

Groupement Bâtiment BTP CFA

Complémentaire santé

Ensemble du personnel

Notice
d'information



OBJET

La présente notice d'information décrit le régime de frais de santé mis en place au sein de votre entreprise et assuré par PRODIGEO ASSURANCES. Elle concerne l'ensemble du personnel exerçant en France métropolitaine.

Elle est applicable à compter du 1^{er} janvier 2022.

Elle est établie par PRODIGEO ASSURANCES en application de l'article L141.4 du code des assurances a pour objet de vous préciser la nature et le montant des garanties dont vous bénéficiez ainsi que des formalités à accomplir pour obtenir le remboursement de vos frais de santé.

Lorsque des modifications seront apportées à vos droits et obligations, vous serez informés par la remise d'une nouvelle notice d'information établie à cet effet.

Le contrat souscrit par votre entreprise est à adhésion obligatoire et répond aux critères des contrats responsables résultant de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ouvre donc droit au régime social et fiscal de faveur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

100% SANTÉ

C'est quoi ?



Dispositif par lequel les personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Quel contenu ?

Le 100% santé permet d'accéder à une offre **sans reste à charge** sur les prestations ci-dessous.

GARANTIES DU PANIER 100% SANTE	COMPOSITION DU PANIER
Verres et monture Classe A	Monture respectant les normes européennes avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Au minimum 17 modèles de montures adultes en 2 coloris différents. Au minimum 10 modèles de montures enfants en 2 coloris différents. Verres traitant l'ensemble des troubles visuels. Plusieurs traitements de verres garantis (amincis avec un traitement antireflet ou anti-rayure)
Prothèses dentaires	Un large choix de prothèses fixes ou mobiles, avec des matériaux (céramo-métallique, céramique full zircon...) dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (distinction entre les dents « visibles » et les dents « non visibles »). Des couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1 ^{ère} prémolaire). Des couronnes céramiques monolithique zircons (incisives et canines). Des couronnes métalliques toute localisation. Des inlays core et couronnes transitoires. Des bridges céramo-métalliques (incisives et canines), bridges full zircon et métalliques toute localisation, prothèses amovibles à base résine.

Aides auditives Classe I	<p>Une sélection étendue de contours d'oreilles, d'intra-auriculaires et à écouteurs déporté.</p> <p>12 canaux de réglage ou dispositif équivalent.</p> <p>4 ans de garantie.</p> <p>De nombreuses fonctionnalités possibles : anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur du bruit du vent, anti-Larsen, système Bluetooth...</p> <p>Des prestations de suivi au moins deux fois par an.</p> <p>30 jours d'essai avant achat.</p>
--------------------------	---

BON A SAVOIR

Les salariés choisissant des équipements du panier 100% santé n'auront plus de frais à leur charge.

Le 100% santé n'est pas obligatoire et chacun reste libre de choisir les équipements qu'il souhaite. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier 100% santé, les remboursements se feront selon les garanties souscrites par votre entreprise.

GARANTIES

Le contrat vise à garantir, en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par le salarié affilié et ses ayants droit dans la limite des garanties.

Le total des remboursements, du contrat de frais de santé, du régime de Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire santé, ne peut excéder le montant des dépenses réelles engagées par les bénéficiaires.

Les remboursements exprimés en pourcentage des frais réels s'entendent prestations de la Sécurité sociale incluses.

Information importante concernant les plafonds de garanties

Le présent régime frais de santé respecte les obligations liées aux :

- 1. N°2019-65 du 31 janvier 2019. À ce titre, la convention respecte l'obligation de la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2.

Les plafonds indiqués s'entendent pour la partie de la prestation supérieure à ce minima.

- N°2019-21 du 11 janvier 2019 qui modifie le cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » pour l'application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Les remboursements sont exprimés **part Sécurité sociale incluse** Ils sont effectués dans la limite des frais engagés et déclarés à la Sécurité sociale.

Les remboursements de la surcomplémentaire facultative sont exprimés **y compris ceux du régime de base obligatoire**.

GARANTIES Prestations Sécurité sociale comprises	Base obligatoire	Surcomplémentaire facultative
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites généralistes		
- Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	220% BR	300% BR
- Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR
Consultations et visites spécialistes		
- Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	220% BR	300% BR
- Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie / actes de spécialité)		
- Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	180% BR	300% BR
- Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	200% BR
Radiologie (dont ostéodensitométrie acceptée)		
- Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	300% BR
- Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	200% BR
Echographie		
- Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	300% BR
- Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	200% BR
Soins externes		
- Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	300% BR
- Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux définis par le Code de santé publique	300% BR	300% BR
Soins infirmiers	300% BR	300% BR
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	300% BR	300% BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité sociale	220% BR	300% BR
Médicaments		
Pharmacie, vaccins remboursés à 15%, 30% et 65% par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits : vaccin antigrippal et autres vaccins non remboursés par la Sécurité sociale Sur présentation d'une facture acquittée	-	Forfait 50 € / an / bénéficiaire
Contraceptifs prescrits, non remboursés par la Sécurité sociale Sur présentation d'une facture acquittée	Forfait 60 € / an / bénéficiaire	Forfait 60 € / an / bénéficiaire
Matériel médical		
Achat véhicule pour personne handicapée physique	510% BR	560% BR
Autres prothèses, petit appareillage, gros appareillage, semelles orthopédiques, autres produits	550% BR	600% BR
HOSPITALISATION		
HOSPITALISATION MEDICALE		
Honoraires		
- Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	220% BR	300% BR
- Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR

GARANTIES Prestations Sécurité sociale comprises	Base obligatoire	Surcomplémentaire facultative
Frais de séjour sans limitation de durée		
Secteur conventionné : Seul le TM sera remboursé au tiers. Le reste à charge dans la limite de la garantie ci-contre sera remboursé sur présentation de facture acquittée.	220% BR	300% BR
Secteur non conventionné : Pas de tiers payant. Les frais seront remboursés dans la limite de la garantie ci-contre et sur présentation de facture acquittée.		
Forfait journalier hospitalier⁽¹⁾		
Dès le 1 ^{er} jour, sans limitation de durée	100% FR	100% FR
Autres		
Transports : Ambulances, véhicules sanitaires légers.	300% BR	300% BR
Forfait hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale	100% FR	100% FR
Forfait sur les actes ≥ 120€ ou K ≥ 60	100% du forfait	100% du forfait
Forfait patient urgences	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour sans limitation de durée	Forfait 60 € / jour	Forfait 75 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	Forfait 60 € / jour	Forfait 75 € / jour
Lit accompagnant enfant < 12 ans , dès le 1 ^{er} jour non remboursé par la Sécurité sociale	Forfait 20 € / jour	Forfait 20 € / jour
HOSPITALISATION CHIRURGICALE⁽²⁾		
Honoraires		
- Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	300% BR	300% BR
- Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR
Frais de séjour sans limitation de durée		
Secteur conventionné : Seul le TM sera remboursé au tiers. Le reste à charge dans la limite de la garantie ci-contre sera remboursé sur présentation de facture acquittée.	300% BR	300% BR
Secteur non conventionné : Pas de tiers payant. Les frais seront remboursés dans la limite de la garantie ci-contre et sur présentation de facture acquittée.		
Forfait journalier hospitalier⁽¹⁾		
Dès le 1 ^{er} jour, sans limitation de durée	100% FR	100% FR
Autres		
Transports : Ambulances, véhicules sanitaires légers.	300% BR	300% BR
Forfait hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale	100% FR	100% FR
Forfait sur les actes ≥ 120€ ou K ≥ 60	100% du forfait	100% du forfait
Forfait patient urgences	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour sans limitation de durée	100% FR	100% FR
Chambre particulière en ambulatoire	Forfait 60 € / jour	Forfait 75 € / jour
Lit accompagnant enfant < 12 ans , dès le 1 ^{er} jour non remboursé par la Sécurité sociale	Forfait 20€ / jour	Forfait 20€ / jour
MATERNITE		
Honoraires		
- Médecins adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	220% BR	300% BR
- Médecins non adhérents de l'OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR

GARANTIES		
Prestations Sécurité sociale comprises	Base obligatoire	Surcomplémentaire facultative
Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour sans limitation de durée	Forfait 60 € / jour	Forfait 75 € / jour
OPTIQUE		
Voir les conditions de renouvellements des équipements.		
Equipement optique 100% santé (classe A)		
La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.		
Sont également remboursées selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage et la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions définies par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale).		
Equipement optique (verres et monture) - Monture limitée à 30€	100% FR	100% FR
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% FR	100% FR
Prestation spécifique à l'appairage des verres	100% FR	100% FR
Equipement optique tarifs libres (classe B)		
Equipement optique (verres et monture)	Voir grille optique	Voir grille optique
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% BR	100% BR
Equipement optique mixte		
Equipement optique mixte (verres et monture)	100% FR sur les éléments qui relèvent de la classe A et voir la grille ci-dessus pour ceux de la classe B	100% FR sur les éléments qui relèvent de la classe A et voir la grille ci-dessus pour ceux de la classe B
Bon à savoir !		
Il est impossible de cumuler le forfait prévu pour un équipement à prise en charge libre et le remboursement d'un équipement 100% santé.		
Lentilles		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100% BR + forfait 250 € / an / bénéficiaire	100% BR + forfait 250 € / an / bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Forfait 250 €/ an / bénéficiaire	Forfait 250 € / an / bénéficiaire
Plafond commun aux lentilles remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale	Non	Non
Supplément		
Verres avec filtres, prisme, système anti-ptosis, verres iséiconiques	100% BR	100% BR
DENTAIRE		
Soins et Prothèses dentaires 100% santé		
La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation (H.L.F.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.		
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	100% FR	100% FR
Prothèses dentaires du panier tarifs maitrisés		
La prestation est remboursée dans la limite des honoraires limites de facturation (H.L.F.).		
Prothèses dentaires fixes sur dents visibles prises en charge par la Sécurité sociale	600% BR	600% BR
Prothèses dentaires fixes sur dents non visibles prises en charge par la Sécurité sociale	450% BR	450% BR
Prothèses transitoires	125% BR	125% BR
Prothèses amovibles	450% BR	450% BR
Inlay-Core	450% BR	450% BR
Prothèses dentaires du panier tarifs libres		
Prothèses dentaires fixes sur dents visibles prises en charge par la Sécurité sociale	600% BR	600% BR
Prothèses dentaires fixes sur dents non visibles prises en charge par la Sécurité sociale	450% BR	450% BR
Prothèses transitoires	125% BR	125% BR

GARANTIES		Base obligatoire	Surcomplémentaire facultative
Prestations Sécurité sociale comprises			
Prothèses amovibles		450% BR	450% BR
Inlay-Core		450% BR	450% BR
Soins dentaires			
Soins dentaires conservateurs		150% BR	300% BR
Inlay-onlay		150% BR	300% BR
Orthodontie			
Orthodontie acceptée Sécurité sociale (Analyse, semestre, contention)		325% BR	400% BR
Autres actes non pris en charge par la Sécurité sociale			
Implants dentaires	Forfait 300 € / an / bénéficiaire	Forfait 500 € / an / bénéficiaire	
Implant (racine - pilier)			
Parodontologie	-	Forfait 150 € / an / bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES			
Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Voir conditions de prise en charge.			
Aides auditives du panier 100% santé (classe I)			
La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.			
Aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale pour les bénéficiaires > à 20 ans	100% FR	100% FR	
Aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale pour les bénéficiaires ≤ à 20 ans	100% FR	100% FR	
Aides auditives du panier tarifs libres (classe II)			
Le forfait inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.			
Aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale pour les bénéficiaires > à 20 ans	Forfait 1 700 € / oreille / bénéficiaire	Forfait 1 700 € / oreille / bénéficiaire	
Aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale pour les bénéficiaires ≤ à 20 ans	Forfait 1 700 € / oreille / bénéficiaire	Forfait 1 700 € / oreille / bénéficiaire	
Consommables, piles, accessoires (classe I et classe II)			
Consommables, piles, accessoires	100% BR	100% BR	
DIVERS			
Assistance	Oui	Oui	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, micro kinésithérapie, auriculothérapie, mésothérapie, biokinérgie, kiné méthode Mézières, TENS, étiopathie, naturopathe, sophrologie, kinésiologie, réflexologue, hypnose, homéopathie Sur présentation d'une facture ou d'une note d'honoraires du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, n° ADELI, ...)	Forfait 40 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire Tous actes confondus	Forfait 50 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire Tous actes confondus	
Sevrage tabagique Sur présentation de facture acquittée	Forfait 75 € / an / bénéficiaire	Forfait 75 € / an / bénéficiaire	
Frais obsèques Sur présentation de facture acquittée	3,5% PMSS / an / salarié	3,5% PMSS / an / salarié	
Actes de prévention conformément aux dispositions du code de la Sécurité sociale (Article R 871-2 du code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	

(1) À l'exclusion de l'hospitalisation en centres de long séjour ou maisons de retraites médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME, IMM).

(2) Les règlements des régimes de prévoyance collective prévoient la prise en charge de certaines prestations par la prévoyance. Cette prise en charge au titre des régimes de prévoyance vient le cas échéant en complément des remboursements à charge du présent régime santé.

Lexique

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur

FR : Frais réels

PLV : Prix limite de vente. Il correspond au prix maximum de vente à l'assuré. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

HLF : Honoraires limites de facturation. Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Depuis 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100% santé

Prestation d'adaptation visuelle : Lors du renouvellement par l'opticien d'une ordonnance médicale de verres correcteurs, un examen de la vue peut être réalisé et facturé par l'opticien aux fins d'actualiser l'ordonnance.

Prestation d'appairage : Dans les cas où un patient a besoin d'une paire de lunettes avec deux types de verres différents (indice réfraction différent ou type de verres différents), une prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture. Cette prestation spécifique pourra alors être facturée par l'opticien.

