

# RÈGLEMENT MUTUALISTE BTP SANTÉ ARTISANS BOISSIÈRE

2025

MBBTP



**PRO BTP**  
GROUPE

## Article 1 - Objet

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité.

Il a pour objet de rembourser, tout ou partie du solde de dépenses laissé à la charge des adhérents, et le cas échéant, de leurs ayants droit par le régime obligatoire de Sécurité sociale français dont ils relèvent, à la suite du paiement de dépenses de santé.

Les garanties reposent sur plusieurs options avec une progression de niveaux de remboursements.

"BTP Santé Artisans" est un contrat d'assurance de groupe, à adhésion facultative, en faveur de ses membres ouvrant droit au régime fiscal prévu par la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite "loi Madelin".

Le contrat d'assurance de groupe prend effet le 1er janvier 2025 pour une période d'un an.

Il se renouvellera ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception, trois mois au moins avant son échéance qui ne peut intervenir qu'au terme d'une année civile.

## Article 2 - Adhérents

Peuvent adhérer à ce contrat :

- Tout Travailleur Non Salarié (TNS) à condition qu'il soit en activité. Par exception, tout TNS ayant fait valoir ses droits retraite au titre des régimes de base ne peut adhérer qu'avant la fin du 12eme mois qui suit la date de liquidation de sa retraite au titre de ces régimes.
- À défaut de l'adhésion du Travailleur Non Salarié, son Conjoint collaborateur sous réserve qu'il bénéficie de ce statut au titre de la Sécurité Sociale des Indépendants et 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.
- Tout ancien ayant droit d'un Travailleur Non Salarié, précédemment couvert en qualité d'ayant droit et qui ne peut plus être couvert en qualité d'ayant droit à la suite à l'un des évènements suivants : décès de l'adhérent, divorce, rupture de PACS, séparation de corps. Dans ce dernier cas, l'adhésion est possible dans les douze mois qui suivent l'évènement et sous réserve qu'il soit membre de l'association contractante.

L'adhésion n'est possible que pour les ressortissants relevant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale de France métropolitaine, Corse comprise.

Toutefois, en cas de résiliation effectuée dans le cadre du premier alinéa de l'article L. 113-15-2 du Code des assurances, la résiliation intervient après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

Dans ce cas, la prise d'effet de la résiliation intervient :

- 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'association contractante, au dernier jour du mois suivant celui au cours duquel la Mutuelle BOISSIERE du BTP a reçu notification de la résiliation.

## Article 3 - Modalité de l'adhésion

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 contrat.

La signature du bulletin d'adhésion au contrat 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 valide.

Après obtention du consentement de l'adhérent à poursuivre le processus d'adhésion sur un support durable autre que le papier, les documents précontractuels et contractuels lui seront adressés par courrier électronique.

Le bulletin d'adhésion est signé électroniquement par l'adhérent.

Durant le processus d'adhésion au contrat, l'adhérent peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, et à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant 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.

Le bulletin d'adhésion précise notamment :

- la catégorie (prévue par l'article 2) au titre de laquelle l'adhésion est sollicitée,
- la date de naissance et le lieu de naissance ainsi que le lieu de domiciliation du candidat à l'adhésion,
- la désignation des personnes couvertes par le contrat,
- la date d'effet du contrat,
- 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 ou d'une société d'assurance ou auprès d'un organisme de base gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire). A 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 dépenses de santé de l'adhérent durant toute période de double couverture (que ces versements aient été effectués à l'intéressé, ou auprès de tiers dans le cadre de conventions de tiers payant).

Toute demande d'adhésion s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 20 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion. Ce droit à renonciation est pris en compte par la Mutuelle BOISSIERE du BTP si les deux conditions suivantes sont remplies :

- le droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires 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,
- 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 réception de la demande de renonciation.

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

"Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon contrat "BTP Santé Artisan" (numéro d'adhésion indiqué dans les conditions particulières) et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre.

(date, nom, prénom, adresse, signature)."

