



# **ASSOCIATION GESTIONNAIRE DE CFA DU RÉSEAU CCCA-BTP**

## **Complémentaire santé**

NOTICE  
D'INFORMATION  
ÉDITION 2012

PARTICULIERS



## GARANTIES

- Les remboursements sont exprimés soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, part Sécurité sociale comprise.
- Les garanties sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.
- Sauf indications contraires figurant dans le descriptif de vos garanties, nos remboursements de frais de santé sont accordés uniquement si la Sécurité sociale a elle-même accordé sa participation. Ils sont effectués dans la limite des frais engagés, déclarés à la Sécurité sociale et sont conformes aux dispositions des contrats responsables.

### Glossaire

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

*PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale.*

	Contrat de base	Option 1
<b>Soins courants</b>		
Consultations et visites (généralistes, spécialistes)	300 % BRSS	300 % BRSS
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	300 % BRSS	300 % BRSS
Transports	300 % BRSS	300 % BRSS
Soins externes	300 % BRSS	300 % BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux	150 % BRSS	300 % BRSS
<b>Pharmacie</b>		
Pharmacie	100 % BRSS	100 % BRSS
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	Forfait de 50 €
<b>Hospitalisation médicale</b>		
Frais de séjour, honoraires	300 % BRSS	300 % BRSS
Forfait journalier hospitalier, dès le 1 <sup>er</sup> jour	Oui	Oui
Forfait de 18 € sur les actes > à 120 € ou K > 60	Oui	Oui
Lit d'accompagnant pour l'enfant de moins de 12 ans, dès le 1 <sup>er</sup> jour	20 €/jour	20 €/jour
Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour	60 €/jour	75 €/jour
Dépassement hospitalisation médicale	-	200 % BRSS
<b>Optique (par an et par bénéficiaire)</b>		
<u>Adulte</u>		
- Monture et / ou verres simple foyer	100 % BRSS + 400 €	100 % BRSS + 450 €
- Monture et / ou verres progressifs ou multifocaux	100 % BRSS + 650 €	100 % BRSS + 700 €
<u>Enfant (-18 ans)</u>		
- Monture et/ou verres simple foyer	100 % BRSS + 250 €	100 % BRSS + 350 €
- Monture et/ou verres progressifs ou multifocaux	100 % BRSS + 450 €	100 % BRSS + 550 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BRSS + 250 €	100 % BRSS + 250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	250 €	250 €
<b>Dentaire (par bénéficiaire)</b>		
Soins dentaires	150 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	550 % BRSS	600 % BRSS
Implants (par an et par bénéficiaire)	300 €	500 €
Parodontologie (par an et par bénéficiaire)	-	150 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	275 % BRSS	400 % BRSS
<b>Autres (par bénéficiaire)</b>		
<u>Autres prothèses</u>		
Auditives	550 % BRSS	600 % BRSS
Appareillages orthopédiques		
Ostéopathie (adulte - enfant)	30 €/séance (max 3/an/bénéficiaire)	40 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)
Assistance Présence PLUS	OUI	OUI
Frais d'obsèques (au décès du participant)	3,5 % PMSS	3,5 % PMSS

## Assistance Présence plus

### GARANTIE MONDIAL ASSISTANCE (résumé du contrat)

#### Bénéficiaires

Le salarié et les membres de sa famille couverts par le contrat *Frais de santé* de l'association gestionnaire de CFA du réseau CCCA-BTP incluant la présente garantie.

#### Services en cas d'hospitalisation

Pour une hospitalisation 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 dans un rayon de 50 km.
- Aide ménagère à domicile (pendant l'hospitalisation ou au retour, du lundi au samedi, de 8 h à 19 h, pour un maximum de 15 heures réparties sur 3 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 aussi accordée dans les cas suivants :
    - hospitalisation de plus de 2 jours de l'ascendant habituellement chargé de la garde d'enfant,
    - décès de l'un des deux parents.
  - conduite des enfants à l'école et aux activités extrascolaires (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 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) : 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 1<sup>er</sup> 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.

ASSISTANCE 24 h/24  
Tél : 01 40 25 50 33  
(Numéro à préciser : 611 969)  
Télécopie : 01 40 25 52 62

Prestation assurée par Mondial Assistance France S.A. 2 rue Fragonard Paris 75 017 PARIS.

## Actes de prévention (100 % BR)

Actes de prévention conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale (Article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).