GRILLE OPTIQUE

Les plafonds ci-dessous incluent le ticket modérateur et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire				
Équipement (monture + deux verres)	Bénéficiaires	Correspondance avec la grille optique	Base obligatoire	Surcomplémentaire facultative
Equipement monture et verres simples	Salarié ou ayant droit ≥ 16 ans	a	400 €	420 €
	Ayant droit < 16 ans		300 €	400 €
Equipement monture et verres mixtes (simple + complexe)	Salarié ou ayant droit ≥ 16 ans	b	500 €	550 €
	Ayant droit < 16 ans		375 €	475 €
Equipement monture et verres mixtes (simple + très complexe)	Salarié ou ayant droit ≥ 16 ans	d	575 €	610 €
	Ayant droit < 16 ans		425 €	525 €
Equipement monture et verres complexes	Salarié ou ayant droit ≥ 16 ans	c	600 €	650 €
	Ayant droit < 16 ans		450 €	550 €
Equipement monture et verres mixtes (complexe + très complexe)	Salarié ou ayant droit ≥ 16 ans	e	675 €	725 €
	Ayant droit < 16 ans		500 €	600 €
Equipement monture et verres très complexes	Salarié ou ayant droit ≥ 16 ans	f	750 €	800 €
	Ayant droit < 16 ans		550 €	650 €
Monture au sein de l'équipement limitée à	Tous bénéficiaires adultes et enfants	-	75 €	100 €

DEFINITION DES VERRES

Annexe : grille optique	
a) 2 verres simples	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est ≤ à 6,00 dioptries.
b) 1 verre simple et 1 verre complexe	Un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
c) 2 verres complexes	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 dioptries Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
d) 1 verre simple et 1 verre très complexe	Un verre mentionné au a et un verre mentionné au f.
e) 1 verre complexe et 1 verre très complexe	Un verre mentionné au c et un verre mentionné au f.
f) 2 verres très complexes	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est < à 8,00 dioptries et dont le cylindre est ≥ à 0,25 dioptrie ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est > à 8,00 dioptries.

TERRITORIALITÉ

Les garanties de frais de santé s'appliquent pour les soins remboursés par la Sécurité sociale et valent pour les salariés affiliés et les membres de leur famille résidant en France métropolitaine.

Les frais de santé réalisés à l'étranger seront également pris en charge, sous réserve d'intervention du régime obligatoire de la Sécurité sociale dont relèvent l'adhérent et ses ayants-droit.

GARANTIE MONDIAL ASSISTANCE

Seuls les salariés affiliés dont le lieu de résidence principale est en France métropolitaine ou dans les Principautés d'Andorre et Monaco ont droit aux garanties de Mondial Assistance.

RESUME DU CONTRAT

Bénéficiaires

Le salarié affilié et les membres de sa famille couverts par le contrat Frais de santé.

Services en cas d'hospitalisation

Pour une hospitalisation prévue ou imprévue d'une durée de plus de 2 jours, l'organisation du service est immédiatement mise en œuvre sur simple appel téléphonique.

- Recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier,
- Organisation et prise en charge du transfert à l'hôpital et du retour à domicile,
- Aide-ménagère à domicile (pendant l'hospitalisation ou au retour, du lundi au samedi, de 8h à 19h, pour un maximum de 15 heures réparties sur trois semaines),
- Information de la famille en cas d'hospitalisation,
- Présence au chevet d'une personne désignée : organisation et prise en charge du transport aller/retour et du séjour à l'hôtel (46 €/nuit pour 2 nuits maximum),
- Assistance aux enfants :

- Garde des enfants : recherche et organisation de la garde des enfants de moins de 15 ans, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Cette prestation est également accordée en cas :
 - D'hospitalisation de plus de 2 jours de l'ascendant habituellement chargé de la garde d'enfant,
 - De maladie, accident ou hospitalisation de la nourrice employée et déclarée par le bénéficiaire,
 - De décès de l'un des deux parents.
- Conduite des enfants à l'école et aux activités extra-scolaires (à concurrence de 535€),
- Organisation et prise en charge du transport des enfants de moins de 15 ans chez un proche (en France Métropolitaine) ou prise en charge du transport d'un proche parent au domicile pour la garde des enfants de moins de 15 ans.
- Assistance aux parents à charge : présence d'une personne de compagnie, pour un maximum de 24 heures.
- Assistance aux animaux de compagnie (chiens et chats non dangereux uniquement) : organisation et prise en charge des frais de garde extérieure (maximum 305 €) ou transfert chez une personne désignée aux alentours (rayon de 100 km).

Assistance aux enfants malades

- Garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans dès le premier jour, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation.
- Présence d'un proche parent : transport aller/retour pris en charge (en France métropolitaine).
- Répétiteur scolaire à domicile après 14 jours d'absences consécutifs (15 h/semaine).
- Transfert à l'hôpital et retour au domicile.

Conseil social

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00, l'équipe médico-sociale de Mondial Assistance fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

ASSISTANCE 24 h/24
Tél : 01 40 25 50 45 (appel non surtaxé)
(Numéro à préciser : 920 778)

Les prestations sont mises en œuvre par AWP France, SAS Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 € – 490 381 753 - RCS Bobigny.

*Siège social : 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen. Société de courtage d'assurances – Inscription ORIAS 07 026 669
http://www.orias.fr/*

*Ci-après désignée « Mondial Assistance » et assurées par Fragonard Assurances 2, rue Fragonard, 75807 Paris Cedex 17
- Société Anonyme au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 - RCS Paris. Siret : 479 065 351 00013
Entreprise régie par le Code des Assurances.*

MODALITÉS D'AFFILIATION

L'adhésion à la présente complémentaire santé est obligatoire pour tous les salariés et ses ayants droits concernant le régime de base.

Ce contrat de frais de santé organise la gestion de :

2 options :

- **Un régime de base obligatoire** : le salarié et ses ayants droit bénéficient automatiquement du régime de base.
- **Une option surcomplémentaire facultative** : le salarié peut adhérer volontairement à l'option pour lui et ses ayants droits.

Le salarié peut choisir d'adhérer à l'option qui propose des prestations supérieures à celles du contrat de base obligatoire. Dans ce cas, l'option s'applique également aux ayants droit du participant.

Le montant de la cotisation mensuelle varie en fonction du nombre de personnes couvertes (salarié et ayants droit).

L'adhésion se fait :

- Lors de la mise en place du régime,

- Lors de l'embauche du salarié,
- Lorsqu'un salarié initialement dispensé souhaite ne plus relever du cas de dispense dont il s'était prévalu, ou lorsque la dispense d'affiliation dont a souhaité se prévaloir le salarié est arrivée à son terme ou lorsque la dispense n'est plus justifiée, le cas échéant.

Les garanties s'appliquent immédiatement au 1^{er} jour de l'une des situations ci-dessus ayant entraîné l'adhésion.

Pour tout cas de modification de la situation familiale du participant, ce dernier doit informer directement le service des ressources humaines de son entreprise, lequel transmet l'information en second temps à PRO BTP afin de procéder le cas échéant et sur sa demande au changement de niveau (régime ou formule) de la couverture complémentaire dans les conditions définies ci-dessous.

CHANGEMENT D'OPTION

CHANGEMENT NON LIE A LA MODIFICATION DE LA COMPOSITION FAMILIALE

Passage à une option plus forte

Le passage à une option plus forte peut s'opérer le 1^{er} janvier de chaque année sous réserve de respecter un délai de prévenance de 2 mois. Les demandes de modifications d'option devront être communiquées à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année précédente, le cachet de la Poste faisant foi.

