. adhérent OPTAM)

Radiologie

70%

200%BR(230% si méd. adhérent OPTAM)

Soins externes

60% / 70%

200%BR(230% si méd. adhérent OPTAM)

Honoraires paramédicaux

Transport

55%

200%BR

Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la SS.

60%

100% BR

Analyses et examens de laboratoire

Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers

60%

200%BR

Médicaments

Médicaments non remb. SS ⁽¹⁾

-

50€/an/bénéf. Max.de 130€/an/famille

Pharmacie

15% / 30% / 65%

100% BR

Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale

-

Forfait 50€ par vaccin

Contraception prescrite non remboursée par la SS ⁽²³⁾

-

80€/an/bénéficiaire

Matériel médical

Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹⁴⁾

60%

400% BR

Appareils et Matériels PEC Renforcée ⁽²⁰⁾⁽¹⁹⁾

60%

100%FR dans la limite des PLV

Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la SS

60%

600€ par an par bénéficiaire

HOSPITALISATION

Honoraires

Hospitalisation : frais de séjour, honoraires

80%

200%BR(260% si méd. adhérent OPTAM)

Forfait journalier hospitalier

Forfait hospitalier ⁽³⁾

-

100% dès le premier jour

Autres prestations d'hospitalisation

Participation Forfaitaire pour les actes supérieurs à 120€

-

100% du forfait

Forfait patient Urgence ⁽²⁾

-

100% du forfait

Chambre particulière (dès le 1er jour)

-

100€/jour max 90j/hospi.

Lit accompagnant enfants moins de 12 ans

-

Limité à 30€/jour

OPTIQUE

Equipement 100% santé

Equipement optique 100% santé ⁽⁹⁾

60%

Frais réels

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.	Part de la Sécurité sociale	GARANTIES (Part SS incluse)
Autres équipements optique (verres et monture)		
Équipement optique libre à verres unifocaux ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60%	100% BR + 420€
Équipement optique libre à verres progressifs ⁽⁸⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60%	100% BR + 550€
Implant multifocal optique ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾	-	400€ /oeil/an/bénéf
Lentilles		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾	60%	100%BR + 220€
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	190€/an/bénéficiaire (max 380€/an/famille)
Chirurgie réfractive de la vue		
Chirurgie de la vue non remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾	-	400€ /oeil/an/bénéf
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé		
Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹⁵⁾⁽¹⁴⁾	60%	Frais réels
Soins dentaires		
Soins dentaires	60%	100% BR
Actes Inlay-Onlay	60%	150% BR
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires à honoraires libres ⁽¹⁴⁾	60%	450% BR (350%BR si délai de stage)
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾	60%	450% BR (350%BR si délai de stage)
Orthodontie		
Orthodontie (pris en charge par le Régime Obligatoire)	100%/60%	400% BR 200€ par semestre(maximum 6 consécutifs)/adulte
Orthodontie refusée	-	
Implants		
Implant dentaire	-	300€ /an/bénéf.
AIDES AUDITIVES		
Équipement 100% santé		
Prothèses auditives 100% Santé ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾	60%	Frais réels
Prothèses auditives		
Prothèses auditives ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾	60%	1100€ / oreille
Prothèses auditives (bénéficiaires de moins de 20 ans) ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾	60%	1500€ / oreille
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES		
Cure thermale ⁽²¹⁾	65%	100% BR + Forfait 200€
Médecines douces agréées ⁽²²⁾	-	50€ /séance (max 2/an/bénéf.)
Densitométrie osseuse non remboursée	-	Forfait 80€ par an
Sport sur Ordonnance : Adhérents en ALD ⁽²⁴⁾	-	300€ par an par bénéficiaire
Pédicurie, Podologie	-	50€/An et /Bénéficiaire

Légende

(1) Pharmacie non remboursée : uniquement sur prescription médicale /le médicament doit être répertorié dans la base de données publiques des médicaments (sur présentation de justificatifs)

(2) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale. Non limité en nombre et sans limitation de durée.