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

La Mutuelle BOISSIERE du BTP notifie l'enregistrement de l'adhésion par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

## Article 4 - Bénéficiaires

Les personnes pouvant bénéficier de prestations au titre du présent contrat - 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 obligatoire d'assurance maladie de France métropolitaine, Corse comprise, ou 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 ou 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. 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'une couverture de protection sociale complémentaire 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,
  - b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre,
  - c) l'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union, 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 l'adhérent.

L'existence d'un domicile commun au sens du a) s'entend par l'une des justifications suivantes :

- l'adhérent et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent,
- l'adhérent et son concubin sont domiciliés à la même adresse auprès de leur(s) organisme(s) de base d'Assurance Maladie,
- l'adhérent et son concubin font l'objet d'une facturation commune par la société qui fournit leur domicile principal en électricité et/ou en gaz,
- l'adhérent et son concubin disposent d'un compte bancaire conjoint.

## 4.2 - NOTION D'ENFANT BÉNÉFICIAIRE

### 4.2.a) Pour les adhérents actifs

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

- nés de l'adhérent, ou adoptés par l'adhérent, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice,
- nés du conjoint (tel que défini à l'article 4.1) ou adoptés par le conjoint, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice, si celui-ci est lui-même bénéficiaire du présent contrat,
- 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 contrat.

### 4.2.b) Pour les adhérents retraités

L'adhérent est considéré comme Retraité s'il a fait valoir ses droits retraite auprès des régimes obligatoires d'assurance vieillesse.

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 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 contrat, 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 santé obligatoire d'entreprise ou de la Complémentaire santé solidaire ;
- fin de couverture d'un ayant droit au titre d'une couverture complémentaire santé 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, modification de l'adhésion**

### **5.1 - DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION**

La date d'effet de l'adhésion est spécifiée sur le bulletin d'adhésion. Cette date est fixée, au 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 interrompue suite au décès de l'adhérent, à un divorce, à une rupture de PACS ou à une séparation de corps, la date d'effet de l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de la date de cette interruption.
- si au cours des six derniers mois, l'adhérent bénéficiait de droits collectifs qui ont été interrompus au jour de fin de son dernier contrat de travail, l'adhésion peut être fixée rétroactivement au lendemain de cette même date.

L'adhésion est conclue pour une période de douze mois à compter de la date de l'adhésion. Elle se renouvelle ensuite annuellement 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 contrat.

### **5.2 - DATE D'EFFET 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 du conjoint de l'adhérent 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 un régime d'assurance vieillesse obligatoire.

### **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 Boissière du BTP. 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 - Déterminations des 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.

Ce montant est fonction :

- de la combinaison retenue par l'adhérent dans les différents niveaux de couverture proposés pour chacun des modules, ainsi que des éventuels suppléments additionnels qu'il a choisis,
- de la composition familiale déclarée à la Mutuelle Boissière du BTP (sauf cas de gratuité définis ci-dessous),
- de l'âge de l'adhérent apprécié au 31 décembre de l'exercice (dans la limite de 70 ans révolus).
- de son lieu de résidence (apprécié au 1er janvier de l'exercice).

Pour toute adhésion jusqu'à 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 de l'adhésion.

Les cotisations stipulées dans l'ANNEXE TARIFAIRE sont actualisées chaque année sur décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle BOISSIERE du BTP, en fonction des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisible des soins de santé et des modifications d'ordre législatif ou conventionnel.

### **6.2 - GRATUITÉ DE COUVERTURE DE CERTAINS ENFANTS**

#### **6.2 a) Enfants d'adhérent retraité**

Les enfants à charge, au sens de l'article 4.2, sont couverts sans contrepartie de cotisations.

#### **6.2 b) Enfants des autres adhérents**

Certains enfants sont couverts gratuitement par la Mutuelle Boissière du BTP. Cette couverture gratuite est mise en œuvre dans les situations suivantes :

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

couverture, seuls deux enfants sont pris en compte pour la détermination de la cotisation. Tout enfant, à compter du troisième, est couvert à titre gratuit.

## **6.3 - GRATUITÉ TEMPORAIRE DE COTISATIONS**

Certains artisans peuvent bénéficier de dispositifs spécifiques de réductions de cotisations, dans les conditions définies à l'annexe « Réductions tarifaires » jointe au présent contrat.