Passage à une option plus faible

Le changement d'option entraînant une baisse des garanties peut s'opérer le 1^{er} janvier de chaque année sous réserve de respecter un délai de prévenance de 2 mois, le cachet de la Poste faisant foi.

CHANGEMENT LIE A LA MODIFICATION DE LA COMPOSITION FAMILIALE

Par exception, la demande de changement d'option peut s'effectuer à tout moment à condition qu'elle soit formulée dans les 2 mois, de date à date, qui suivent l'un des évènements suivants et sur présentation de justificatifs :

- Naissance ou adoption d'un enfant à la charge du participant,
- Mariage ou divorce (ou séparation de corps),
- Début ou fin du concubinage du participant,
- Début ou fin du PACS du participant,
- Décès de l'un des ayants droit,
- Passage pour le participant d'un emploi temps plein à un emploi temps partiel,
- Pour les participants à temps partiel, réduction d'horaire contractuel de 25% et plus,
- Perte d'emploi du conjoint,
- Surendettement,
- Radiation d'un enfant du fait qu'il ne respecte plus les conditions d'enfant à charge, tel que défini dans le paragraphe « BENEFICIAIRES » de la présente notice,
- Suspension du contrat de travail pour convenance personnelle.

Le changement d'option prend effet au jour de l'évènement de façon rétroactive.

CHANGEMENT DE FORMULE

Changement de formule de cotisation lié à une modification de la situation familiale

Le changement de formule de cotisation justifié par un changement de la situation familiale (naissance, mariage, conclusion d'un PACS, décès...) doit être formulé dans les 3 mois, de date à date, suivant l'évènement.

La formule de cotisation correspondante et les garanties sont dues à compter du jour de l'évènement de façon rétroactive.

Changement de formule de cotisation non justifié par une modification de la situation familiale

L'adhérent a la possibilité de modifier sa formule de cotisation, le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve de respecter un délai de prévenance de 2 mois, le cachet de la Poste faisant foi.

BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires sont :

- **Le salarié affilié,**
- **Ses ayants droit** (conjoint et enfant(s) à charge) tels que définis ci-après,
- Et de manière générale, **toute autre personne fiscalement à charge** du salarié affilié ou de son conjoint ayant droit.

Et de manière générale, **toute autre personne fiscalement à charge** du salarié affilié ou de son conjoint ayant droit.

Conjoint du salarié affilié

Est défini comme conjoint :

- La personne ayant un lien matrimonial en cours avec le salarié affilié,
- À défaut, la personne liée au salarié affilié par un pacte civil de solidarité (PACS), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que le salarié affilié,
- À défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - Le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun,
 - Il n'existe aucun lien matrimonial ou de PACS de part et d'autre,
 - Le salarié affilié et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfants à naître de leur union),
 - Le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le salarié affilié.

Enfant(s) à charge

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

Sont également considérés comme étant à charge les enfants nés du salarié affilié, ou adoptés par le salarié affilié, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- Jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans,
 - Agés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - Apprentis,
 - Scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiant (y compris dans un autre pays de l'Espace Économique Européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.
- Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
- En contrat de professionnalisation ou en formation en alternance,
 - Demandeurs d'emploi inscrits au Pôle Emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataire, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée,
- Sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80% ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à la charge fiscale du salarié affilié.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- Les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du salarié affilié,
- Les petits enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la Sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge.

Modifications dans la liste des bénéficiaires

Pour être prise en compte, toute modification dans la liste des bénéficiaires doit être signifiée aux services gestionnaires de l'assureur.

L'entreprise est tenue de signaler chaque mois à l'assureur dans le cadre du circuit de la DSN ou par tout autre moyen proposé par l'assureur :

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

Toute modification dans la liste nominative des ayants droit doit être déclarée à l'assureur :

- Si l'entreprise a retenu une formulation tarifaire « Isolé - Duo - Famille » :
 - Par l'entreprise, si le changement du nombre de personnes couvertes entraîne une modification de la cotisation,
 - Par le salarié, dans les autres cas (ou par l'entreprise, si cette dernière souhaite prendre en charge cette formalité administrative).

La modification est prise en compte :

- Lorsqu'elle fait suite à un évènement modifiant la composition familiale (naissance, mariage, conclusion d'un PACS, décès,), ou à l'affiliation (ou la fin d'affiliation) d'un ayant droit à une autre couverture santé obligatoire :
 - Si cette modification affecte le montant de la cotisation, à compter du 1^{er} jour où la modification de couverture du conjoint et/ou des enfants est prise en compte dans la cotisation déclarée par l'employeur (sans toutefois pouvoir générer des droits à remboursements avec un effet rétroactif de plus d'un mois),
 - Si cette modification n'affecte pas le montant de la cotisation, de manière rétroactive à compter du jour de survenance de cet évènement si la déclaration intervient dans les trois mois qui s'ensuivent.
- Dans les autres cas :
 - Si cette modification affecte le montant de la cotisation, au 1^{er} janvier de l'exercice suivant,
 - Si cette modification n'affecte pas le montant de la cotisation, à compter du jour de réception de la demande.

MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

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

Toutefois, les garanties peuvent être maintenues, aux conditions définies ci-après :

- En cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage,
- En cas de suspension du contrat de travail,
- En cas de décès du salarié affilié, au profit de ses ayants droit.

Dans tous les cas, le maintien porte sur les garanties en vigueur au moment de la rupture du contrat de travail ou au terme de l'adhésion de l'entreprise.

Maintien gratuit des garanties lorsque le salarié quitte son emploi

Lorsque le salarié affilié quitte son emploi, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisations :

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

Toutefois en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage, ce sont les stipulations du paragraphe ci-dessous qui s'appliquent.

Maintien des garanties en cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

Conformément à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage (y compris l'allocation de solidarité spécifique), le droit au maintien des garanties est accordé à tout assuré ainsi qu'à ses éventuels ayants droit, sans contrepartie de cotisation, dans les conditions définies ci-après.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, **dans la limite de la durée du dernier contrat de travail** ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**. Ce maintien s'applique également aux salariés en état d'invalidité dont le contrat de travail est rompu et qui ont été admis à l'ouverture de droits à l'assurance chômage.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur. Il est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié et ses ayants droit sont celles en vigueur dans l'entreprise, en ce sens que toutes les évolutions de garanties postérieures au départ de l'ancien salarié de l'entreprise seront applicables.

Pour bénéficier du maintien gratuit de la complémentaire santé, l'ancien salarié doit justifier auprès de PRODIGEO ASSURANCES, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions précitées et notamment de son droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage. Pour cela, il doit faire parvenir à PRODIGEO ASSURANCES son avis d'admission et régulièrement ses attestations d'indemnisation de Pôle emploi.

L'entreprise signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe PRODIGEO ASSURANCES de la cessation du contrat de travail. Ne font pas obstacle au maintien des garanties :

- Les périodes de reprise temporaire d'activité dès lors qu'elles ne dépassent pas 30 jours calendaires en cumul,
- Les périodes qui correspondent aux différés d'indemnisation ou de délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage.