- **Scellement prophylactique des puits**, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- **Un détartrage** annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- **Bilan du langage** oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- **Dépistage de l'hépatite B.**
- **Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition** chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - audiométrie tonale ou vocale,
  - audiométrie tonale avec tympanométrie,
  - audiométrie vocale dans le bruit,
  - audiométrie tonale et vocale,
  - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- **L'acte d'ostéodensitométrie** remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- **Les vaccinations** suivantes, seules ou combinées :
  - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - coqueluche : avant 14 ans ;
  - hépatite B : avant 14 ans ;
  - BCG : avant 6 ans ;
  - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
  - haemophilus influenzae B ;
  - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

## CONTACT TÉLÉPHONIQUE DÉDIÉ

Pour toute demande concernant vos frais de santé, vous pouvez contacter le numéro de téléphone suivant :

**04 92 90 95 43**

*Tarif local.*

*Du lundi au vendredi,*

*de 8 h 30 à 19 h 00 sans interruption.*

*Le samedi du 8 h 30 à 13 h 00.*

## 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 :**

### 1. 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.

### 2. 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.

### 3. 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 du secteur 1 et 2 consultés hors parcours de soins.

### 4. 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.

La franchise de 18 € instaurée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, sur les actes lourds (actes thérapeutiques ou actes diagnostiques affectés d'un coefficient  $K \geq 60$  ou d'un tarif  $\geq 120$  €), réalisés à l'hôpital ou en cabinet médical, est prise en charge par PRO BTP.

Toutes les évolutions législatives et réglementaires liées aux obligations et interdictions de prise en charge qui conditionnent le maintien du caractère « responsable » **seront appliquées de plein droit**, dès leur date d'effet, au contrat santé de l'association gestionnaire de CFA du réseau CCCA-BTP.

## MODALITÉS D’AFFILIATION À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

### CONDITIONS D’OUVERTURE DES DROITS

Les prestations sont dues à tout participant affilié au régime à la date où se produit le fait générateur du risque couvert.

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.

### MODALITÉS DE COTISATIONS

(Selon le choix de votre employeur)

Uniforme Famille  
OU

Isolé/2 personnes/famille

- **isolé** : le salarié,
- **2 personnes** : le salarié et son conjoint ou le salarié et 1 enfant à charge,
- **famille** : le salarié, son conjoint, 1 ou ses enfant(s) à charge ou le salarié et au moins 2 enfants à charge.

Concernant la modalité 2, le choix doit obligatoirement s'opérer en fonction de la situation familiale du salarié.

En cas de changement de la situation familiale du participant :

dans le cas où l'employeur choisi la modalité de cotisation 2, « Isolé/2 personnes/famille », le changement de formule est obligatoirement lié à une modification de la situation familiale du participant :

- naissance ou adoption d'un enfant à la charge du salarié,
- mariage ou divorce (ou séparation de corps),
- début ou fin du concubinage du salarié,
- décès de l'un des ayants droit.

Il prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'évènement, sous réserve que la demande ait été présentée dans les trois mois qui suivent l'évènement, sinon elle sera effective le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande.

La modalité de cotisation 1 « Uniforme famille » n'est pas concernée par ce paragraphe.

## LES BÉNÉFICIAIRES

Sont couverts :

- le participant,
- ses ayants droit : son conjoint et ses enfants à charge tels que définis ci-après.

### 1. Notion de conjoint

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le participant ;
- à défaut, la personne liée au participant 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 participant ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
  - a) le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun,
  - b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre,
  - c) le participant 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 enfant(s) en commun (enfant(s) né(s) de leur union ou adopté(s), ou enfant(s) à naître de leur union),
  - d) le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le participant.

### 2. Notion d'enfant à charge

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

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

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans,
- âgés de moins de 21 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
  - a) apprentis,

- b) scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace économique européen), sans être rémunéré 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.

- c) en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance,
  - d) demandeurs d'emploi inscrits au Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée.
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale, sans discontinuité.

Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant.

Sont également considérés comme enfants à charge du participant, les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du participant.