### **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 le contrat n'est pas dénoncé. Cette cotisation est payable d'avance ; son paiement peut être fractionné par mois ou par trimestre.

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 contrat intervient dans l'un des cas suivants :

- en cas de non-renouvellement ou de résiliation du contrat groupe,
- 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 1er jour du mois qui suit l'affiliation à une couverture obligatoire de l'entreprise.

#### **8.1.a) Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent**

Tout adhérent qui souhaite mettre un terme à son adhésion au présent contrat doit signifier sa décision à la Mutuelle BOISSIERE du BTP par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances.

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 les Assureurs ont 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 contrat ou d'un changement dans la coassurance qui lui est applicable,
  - cessation définitive d'activité professionnelle, retraite professionnelle, changement de profession,
  - l'adhérent a été admis au bénéfice de la Complémentaire santé solidaire,



- 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. 113-14 du Code des assurances, 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 la Mutuelle BOISSIERE du BTP au moins deux mois auparavant.

### **8.1.b) Résiliation de l'adhésion à l'initiative la Mutuelle BOISSIERE du BTP**

L'adhérent, à condition d'avoir payé sa cotisation, ne peut être exclu sauf en cas de fausse déclaration.

En cas de fraude ou de mauvaise foi constatée dans les déclarations effectuées sur le bulletin d'adhésion (cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle), la résiliation peut être prononcée sans préavis par la Mutuelle BOISSIERE du BTP dans les conditions prévues par le code de la Mutualité. Toutes les cotisations acquittées (au titre des périodes échues ou versées d'avances) demeurent alors acquises à la Mutuelle BOISSIERE du BTP 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, et conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du code des assurances, 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 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'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 rouverts 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 contrat,
- et s'il régularise l'intégralité de ses cotisations arriérées ou venues à échéance durant la période de suspension.

### **8.1.c) Non-renouvellement ou résiliation du contrat groupe**

En cas de non renouvellement ou résiliation du contrat groupe, la Mutuelle BOISSIERE du BTP est dans l'obligation :

- d'informer les adhérents au moins trois mois à l'avance, en leur signalant que les effets de leur adhésion à ce contrat seront interrompus au 31 décembre de l'année en cours\*,
- de ne plus accepter de nouvelles adhésions au titre du présent contrat,
- toutefois, sur demande du bénéficiaire, ils maintiendront une couverture d'assurance santé complémentaire sous forme de contrat individuel, sans réduction des garanties et aux conditions tarifaires et de revalorisation identiques pour l'ensemble des anciens membres.

*\* Toutefois, dans le cas d'une résiliation effectuée par la Mutuelle BOISSIERE du BTP dans le cadre du premier alinéa de l'article L.113-15-2 du Code des assurances, la Mutuelle informe les adhérents dès que possible de la fin de leur contrat, en indiquant sa date d'échéance.*

## 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 contrat prennent fin au jour du terme de la souscription ou 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.

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

### 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 (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 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 - Réserve

## Article 12 - Prestation, étendue des garanties

### 12.1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX PRESTATIONS

Pour tout bénéficiaire 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 contrat respecte les obligations relatives au contrat dit « responsable » (notamment les plachers, les plafonds, obligations et les interdictions de prise en charge) résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est 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 à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et dans 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, la Mutuelle BOISSIERE du BTP a compétence pour apporter les adaptations nécessaires au présent contrat.

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 le régime obligatoire d'assurance maladie français, dont relève l'adhérent, 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 servies, tant par la Mutuelle Boissière du BTP que par le régime de base d'assurance maladie ou par d'autres organismes complémentaires santé, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations du présent contrat 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 obligatoire d'assurance maladie français dont relève l'adhérent sont remboursées par les Assureurs 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 l'adhérent ne font l'objet d'aucun remboursement.

Sous réserve des dispositions du second alinéa 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 de la compétence 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 (telle que prévue par l'arrêté du 3 décembre 2018 -JO n°0288 du 13/12/2018. texte n°13- ou 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 Boissière 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.

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.