Maintien des garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité

Le maintien des garanties est également dû, sans limitation de durée et sans contrepartie de cotisation, lorsque le salarié réunit les conditions cumulatives suivantes :

- Il a fait l'objet d'une mesure de licenciement ou d'une rupture de contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la Sécurité sociale sans que le contrat de travail n'ait été rompu (à l'exception des cas de classification en invalidité de 1^{ère} catégorie) et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée,
- Et il bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par l'institution de prévoyance. Lorsque le salarié affilié ne perçoit plus ces prestations, il entre dans le cadre du maintien temporaire tel que décrit précédemment.

Ne font pas obstacle au maintien des garanties :

- Les périodes (dès lors qu'elles ne dépassent pas 30 jours calendaires en cumul) :
 - De reprise temporaire d'activité,
 - Ou pour lesquelles aucun justificatif n'est fourni par le salarié.

- Les périodes qui correspondent aux différends d'indemnisation ou de délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

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

Il en est de même en cas de congé lié à une maternité, à une paternité ou à une adoption.

Pour les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...), les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés affiliés de la catégorie correspondante dans l'entreprise.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire (hors situations d'activité partielle), les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du salarié affilié

En cas de décès du salarié affilié, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du salarié affilié sur la base de l'option choisie par celui-ci.

En cas de cessation des garanties (sortie de groupe Loi Évin)

Peuvent continuer à bénéficier des garanties :

- Les anciens salariés affiliés :
 - Bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
 - Bénéficiaires d'une pension de retraite,
 - Ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

Sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Seul l'ancien salarié, s'il était couvert par le régime de l'entreprise, pourra bénéficier du contrat individuel « Loi Évin ».

- Les ayants droit du salarié affilié décédé :

Pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès. Tant pour les anciens salariés affiliés que pour les ayants droit du salarié affilié décédé, la cotisation du maintien individuel des garanties est à la charge exclusive de l'ancien salarié affilié ou de son ayant droit.

Adhésions individuelles à un contrat payant

Les garanties peuvent être maintenues en contrepartie de cotisations aux bénéficiaires ci-après :

- Les congés sans solde, les congés parentaux, les congés pour convenances personnelles...

Ce maintien est facultatif, payant et l'intégralité de la cotisation sera supportée par le salarié affilié. Ce maintien dure tant que le salarié affilié paye la cotisation.

La demande d'adhésion doit être formulée dans les six mois qui suivent la date de sortie des effectifs pour les retraités et dans le mois suivant le licenciement, pour les salariés en situation d'invalidité au moment du licenciement.

Le salarié affilié peut résilier son contrat individuel dans les conditions prévues à l'article L. 113-15-2 du code des assurances.

MODALITÉS

LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS

Conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des garanties est ouvert lorsqu'à la date du fait générateur, le bénéficiaire est inscrit auprès de PRODIGEO ASSURANCES en qualité d'assuré affilié par l'entreprise ou en qualité d'ayant droit d'un salarié affilié.

Le versement des prestations est subordonné au règlement par l'entreprise de la totalité de ses cotisations à PRO BTP. À défaut de règlement, les garanties ne peuvent être suspendues que trente (30) jours après que l'entreprise ait été mise en demeure de s'acquitter des cotisations arriérées, cette mise en demeure ne pouvant intervenir qu'après dix (10) jours suivants l'échéance du paiement.

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 date d'entrée en établissement hospitalier 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.

Toute demande de prestation doit être présentée à PRODIGEO ASSURANCES dans un délai de deux (2) ans à compter de la date du fait générateur qui y donne naissance. A défaut de demande ou déclaration dans ce délai, les droits à prestation sont prescrits.

PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 114-1 du code des assurances, toutes les actions relatives aux droits et obligations sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où PRODIGEO ASSURANCES en a eu connaissance,
- En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là,
- En cas de recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'entreprise adhérente, le salarié affilié, 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 (5) ans en ce qui concerne les actions en répétition de l'indu (s'agissant notamment des cotisations versées à tort par les entreprises adhérentes et des prestations versées à tort par PRODIGEO ASSURANCES).

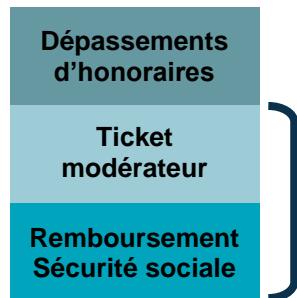
La prescription de l'action est interrompue :

- En cas d'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés :
 - Soit à l'entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou le remboursement d'une prestation indue,
 - Soit à PRODIGEO ASSURANCES 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).

CONTRAT RESPONSABLE

POUR COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS

Pour chaque acte médical, la Sécurité sociale fixe un tarif de responsabilité qui constitue la base de remboursement. Elle ne rembourse qu'une partie de ce tarif. La partie non remboursée du tarif de responsabilité est ce qu'on appelle le ticket modérateur.



Base de
remboursement
Sécurité sociale

HONORAIRES DES MEDECINS : LE REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Les tarifs pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement à l'Assurance maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part, comme par exemple une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet de votre médecin.

Ces dépassements ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, que vous soyez dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Le médecin conventionné adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) pratique des dépassements modérés. En adhérant à cette option, il s'est engagé à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patients. De plus, l'Assurance maladie vous rembourse sur une base plus élevée, celle du secteur 1, ce qui diminue d'autant le dépassement d'honoraires.

Comment savoir si votre médecin est signataire de l'OPTAM ?

Rendez-vous sur le site de l'Assurance maladie : annuairesante.ameli.fr. Vous pourrez faire une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. La fiche des praticiens signataires comporte la mention : « Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM) ».

CONTRAT « RESPONSABLE »

Les prestations sont conformes aux dispositions actuelles du Code de la Sécurité sociale relatives aux « contrats responsables ».

À ce titre :

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE

La participation forfaitaire de 1 €

Cette participation est applicable à chaque acte ou consultation d'un médecin (hors hospitalisation) dans la limite de 50 € par année et par personne.

Les majorations du ticket modérateur

- À chaque consultation pour les personnes qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- Lorsque les patients n'autorisent pas l'accès à leur dossier médical par un professionnel de santé.

Les dépassements de tarifs hors parcours de soins

Il s'agit des dépassements de tarifs sur les consultations et les actes techniques que peuvent pratiquer les médecins spécialistes des secteurs 1 et 2 consultés hors parcours de soins.

Les franchises

- 0,50 € par boîte de médicaments,
- 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical,
- 2 € par transport sanitaire effectué en véhicule sanitaire ou taxi.

Ces franchises sont plafonnées à :

- 50 € par année et par personne,
- 2 € par jour pour les actes effectués par un auxiliaire médical,
- 4 € par jour pour les transports sanitaires.

SONT AU MINIMUM PRIS EN CHARGE

Le ticket modérateur

Sont concernées toutes les dépenses de santé prises en charge par l'Assurance maladie sauf :

- Les frais de cure thermale,
- La pharmacie remboursée à 15 % ou à 30%,

Ces 2 derniers postes peuvent être pris en charge par l'assurance complémentaire.