- (3) Non limité en nombre. Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale. Les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4) Les forfaits monture et verres simples ne sont pas cumulables avec les forfaits monture et verres progressifs. Forfait par bénéficiaire.
- (5) 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.
- (6) Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/28 texte n°13).
- (7) La monture est limitée à 100€
- (8) Sous condition que la Sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.
- (9) Equipement 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.
- (10) Montant en euros : forfait annuel par personne, pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale.
- (11) Pour les ETAM et les cadres, cette prestation est prise en charge par la Garantie Chirurgie-Naissance du régime de prévoyance.
- (12) Par oeil, par personne et par an.
- (13) Inclus implants oculaires considérés comme prothèses non remboursées par la Sécurité sociale
- (14) Le remboursement annuel est plafonné par bénéficiaire suivant modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà, le remboursement est limité au ticket modérateur, sauf pour les garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "100% Santé"
- (15) 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.
- (16) 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.
- (17) 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. L165-1 du code de la SS.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale.
- (19) Le remboursement annuel est plafonné par bénéficiaire suivant modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà, le remboursement est limité au ticket modérateur, sauf pour les garanties à prise en charge renforcée dans le cadre du "100% Santé"
- (20) Matériel Médical relevant du "100% Santé", tel que défini par la réglementation du contrat responsable (art. R. 871-2 du code de la Sécurité sociale)
- (21) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (22) Ostéopathe,Chiropracteur,Diététicien,Etiopathe,Acupuncteur,Psychomotricien,
Séances de psychologues non remboursées SS. Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de de type ADELI. Soins effectués en France métropolitaine uniquement
- (23) Contraception Féminine, Masculine et Test de Grossesse. Sur prescription médicale. Par an et par bénéficiaire.
- (24) Pour tous les adhérents en affection de Longue durée (ALD), sur prescription médicale, auprès d'un professionnel agréé en Activité Physique Adaptée (APA)

Lexique

FR : frais réels

RS : remboursement de la Sécurité sociale

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

NC : non conventionné

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

PLV : Prix limite de vente

**Règlement de frais médicaux individuels des Retraités
ANNEXE SOCIALE au 1er janvier 2026
Réductions mises en œuvre**

Régime Général et Régime Alsace-Moselle

Réductions en fonction de la situation de l'adhérent :

Situation de l'adhérent	Réduction mensuelle de cotisation pour l'exercice civil 2025	
	TTC(1)	HT(2)
Si l'adhérent est bénéficiaire de l'APA(a) : - si hébergement en EHPAD (ouvrant droit à l'APA)	60,00 €	52,97 €
- à défaut, si GIR 1 ou 2	40,00 €	35,31 €
- à défaut, si GIR 3	30,00 €	26,49 €
- à défaut, si GIR 4	20,00 €	17,66 €
À défaut, si la pension de retraite de l'adhérent est exonérée de CSG-CRDS (ou si tel a été le cas au cours d'un des cinq exercices précédents)(b) ' '	10,00 €	8,83 €
À défaut, si l'adhérent justifie d'au moins 30 ans d'ancienneté BTP(b)	6,00 €	5,30 €

a) Lorsque l'adhésion couvre un conjoint bénéficiaire de l'APA, ces mêmes montants de réduction sociale lui seront accordés, en fonction de son niveau de dépendance.

b) Si l'adhésion couvre également le conjoint, le montant de la réduction de cotisation est doublé.

1) Montant y compris les taxes applicables au 1er janvier 2025 : TSA à 13,27%.

En cas de relèvement du taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a délégation de pouvoir pour maintenir les cotisations TTC inchangées, le montant HT étant automatiquement diminué à due proportion,
- à défaut, les cotisations TTC sont automatiquement actualisées à due proportion.

(2) Montant après déduction des taxes applicables au 1er janvier 2025.

L'écart des taux s'explique par la prise en compte de la TSA pour 13,27% des cotisations.

En cas de relèvement du taux de ces taxes en cours d'année :

- le Conseil d'administration a délégation de pouvoir pour maintenir les cotisations TTC inchangées, le montant HT étant automatiquement diminué à due proportion,
- à défaut, les cotisations TTC sont automatiquement actualisées à due proportion.

INSTITUTION DE PREVOYANCE DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS BTP-PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale – Siège social : 7 rue du Regard
75006 PARIS – SIREN 784 621 468

MUTUELLE BOISSIERE DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS - Siège social : 38 rue Guy de Maupassant 76000
ROUEN - SIREN 781 123 245