## **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,
- 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 cadre des contrats qui prévoient la prise en charge de dépassements tarifaires pratiqués par les médecins, le niveau de prise en charge défini dans l'ANNEXE DES GARANTIES est différencié selon que le médecin ait ou non adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM CO, ou dispositif équivalent) mentionnée 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.

Lorsque, 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.

**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 2025. Ce paiement s'effectue par virement bancaire.

Toute somme inférieure au plancher fixé ci-dessus au terme d'une année reste provisionnée au compte de l'intéressé. Elle est ainsi versée à l'adhérent dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

### Article 15 - Tiers payant

Les modalités de versement des prestations respectent les dispositions de l'article L. 871-1 et L.871-2 du Code de la Sécurité sociale (et de tout décret pris pour leur application) relatives aux mécanismes de tiers payant. Les Assureurs mettent ainsi à disposition des professionnels de santé, des établissements et centre 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, le remboursement est destiné au professionnel de santé signataire et/ou bénéficiaire de la convention. Dans ce cas, le plancher de versement de la prestation visé à l'article 14 ne s'applique pas.

Au terme de leur affiliation, tel que défini à l'article 8 :

- l'adhérent et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de Tiers payant aux services gestionnaires de 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

Les garanties accordées s'appliquent au premier jour d'effet de l'adhésion au présent contrat, quel que soit le niveau de garanties retenu.

En outre, lorsque l'adhérent a résilié son adhésion au présent contrat au titre des dispositions de l'article L. 113-15-2 du Code des assurances, puis qu'il a adhéré au présent contrat dans les 6 mois qui s'ensuivent, les remboursements sont plafonnés à la garantie BOISSIERE PRIMO 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 au Code de la Mutualité, toutes les actions en justice relatives aux droits et obligations nés du présent contrat 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, adressé :
  - 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).

## Article 18 - Recours contre tiers responsable

La Mutuelle BOISSIERE du BTP est subrogée de plein droit à l'adhérent et/ou à ses ayants droits 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'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 concluant des conventions de tiers payant dans le cadre de l'article 15 du présent contrat, 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 adhérents

S'il accepte la dématérialisation de la relation contractuelle, l'adhérent consent à recevoir les informations et documents utiles à la bonne exécution du contrat sur support durable dans son espace client ouvert sur le site Internet [www.probtp.com](http://www.probtp.com).

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 documents et informations répondant 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 LA MISE PLACE DE L'ADHÉSION

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

- 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 contrat 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 contrat, l'adhérent devra 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](http://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 satisfaisait pas, en tout état de cause deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, il peut s'adresser par écrit 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](http://www.cm2c.net)

- que la saisine de la Médiation 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 la Médiation n'a pas compétence pour répondre à des demandes d'information sur les droits et obligations nés du présent contrat ;

- que la Mutuelle BOISSIERE du BTP et le présent contrat sont soumis au contrôle de L'AUTORITÉ DE CONTROLE 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 contrat.

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 contrat, 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 né du présent contrat, celui-ci peut dénoncer son adhésion dans un délai de 30 jours suivant son information.

### **21.3 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

La Mutuelle BOISSIERE du BTP est responsable des traitements qu'elle réalise sur les données personnelles des adhérents et de leurs bénéficiaires pour l'exécution du présent contrat.

Pour l'exécution du présent contrat, la Mutuelle BOISSIERE du BTP est susceptible de collecter et de traiter les données suivantes des adhérents et bénéficiaires : informations 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 au contrat, données de santé ou autres données particulières (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de transaction.

Ces données ainsi collectées sont traitées par la Mutuelle BOISSIERE du BTP aux fins de :

- (i) adhésion, gestion et exécution du présent contrat,
- (ii) réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de leurs collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction de la situation de l'adhérent (score d'appétence), 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 qui 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 e-mail, 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.

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, 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 leurs systèmes d'information.

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

Sauf exception liée à l'exécution du présent contrat ou aux obligations légales la Mutuelle BOISSIERE du BTP, les adhérents et bénéficiaires 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'adhésion et dans les notices d'information qui leurs sont remises. 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 la conclusion et du suivi du présent contrat. Ces données sont collectées par la Mutuelle BOISSIERE du BTP en tant que Responsables de traitement, aux fins de gestion et exécution des contrats collectifs. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime 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.