La participation sur les actes dépassant un certain tarif

Cette participation est due sur les actes lourds (actes thérapeutiques ou actes diagnostiques affectés d'un coefficient K ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €) réalisés à l'hôpital ou en cabinet médical.

Le forfait journalier hospitalier

- Dans un service psychiatrique d'un établissement de santé,
- En clinique,
- À l'hôpital.

Cette prise en charge est intégrale et sans limitation de durée.

Il est toutefois rappelé que cette prise en charge ne concerne que le forfait journalier facturé par les établissements de santé. Par conséquent le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux (comme les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes) n'est pas pris en charge.

100% santé

Depuis le 1^{er} janvier 2020 :

- Prise en charge intégrale, en complément de la Sécurité sociale, des dispositifs d'optique médicale (lunettes) et des prothèses dentaires du panier de soins 100% santé.

Depuis le 1^{er} janvier 2021 :

- Prise en charge intégrale, en complément de la Sécurité sociale, des prothèses auditives du panier de soins 100% santé.

Prothèses dentaires et orthodontie

Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier 100% santé et l'orthodontie doivent au minimum être pris en charge à hauteur de 25% de la base de remboursement de la Sécurité sociale en complément du ticket modérateur.

PRISE EN CHARGE ENCADREE

➤ Des dépassements d'honoraires des médecins

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires, la prise en charge doit être différente selon la situation du médecin (adhérent ou non adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO).

Dans l'hypothèse où le médecin est adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO, l'assuré devra envoyer un écrit de la part de son médecin, dans lequel il atteste être signataire d'un des dispositifs à la date des soins réalisés.

Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM/OPTAM-CO, la prise en charge de ses dépassements doit obligatoirement être inférieure d'au moins 20% du tarif de responsabilité de celle d'un médecin adhérent aux options tarifaires. Le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas aux options tarifaires.

➤ De l'optique

La prise en charge est limitée :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres),
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres),
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, le délai d'un an s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Prise en charge de deux équipements

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigant chacun un des deux déficits (vision de près, vision de loin),
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

Conditions de renouvellement anticipé (VIII.2 de l'arrêté du 3 décembre 2018 ou article L.165-1-2 du Code de la Sécurité sociale)

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptre d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptre pour chacun des deux verres,
- Variation d'au moins 0,5 dioptre de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptre pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptre (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptre,
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptres,
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptres.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (liste ci-après) et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- Les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - Glaucome,
 - Hypertension intraoculaire isolée,
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives,
 - Rétinopathie diabétique,
 - Opération de la cataracte datant de moins d'un (1) an,
 - Cataracte évolutive à composante réfractive,
 - Tumeurs oculaires et palpébrales,
 - Antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois,
 - Antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins d'un (1) an,
 - Greffé de cornée datant de moins d'un (1) an,
 - Kératocône évolutif,
 - Kératopathies évolutives,
 - Dystrophie cornéenne,
 - Amblyopie,
 - Diplopie récente ou évolutive.
- Les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - Diabète,
 - Maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante),
 - Hypertension artérielle mal contrôlée,
 - Sida,
 - Affections neurologiques à composante oculaire,
 - Cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique.
- Les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - Corticoïdes,
 - Antipaludéens de synthèse,
 - Tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

En cas de perte ou de bris de verres correcteurs

La délivrance sans ordonnance d'un équipement optique en cas de perte ou de bris de verres correcteurs ne permet pas une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire si elle survient avant la durée minimale de renouvellement applicable.

Par dérogation à cette disposition, un équipement complet (respectivement une monture et deux verres) peut être pris en charge au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement en cas de bris pour les patients ayant un trouble neurologique grave avec atteinte de la motricité fine ou une déficience intellectuelle sévère.

Pour les patients pour lesquels la prise en charge de plusieurs équipements est autorisée les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. Pour ces patients, la délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de deux équipements (pour la vision de près, pour la vision de loin) est permise lorsque la période devant s'écouler pour un renouvellement en application des conditions mentionnées ci-dessus est échue pour chacun des deux équipements.

Lorsque les deux verres sont délivrés et pris en charge de façon espacée dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier verre délivré.

➤ **Des aides auditives**

Prise en charge est limitée

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de l'appareil.

L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

PRO BTP doit, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

Prise en charge maximale des aides auditives autres que 100% santé

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que 100% santé), alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge de 1 700 euros par aide auditive.

Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Montant des remboursements

Le montant de la prestation est calculé selon les dispositions figurant dans le tableau des garanties, à la date du fait générateur.

Sauf stipulation contraire figurant dans le tableau des garanties, les remboursements des prestations médicales, pharmaceutiques et d'hospitalisation sont toujours complémentaires d'un remboursement effectué par un régime de base d'Assurance maladie, dans la limite des sommes déclarées à cet organisme.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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 PRODIGEO ASSURANCES, le salarié affilié doit, pour être remboursé, transmettre les décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou toutes factures et notes d'honoraires acquittées.

Dans tous les cas où les barèmes résultant du tableau des garanties le nécessitent, le salarié affilié peut être conduit à fournir tous les éléments complémentaires justifiant et détaillant les frais réels encourus.

L'utilisation de documents inexacts, ainsi que les fausses déclarations intentionnelles, entraînent la perte de tout droit aux prestations correspondantes et le rappel des prestations versées à tort.

Plancher de remboursement

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 au salarié affilié dès que le montant global des sommes portées à son compte atteint la limite prévue ci-dessus.

Pour toute prestation entrant dans le cadre d'une convention de tiers payant signée par PRODIGEO ASSURANCES 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 ci-dessus ne s'applique pas.

Votre information

Chaque mois, vous recevez un courrier vous indiquant les remboursements BTP Santé effectués en complément de la Sécurité sociale. Vous pouvez recevoir ce courrier par e-mail dans votre messagerie du site www.probtp.com.

LA TÉLÉTRANSMISSION NOÉMIE

PRODIGEO ASSURANCES a passé des accords avec l'ensemble des Caisses primaires d'assurance maladie afin de disposer chaque nuit des décomptes traités dans la journée par la Sécurité sociale. C'est le système NOÉMIE.

Pour pouvoir bénéficier de ce système, le salarié affilié doit envoyer à PRODIGEO ASSURANCES une photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale où figurent tous les bénéficiaires de son contrat (attestation à ne fournir qu'une seule fois pour l'ouverture des droits de chaque bénéficiaire).

Toutefois, en cas de changement de situation familiale (mariage, naissance d'un enfant...) ou en cas de rattachement à une nouvelle caisse d'Assurance maladie, le salarié affilié devra fournir une nouvelle attestation.

Un message imprimé sur le décompte de la Sécurité sociale « transmis directement à votre organisme complémentaire » confirme qu'il a bien été transmis à nos services.

Tant que le salarié affilié ne bénéficie pas de ce système, il doit adresser à PRODIGEO ASSURANCES les décomptes originaux des prestations en nature de la Sécurité sociale et sur demande de PRODIGEO ASSURANCES, les factures de frais ou notes d'honoraires justifiant et détaillant les frais réels figurant sur le décompte de la Sécurité sociale.

