

NOTRE PROPOSITION COMMERCIALE

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Nous vous proposons un régime modulable avec 4 niveaux de garanties : S1P2, S3P3, S3+P3+ et S4P4, répondant aux besoins de chacun.

	Bloc Soins	Part S.S. RG*	S1	S3	S3+	S4
Soins Courants	Honoraires médicaux Consultations et visites (généralistes et spécialistes) Actes techniques médicaux Radiologie Soins externes	70% 60% à 70%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux, soins infirmiers Transport Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60% 65% 60%	100%	100%	100%	200%
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	160%	200%
	Médicaments Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%	100%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.
	Matériel médical ⁽²⁾ Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	350%	500%	550%
	Honoraires Honoraires, Frais de séjour ⁽³⁾	80%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Hospitalisation Chambre particulière ^(3 bis) Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ^(3 bis) ou bénéficiaires de plus de 70 ans ^(3 bis)	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour
Optique	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^{(3)(4bis)} en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui
	Bloc Prothèses	Part S.S. RG*	P2	P3	P3+	P4
	Equipement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)		Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)				
	- Equipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾		175 € 125 €	200 € 150 €	300 € 200 €	350 € 250 €
	Equipement à verres unifocaux Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas		250 € 200 €	300 € 250 €	400 € 300 €	500 € 400 €
	Equipement à verres progressifs ⁽⁹⁾ Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
	Supplément forte correction ⁽¹¹⁾					
	Lentilles ⁽¹²⁾ Lentilles remboursées par la S.S	60%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €
Dentaire	Lentilles non remboursées par la S.S	-	-	80 €	125 €	150 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires		100%	125%	150%	200%
	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	100%	100%	100%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		-	200 €	250 €	300 €
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	-				
	Prothèses dentaires ⁽²⁾ Prothèses dentaires remboursées par la S.S. :		250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%
	- Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾	70%			250%	300%
	- Autres prothèses				300 €	400 €
Aides auditives	Orthodontie Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	200%	200%	250%	300%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	200 €	300 €	400 €
	Implants (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾ Si partenaire Implantologue Sévane			400 €	600 €	800 €
	Dans les autres cas	-	-	200 €	300 €	400 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestations complémentaires	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁶⁾ - Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus Si partenaire Audioprothésiste Sévane Dans les autres cas	60%	1 000 € 950 €	1 100 € 950 €	1 200 € 1 100 €	1 350 € 1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Étiroprathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité Sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - o des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code Sécurité sociale
 - o de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé.

Notes du tableau de garanties

(1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire

(2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé"."

(3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences

(3 bis) Limité à 90 jours par hospitalisation

(4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge"

(4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale

(5) Equipement 100% Santé ""Classe A"" , pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) 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 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13). La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur."

(6) Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus: après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.

Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13)"

(7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €."

(8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.

(9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux

(10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :

- 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;

- 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;

- 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;

- 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019; Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.

(11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :

- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;

- et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :

1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries

2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire

(13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an

(14) Soins et prothèses dentaires relevant du "100% Santé", définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2."

(15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire

(16) Prothèses hors ""100% Santé"", auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2. A partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.

(17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs

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

(19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :

* Ecouteur

* Microphone

* Embout auriculaire pour :

- bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
- bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an/appareil

* Pile sans mercure.

(20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :

- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

- Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;

- Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;

- Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;

- Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

- Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.

Les soins doivent être effectués en France métropolitaine "

(21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.

Les plafonds annuels par famille par niveau :

- P3 : 160 € / an

- P3+ : 240 € / an

- P4 : 320 € / an

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

(23) Prothèses auditives relevant du ""100% Santé"" , définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.

(a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)

(b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;

Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €

(c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture

(d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans

(e) + 140 € / verre unifocal

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

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

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Lexique

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

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 seront 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 de 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

LA PRISE EN CHARGE EST LIMITÉE EN OPTIQUE :

- ▶ **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 corigeant 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 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres,
- ▶ Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie 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 dioptrie (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 dioptrie,
- ▶ Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,

- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

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, précisées par la liste fixée 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,
- Greffe de cornée datant de moins d'un (1) an,
- Kératocône évolutif,
- Kératoplasties 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.

LA PRISE EN CHARGE EST LIMITÉE EN AIDES AUDITIVES :

- 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 BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires sont :

- ▶ Le participant à savoir, vos adhérents,
- ▶ Les ayants droit de vos adhérents, à savoir conjoint et enfant(s) à charge) tels que définis ci-après,
- ▶ Et de manière générale, toute autre personne fiscalement à charge de l'adhérent affilié ou de son conjoint ayant droit.

Le conjoint de votre adhérent

Il s'agit de :

- ▶ La personne ayant un lien matrimonial en cours avec votre adhérent affilié,
- ▶ À défaut, la personne liée à votre adhérent 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 votre adhérent 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,
 - Votre adhérent 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 votre adhérent affilié.

L'enfant à charge de votre adhérent

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

- ▶ Sont également considérés comme étant à charge les enfants nés de votre adhérent affilié, ou adoptés par votre adhérent 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 (en France, dans un autre pays de l'Espace Economique Européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis d'Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.
 - Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - En contrat de professionnalisation ou en formation en alternance,
 - Demandeurs d'emploi inscrits au Pôle Emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, 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 de votre adhérent affilié.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- ▶ Les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-dessus et à la charge fiscale de votre adhérent affilié,
- ▶ Les petits enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la Sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre de la présente proposition.

MAINTIENS DES GARANTIES

Les garanties de frais de santé de la présente proposition cessent au terme de l'adhésion de votre Groupe.