Profondément engagé en faveur du respect de la vie privée et des droits des personnes, la Mutuelle BOISSIERE du BTP s'est dotée d'un délégué à la protection des données (DPO).

## ANNEXE 1

### TABEAU DES GARANTIES 2025

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.

#### **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 ».

# GARANTIES 2025

|  |  |  | Part S.S.   | Boissière PRIMO                                      | Boissière 2  | Boissière 3                             |                            |
|--|--|--|---|--|--|---|----------------------------|
| Soins courants   | Honoraires médicaux  | Consultations et visites (généralistes et spécialistes)                        | 70%   | 100%   | 160%<br>(200% si OPTAM)                              | 200%<br>(230% si OPTAM)                 |                            |
|  |  | Actes techniques médicaux  | 70%   | 100%   | 160%<br>(180% si OPTAM)                              |   |                            |
|  |  | Radiologie   | 70%   | 110%   | 160%<br>(180% si OPTAM)                              |   |                            |
|  |  | Soins externes   | 60% à 70%   | 100%   | 160%<br>(180% si OPTAM)                              |   |                            |
|  | Honoraires paramédicaux  | Auxiliaires médicaux, soins infirmiers   | 60%   | 110%   | 160%   | 200%                                    |                            |
|  |  | Transport  | 55%   | 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%<br>30%<br>15%   |  | 100%   | 100%                                    | 100%                       |
|  |  | Vaccins non remboursés par la S.S. <sup>(1)</sup>                              | -   | 15€ par vaccin                                       | 30€ par vaccin                                       | 50€ par vaccin                          |                            |
| Contraception, test de grossesse, prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale. <sup>(23)</sup> |  |  | 30€   | 40€  | 80€  |   |                            |
| Médicaments non remboursés sur prescription médicale <sup>(24)</sup>                                   |  | -  | 20 €/an/bénéf.<br>*limité à 50 € par an par famille   | 40 €/an/bénéf.<br>*limité à 100 € par an par famille | 50 €/an/bénéf.<br>*limité à 130 € par an par famille |   |                            |
| Matériel médical   | Appareillages orthopédiques et autres prothèses <sup>(13)</sup>  | 60%  | 200%  | 300%   | 400%   |   |                            |
|  | Prothèses mammaires et capillaires remboursées par la Sécurité sociale. <sup>(23)</sup>                                      | 60%  | 400€  | 500 €  | 600 €  |   |                            |
| Hospitalisation  | Honoraires   | Honoraires, frais de séjour  | 80%   | 100%<br>(130% si OPTAM)                              | 160%<br>(180% si OPTAM)                              | 200%<br>(260% si OPTAM)                 |                            |
|  |  | Chambre particulière <sup>(2)</sup>  | -   | 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 <sup>(1)</sup> et forfait urgences en établissements hospitaliers <sup>(1 bis)</sup>          |  |   | oui  | oui  | oui                                     |                            |
|  |  |  | Part S.S.   | Boissière PRIMO                                      | Boissière 2  | Boissière 3                             |                            |
| Optique  | Équipement <b>100% santé</b> <sup>(8)</sup>  |  | 60% <sup>(a)</sup>  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels                             |                            |
|  | Autre équipement optique (verres et monture)   | Équipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre <sup>(8)</sup> | 60% <sup>(b)</sup>  | Verres : frais réels<br>Monture : 100 €              | Verres : frais réels<br>Monture : 100 €              | Verres : frais réels<br>Monture : 100 € |                            |
|  |  | Équipement libre <sup>(6)(7)(8)</sup>  | Équipement à verres unifocaux <sup>(3)(4)(5)(6)</sup><br>Équipement à verres progressifs <sup>(3)(4)(5)(6)(7)</sup> | 60% <sup>(c)</sup>                                   | 100% + 150€<br>100% + 200€                           | 100% + 400€<br>100% + 400€              | 100% + 420€<br>100% + 550€ |
|  | Lentilles  | Lentilles remboursées par la S.S. <sup>(9)</sup>                               | 60%   | 100% + 100€  | 100% + 200€  | 100% + 220€                             |                            |
|  |  | Lentilles non remboursées par la S.S. <sup>(10)</sup>                          | -   | 50€/an/bénéf.  | 160€/an/bénéf.                                       | 190€/an/bénéf.                          |                            |
| Chirurgie réfractive de la vue <sup>(12)</sup>   |  | -  | -   | 300€ par œil   | 400€ par œil   |   |                            |