En ce qui concerne les garanties non prises en charge par la Sécurité sociale (ostéopathie, acupuncture, chiropractie, étiopathie...) et si le contrat prévoit ces remboursements, le salarié affilié doit transmettre à PRODIGEO ASSURANCES les justificatifs détaillant les frais réels engagés.

LE TIERS PAYANT

Les modalités de versement des prestations respectent les dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale relatives aux mécanismes de tiers payant. PRODIGEO ASSURANCES propose ainsi aux professionnels de santé et aux bénéficiaires un service de tiers payant pour les remboursements suivants :

- Les tarifs de responsabilité (ticket modérateur), dans les conditions définis à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
- Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.

Liste des professionnels de santé pouvant choisir de pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire.

Professionnels de santé
Audioprothésistes
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...)
Chirurgiens-dentistes (et orthodontistes, stomatologues pour l'activité dentaire)
Établissements de santé (hôpitaux, cliniques, etc.)
Laboratoires d'analyses médicales
Médecins (généralistes et spécialistes)
Opticiens
Pharmacien s
Radiologues
Sages-femmes
Transports (sanitaires et taxis)

LA CARTE DE TIERS PAYANT

La carte de tiers payant est envoyée à l'ouverture des droits. Elle est ensuite renouvelée au terme de la période figurant sur la carte précédente.

Chaque salarié affilié ayant son propre numéro de Sécurité sociale reçoit sa propre carte.

Afin de maintenir le dossier à jour, elle est également renvoyée :

- A chaque changement de situation familiale (mariage, divorce, naissance...),
- A chaque modification de contrat.

En cas de cessation du contrat de travail ou lorsque le salarié ne fait plus partie de l'entreprise, ce dernier et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de Tiers payant aux services gestionnaires.

Au terme de leur affiliation :

- Le salarié affilié et ses éventuels ayants droit doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de PRODIGEO ASSURANCES,

- Dans l'hypothèse où le salarié affilié et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leur carte de tiers payant, PRODIGEO ASSURANCES est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par PRODIGEO ASSURANCES.

Avec l'appli PRO BTP santé, votre carte de tiers payant est disponible depuis votre smartphone

Pratique, la carte numérique peut être présentée aux professionnels de santé. Elle vous permet d'être dispensé, en fonction des garanties souscrites, de l'avance de frais pour la part couverte par PRO BTP.

C'est également la garantie de plus de sécurité pour les professionnels de santé, qui peuvent alors vérifier en temps réel vos droits et ceux de vos bénéficiaires.



En plus des fonctionnalités mises à disposition dans le menu "Ma carte Tiers Payant" vous pouvez :

- Envoyer directement un duplicata de la carte Tiers Payant par e-mail aux professionnels de santé,
- Demander la réédition de la carte papier en cas de perte,
- Afficher le QR code pour permettre aux professionnels de santé équipés du lecteur correspondant, de vous identifier plus facilement.

NOS SERVICES

INFO DEVIS SANTÉ

Avant d'engager une dépense importante, vous avez également la possibilité de faire analyser vos devis pour des soins dentaires, un équipement optique ou une prothèse auditive par notre service Info devis santé.

Vous serez ainsi informé sur le montant remboursé par PRO BTP et la somme qui reste à votre charge.

Pour cela, le devis détaillé doit être envoyé :

- Soit par courrier à :

PRO BTP
INFO DEVIS SANTÉ
Centre de traitement
94966 CRETEIL Cedex 9

- Soit en ligne via « Mon compte ».

IMPORTANT ! Pensez à préciser votre identifiant personnel PRO BTP (présent sur tous nos courriers) et votre numéro de téléphone.

Dans le cadre de l'analyse des devis santé, (tous types de prestations santé), PRODIGEO ASSURANCES, responsable de traitement, sera amenée à traiter vos données à caractère personnel afin de répondre à votre demande du montant de remboursement de vos dépenses de santé. Les informations que nous vous demandons sont indispensables au traitement de votre demande et leur absence ne pourrait que retarder notre réponse ou la rendre impossible. Ces informations sont exclusivement destinées au service info Devis Santé et seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Elles seront conservées pendant la durée nécessaire au traitement de votre demande.

En nous transmettant votre devis, vous autorisez le service Info Devis Santé à recueillir, analyser et traiter vos données de santé figurant sur ce devis.

LE RÉSEAU SÉVÉANE

PRO BTP a sélectionné pour vous des opticiens, des chirurgiens-dentistes et des audioprothésistes partenaires dans toute la France.

-  4 300 opticiens
-  4 800 chirurgiens-dentistes
-  3 000 audioprothésistes.

S'y ajoutent des implantologues, des ostéopathes et des chiropracteurs. Avec ces professionnels, il n'y a que des avantages.

Chez l'opticien, le prix des verres est négocié par notre réseau de professionnels de santé avec chaque opticien. Il tient compte des caractéristiques techniques des verres et des prix du marché. L'opticien signe un contrat de prestations optiques, dans lequel il s'engage sur des conditions tarifaires privilégiées et sur un ensemble de services. Le client bénéficie du tiers payant.

Les chirurgiens-dentistes partenaires acceptent :

- D'appliquer les tarifs auxquels la Sécurité sociale les constraint, en particulier sur les soins dentaires (traitement de caries par exemple ou détartrages). Ainsi, leurs remboursements complémentaires garantissent aux salariés affiliés une prise en charge totale pour la presque totalité des soins pratiqués,
- De déclarer leurs honoraires pour les actes ou les prix sont libres (les prothèses notamment) et de les respecter. Cette obligation, assortie de la fourniture systématique d'un devis aux patients, permet à ceux-ci de s'engager en toute connaissance de cause dans des traitements financièrement lourds,
- De promouvoir la prévention bucco-dentaire.

Le partenariat avec les audioprothésistes permet notamment l'accès à des prestations de qualité en audioprothèse, répondant aux besoins des salariés affiliés à travers un réseau ouvert d'audioprothésistes. Un référentiel de produits est proposé à des prix tenant compte des caractéristiques techniques des aides auditives. Le contrat de partenariat signé par l'audioprothésiste engage ce dernier au respect des produits, des prix et des prestations indiqués.

Retrouvez les coordonnées des opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes les plus proches de chez vous sur le site PRO BTP, dans l'espace Mon Compte. Vous devez leur présenter votre carte Vitale et votre carte de tiers payant PRO BTP.

SITE INTERNET www.probtp.com

En s'abonnant gratuitement* sur le site Internet PRO BTP, il est possible de consulter 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les remboursements de frais de santé.

Vous pouvez également vous connecter depuis votre Smartphone.

Pour vous identifier, vous devez saisir votre identifiant personnel PRO BTP présent sur les courriers PRO BTP.

** Hors frais de connexion à Internet*

L'APPLI PRO BTP SANTÉ

Pratique, l'application PRO BTP Santé facilite votre quotidien et vous permet de maîtriser vos dépenses de santé.