Les cotisations toutes taxes comprises (TTC) sont celles qui sont redevables par chaque adhérent. Elles incluent :

- ▶ La Taxe de Solidarité Additionnelle « TSA » à hauteur de 13,27% du tarif hors taxe (HT),
- ▶ Des taux de frais de gestion, d'assurance et d'action sociale de 10,0%.

En cas de hausse de la « TSA », cette hausse sera automatiquement répercutée sur le tarif dès sa date de mise en œuvre.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. La modification de ce cadre législatif et/ou réglementaire ne peut en aucun cas avoir pour conséquence d'augmenter l'engagement de PRODIGEO Assurances.

En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, PRODIGEO Assurances est fondé à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou au niveau des prestations.

Les cotisations seront actualisées au 1^{er} janvier de chaque année en tenant compte du coefficient de revalorisation de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) estimé notamment à partir de l'indice des coûts de dépenses de santé publié par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et sans préjudice de l'éventuelle répercussion automatique d'une hausse de la « TSA » prévue ci-dessus.

COMMUNICATION DES FRAIS

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES CONCERNANT VOTRE COUVERTURE SANTÉ

La réglementation impose que vous soient communiquées les informations suivantes concernant votre couverture santé, sur la base des comptes de l'exercice 2021 (conformément à l'arrêté du 6 mai 2020).

RATIO PRESTATIONS SUR COTISATIONS HORS TAXES

Ratio prestations versées sur cotisations collectées hors taxes	89,36 %
---	---------

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

TAUX DE FRAIS DE GESTION

Taux global de frais de gestion	Dont taux de frais d'acquisition	Dont autres frais
19,58 %	8,38 %	11,20 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour :

- concevoir les contrats;
- les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires);
- les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique)
- les gérer (dont les remboursements, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires).

C'est à dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

DES SERVICES SUPPLÉMENTAIRES POUR VOS ADHÉRENTS ET VOUS



PARCE QUE VOUS POUVEZ AVOIR BESOIN D'UN MÉDECIN SANS ATTENDRE

Avec la téléconsultation disponible sur notre appli, des médecins généralistes ou des spécialistes peuvent vous délivrer une ordonnance en direct.

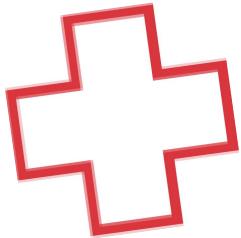
Tous inscrits au Conseil National de l'Ordre des médecins, ils sont formés à la télémédecine et sont tenus au secret médical.



PARCE QUE CONSULTER UN SPÉCIALISTE NE DEVRAIT PAS ÊTRE UN LUXE

Accédez à notre réseau de plus de 10 000 professionnels de santé présents partout en France.

Opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, implantologues, ostéopathes et chiropracteurs... Avec nos partenaires, bénéficiez de soins de qualité à prix raisonnés. Retrouvez-les sur notre appli PRO BTP Santé.



PARCE QUE NOUS AIMONS TOUS LES BONS PLANS VACANCES

Partez pour de grandes vacances en famille à petit prix* ! Nos clubs et campings vous accueillent partout en France pour découvrir la beauté de nos régions. Bretagne, Corse, Côte d'Azur vous révèlent toute leur richesse. Qu'attendez-vous pour partir ?



*sur toutes nos destinations France, Corse incluse. Hors transport aérien.

Retrouvez le détail de nos services en +
dans les fiches jointes à notre proposition



NOTRE ACTION SOCIALE AU SERVICE DE VOS ADHÉRENTS

Evènements exceptionnels, moments de fragilité, situation d'aïdant familial..., les adhérents couverts par un contrat PRODIGEO Assurances peuvent bénéficier d'aides et de prestations au titre de notre action sociale.

Les solutions Action Sociale de PRODIGEO Assurances ont pour objectif de permettre aux adhérents de bien gérer des moments-clés, de mieux appréhender un projet, ou de bénéficier d'informations et de soutien face à des situations particulières et contribuent à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

CESU Retour d'hospitalisation

PRODIGEO Assurances offre une aide aux actifs bénéficiaires d'un contrat santé (adhérent ou ayant droit) pour faciliter le recours à des prestataires de services à la personne suite à une hospitalisation de 2 jours ou plus

Cette aide sous forme de CESU préfinancés est octroyée sur étude de dossier, pouvant aller jusqu'à 350 € par bénéficiaire et par année civile.

Du soutien pour les aidants

En France, plus de 8 millions de personnes aident un proche. Certains de vos adhérents sont peut-être dans cette situation. PRODIGEO Assurance accompagne les aidants grâce à des événements partenaires comme le Café des aidants, Vivre le Répit Famille (VRF), ou le site d'informations jesuisaidant.com.

Nous pouvons également mettre en place un dispositif de sensibilisation et d'aide au sein des entreprises à destination des aidants et de l'ensemble des adhérents.

Fonds de secours santé

Les bénéficiaires et leurs ayants droit d'un contrat santé PRODIGEO Assurances peuvent bénéficier d'une aide en cas de difficultés financières pour régler leurs dépenses médicales en cas de reste à charge important ou pour participer aux frais d'obsèques d'un de leurs enfants.

Cette aide est octroyée après étude de dossier sous forme de subvention, pouvant aller jusqu'à 5 000 € par année civile.

Cellule de crise entreprise

PRODIGEO Assurances accompagne les entreprises et leurs adhérents confrontés à des « situations de crise » suite à un évènement traumatisant.

- ▶ Pour le(s) dirigeant(s) : les conséquences psychologiques de l'évènement auprès de son/leur personnel,
- ▶ Pour les adhérents : prévention et traitement émotionnel des conséquences psychologiques de l'évènement.