| Dentaire   | Soins et prothèses <b>100% santé</b> <sup>(13)(14)</sup>   |  | 60%   | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels                             |                            |
|  | Soins dentaires  | Inlay/onlay (par acte)   | 60%   | 100%   | 130%   | 150%                                    |                            |
|  |  | Autres soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(22)</sup>              | 60%   | 100%   | 100%   | 100%                                    |                            |
|  | Prothèses dentaires  | Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : autres prothèses                 | 60%   | 250%<br>250%   | 450%<br>450%   | 550%<br>550%                            |                            |
|  |  | prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(15)</sup>                               |   | 200%   | 300%   | 400%                                    |                            |
| Orthodontie  | Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)  | 100%   | -   | -  | 200€   |   |                            |
| Implants (/an/bénéf.)  |  | -  | -   | 200€   | 300€   |   |                            |
| Aides auditives  | Équipements auditifs <b>100% santé</b> <sup>(16)(17)</sup>   |  |   | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels                             |                            |
|  | Autre prothèse <sup>(2)</sup>  | Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus <sup>(22)</sup>                       | 60%   | 950€   | 1000€  | 1100€                                   |                            |
|  |  | Pour les bénéficiaires de -20 ans <sup>(23)</sup>                              |   | 1400€  | 1450€  | 1500€                                   |                            |
|  | Accessoires <sup>(20)</sup>  |  |   | 100%   | 100%   | 100%                                    |                            |
| Prestations complémentaires  | Médecines douces agréées, ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, diététiciens, psychologues <sup>(19)</sup> |  | -   | 2 x 20€ par an/bénéf.                                | 2 x 40€ par an/bénéf.                                | 2x50€ par an/bénéf.                     |                            |
|  | Cures thermales <sup>(18)</sup>  |  | 65%   | 100% BR  | 100% + 150€  | 100% BR + 200€                          |                            |
|  | Densitométrie osseuse non remboursée (sur prescription médicale) <sup>(10)</sup>   |  | -   | 40 € par an/bénéf.                                   | 60 € par an/bénéf.                                   | 80 € par an/bénéf.                      |                            |
|  | Sport sur ordonnance : adhérents ALD <sup>(21)</sup>   |  | -   | 100€ par an/bénéf.                                   | 200€ par an/bénéf.                                   | 300€ /an/bénéf.                         |                            |
| Pédicure, Podologie  |  |  | 20 € /an /bénéf.  | 40 €/an/bénéf.                                       | 50 €/an/bénéf.                                       |   |                            |

**(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, étioathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, 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.

**(24)** Sous réserve que le médicament soit référencé sur la liste établie par le Code de la santé publique consultable sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

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

**BR** : base de remboursement de la Sécurité sociale.

## ANNEXE 2

### RÉDUCTIONS TARIFAIRES

| TNS avec salariés | Salariés couverts en Frais Médicaux Collectifs par BTP-PREVOYANCE |                               | Salariés non couverts en FMC  |                                   |
|-------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                   | Si primo adhésion FARM  |                               | 1 mois gratuit / an à vie (1) | 1 mois gratuit / an pendant 3 ans |
|                   | Date d'effet FMC <= 12 mois                                       | Date d'effet FMC > 12 mois    |                               |                                   |
|                   | 3 mois gratuits la 1ère année + 1 mois gratuit / an à vie (1)     | 1 mois gratuit / an à vie (1) |                               |                                   |

(1) Tant qu'il y a un contrat FMC assuré par BTP-PREVOYANCE avec des salariés présents.

| TNS sans salariés | Créateur / repreneur                  |
|-------------------|---------------------------------------|
|                   | 1 mois gratuit / an pendant 3 ans (1) |

(1) Si l'adhésion au présent contrat a lieu dans les 36 mois qui suivent la création.