- Demandez une prise en charge hospitalière,
- Accédez à votre carte de tiers payant électronique et demandez la réédition de sa version papier,
- Accédez au service de Téléconsultation qui vous mettra gratuitement en relation avec des médecins généralistes et spécialistes inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins,
- Trouvez et contactez instantanément les services d'urgence les plus proches de chez vous,
- Accédez au détail de votre contrat,
- Consultez vos remboursements,
- Estimez les montants restant à votre charge avant d'engager une dépense de santé,
- Géolocalisez les partenaires santé de PRO BTP (opticiens, dentistes, audioprothésistes).

Pour télécharger gratuitement l'application PRO BTP Santé :



TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

PRO BTP vous donne accès gratuitement à la téléconsultation médicale.

Via l'appli PRO BTP Santé ou votre compte personnel sur www.probtp.com, vous interrogez un médecin quand vous en avez besoin. Vous obtenez rapidement un diagnostic, des conseils et si nécessaire, une ordonnance.

Les professionnels qui vous répondent sont inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ils sont formés à la télémédecine et sont tenus au secret médical.

La plupart des domaines sont couverts :



MÉDECINE
GÉNÉRALE



DERMATOLOGIE



PÉDIATRIE



GYNÉCOLOGIE



CARDIOLOGIE



PSYCHIATRIE

La téléconsultation via l'appli PRO BTP Santé, comment ça marche ?

Vous accédez gratuitement au service via l'appli PRO BTP Santé en cliquant sur « Téléconsultation ».

Vous créez votre compte confidentiel et recevez un code pour accéder à votre espace de télé conseil.

Une fois inscrit, vous posez immédiatement vos questions par chat en toute simplicité. Vous pouvez y joindre des photos, des résultats d'analyse ou des radiographies...

Vous serez notifié d'une réponse du médecin, selon votre choix, par SMS ou e-mail. Il vous adressera un diagnostic et la démarche à suivre pour régler votre problème de santé.



Vous avez aussi la possibilité de choisir de prendre un rendez-vous avec un médecin par téléphone ou en mode vidéo pour une consultation plus approfondie.

Si nécessaire, il vous enverra une ordonnance sur votre espace personnel sécurisé, ayant la même validité que celles délivrées par votre médecin traitant.

Inscrivez-vous dès maintenant pour un gain de temps le jour où vous aurez besoin de consulter.

IMPORTANT : ce service vient en soutien à la médecine de terrain dans le cadre du parcours de soins. Il ne se substitue pas au médecin traitant ni aux urgences.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos données personnelles, ainsi que celles de vos bénéficiaires, ont vocation à être traitées par PRODIGEO ASSURANCES, responsable de traitement, à des fins de

- (i) Souscription, gestion et exécution de votre contrat,
- (ii) 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 prédition de votre situation (score d'appétence), prospection commerciale par courrier postal, par téléphone, ainsi que 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 votre part que vous pouvez 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 PRODIGEO ASSURANCES, et,
- (iii) Avec votre accord, 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 nous transmettant des informations personnelles permettant d'identifier les bénéficiaires du contrat, vous déclarez avoir recueilli leur accord et les avoir informés des traitements effectués sur leurs données personnelles et de leurs droits.

Vos données collectées, via votre employeur, sont indispensables à ces traitements et sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle, augmentée de la durée des prescriptions légales.

D'une manière générale, vos données sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de PRODIGEO ASSURANCES, 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.

De plus, certaines de vos données 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 de vos 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 du contrat ou aux obligations légales de PRODIGEO ASSURANCES, vous et vos bénéficiaires disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données personnelles, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de vos données après votre décès. Ces droits s'exercent en justifiant de votre identité par courrier postal à :

PRO BTP
DPO
93901 BOBIGNY CEDEX 9

Ou par e-mail à « *CIRCUITDCP@probtp.com* ». Vous et vos bénéficiaires disposez d'un droit de recours auprès de la CNIL.

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

Conformément à la loi n°2014-344, tout consommateur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique nommée Bloctel.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

RE COURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

PRODIGEO ASSURANCES est subrogée de plein droit à l'assuré 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 PRODIGEO ASSURANCES a exposées en remboursement des frais de santé occasionnés par cet accident, et dans les conditions et limites légales

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Pour la mise en œuvre de leur couverture, les salariés et, le cas échéant leurs ayants droit, doivent communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par PRODIGEO ASSURANCES de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT.

RÉCLAMATION, MÉDIATION

RÉCLAMATION

Pour toute réclamation concernant l'exécution du contrat, vous pouvez vous adresser au service réclamations de PRODIGEO ASSURANCES qui peut être saisi :

- Par courrier :

PRO BTP – Réclamations
93901 BOBIGNY CEDEX 9

- Par le biais de votre espace client (www.probtp.com).

Les interlocuteurs dédiés au traitement de la demande s'engagent à accuser réception de celle-ci dans les dix (10) jours ouvrables à compter de sa réception et à y répondre dans un délai maximal de deux (2) mois.

MÉDIATION

Si après avoir épousé les voies de recours auprès du service réclamations une incompréhension ou un désaccord persiste, vous pouvez vous adresser au Médiateur de l'Assurance. Il peut être saisi par courrier à l'attention de :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS Cedex 09

Ce recours s'effectue sans préjudice des autres voies d'actions légales. Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

VOS CONTACTS DEDIES

<ul style="list-style-type: none">■ UN NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DÉDIÉ 04.92.90.65.43 <p><i>Prix d'un appel local depuis un poste fixe</i></p>	<p>Un gestionnaire vous répondra du lundi au vendredi de 8h30 à 19h et le samedi matin 8h30 à 13h.</p> <p>Un serveur d'information-paiement permettra d'obtenir des réponses sur vos remboursements 24 h/24 h.</p>
<ul style="list-style-type: none">■ UN SITE INTERNET www.probtp.com■ UNE APPLICATION PRO BTP santé	<p>Ce site et l'application vous permettent de consulter* :</p> <ul style="list-style-type: none">- Les informations générales sur le contrat,- L'état d'avancement de vos remboursements en cours, et de demander une carte de tiers payant (notamment en cas de perte) et de transmettre une demande de remboursement avec PJ scannées. <p><i>*L'accès à l'ensemble de ces informations sera subordonné à la demande d'un identifiant et d'un mot de passe via le site www.probtp.com.</i></p> <p><i>Quelques jours plus tard, vous recevrez chez vous les codes d'accès à la connexion à votre espace sécurisé.</i></p>
<ul style="list-style-type: none">■ UNE ADRESSE DÉDIÉE	<p>Pour obtenir le remboursement des soins, les factures et décomptes papier sont à adresser à :</p> <p style="text-align: center;">PRO BTP PRODIGEO Assurances - BTP CFA 93901 BOBIGNY CEDEX 9</p>

WWW.PROBTP.COM



Contrat assuré par PRODIGEO ASSURANCES

PRO BTP Association de protection sociale du Bâtiment et des Travaux publics,
Régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Siège social : 7, rue du Regard 75006 PARIS – SIREN 394 164 966
PRODIGEO ASSURANCES - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 10.000.000 euros, régie par le Code des assurances. Siège Social : 7 rue du Regard - 75006 PARIS 482 011 269 RCS PARIS