## CHANGEMENT DE COUVERTURE

Le salarié a la possibilité de modifier son choix de couverture, dans les conditions ci-après :

- au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sous réserve d'en avoir fait la demande avant le 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente et de pouvoir justifier d'une durée d'adhésion minimale de trois ans dans le régime faisant l'objet de la modification,
- les salariés en poste au moment de la mise en place du nouveau régime pourront modifier leur choix de couverture au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 1<sup>er</sup> novembre de l'année de leur adhésion. Puis, ils suivront la règle commune : justifier d'une durée d'adhésion minimale de trois ans avant de pouvoir modifier leur choix,
- dans les cas de changement de situation familiale (mariage, Pacs, divorce, décès, grossesse, naissance, adoption), de modification des ayants droit du salarié (perte de la qualité d'ayant droit, nouvel ayant droit), de perte d'emploi du conjoint, ou de surendettement, la demande doit être présentée dans les trois mois qui suivent l'événement, et la prise d'effet des nouvelles garanties intervient au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande.

Tout changement de niveau de garanties effectué par le salarié s'applique dans les mêmes conditions à ses ayants droits.

Pour tous les cas de modification, le salarié doit informer directement PRO BTP et la direction de son association.

## MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

### CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- lorsque le participant ne fait plus partie de la catégorie de personnel affilié,
- au terme de l'adhésion de l'entreprise.

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

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

### MAINTIEN DES GARANTIES

#### 1. Maintien des garanties lorsque le participant quitte son emploi

Lorsque le salarié quitte son emploi, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisation pour une période de 30 jours de date à date.

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

En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, le droit au maintien des garanties est accordé à tout participant, sans contrepartie de cotisation :

- **temporairement**, lorsque cette rupture a été suivie, immédiatement et de manière continue :
  - par une indemnisation au titre de l'assurance chômage (y compris l'allocation de solidarité spécifique),
  - ou du suivi d'un stage de formation professionnelle accompli dans le secteur du BTP, ou agréé par une commission nationale paritaire de l'emploi du BTP.

Dans ce cas, le maintien des garanties est accordé :

- aussi longtemps que le participant atteste d'une situation continue d'indemnisation au titre de l'assurance chômage, d'indemnisation d'un arrêt maladie par la Sécurité

sociale ou du suivi d'un stage de formation professionnelle tel que susvisé,  
- et ce pendant une période maximale de neuf mois de date à date, à compter de la date de fin du contrat de travail.

- **sans limitation de durée**, lorsque le participant :
  - a) a fait l'objet d'une mesure de licenciement alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la Sécurité sociale contrat de travail non rompu (à l'exception des cas de classification en invalidité de 1<sup>re</sup> catégorie), et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée,
  - b) et bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par BTP-PRÉVOYANCE.

### 3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

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

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

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, 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.

### 4. Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du participant

En cas de décès du participant, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois, de date à date, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du participant.

### 5. Maintien des garanties à titre onéreux

Les participants et leurs ayants droit qui ne peuvent plus prétendre au bénéfice des garanties peuvent adhérer aux règlements de frais médicaux individuels (actifs ou retraités) de BTP-PRÉVOYANCE.

## RETRAITÉS

En cas de départ à la retraite, le participant peut adhérer à la gamme individuelle BTP SANTÉ avec une gratuité pour les 6 premiers mois.

Pour que la gratuité de 6 mois soit appliquée :

- l'adhésion doit intervenir dans les 12 mois suivant la date d'effet de la retraite,
- l'ancien salarié doit avoir eu des droits ouverts dans les 6 mois précédant la demande d'instruction retraite ou précédant la date d'effet de la retraite (si cette dernière est plus favorable à l'adhérent).

## LES REMBOURSEMENTS

### LA TÉLÉTRANSMISSION NOEMIE

PRO BTP 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 Noemie.

Pour pouvoir bénéficier de ce système, le participant doit nous envoyer l'attestation jointe à la carte Vitale qui lui est adressée par la caisse primaire d'assurance maladie (attestation à ne fournir qu'une seule fois pour l'ouverture des droits de chaque bénéficiaire). Toutefois, ce document est à envoyer en cas de changement de situation familiale (mariage, naissance d'un enfant...) ou en cas de rattachement à une nouvelle caisse primaire d'assurance maladie.

La mise en place des échanges Noemie n'est possible que si l'assuré dépend du régime général de la Sécurité sociale ou de la RAM, MSI Champagne-Ardenne, RAM GAMEX, SMEBA, MGEL, MEP, SMENO, LMDE, SMEREP, SMERRA, SMEREB, SMECO, MAGE, CNMSS, Mutuelle BLEUE, SMERAG.

Tant que le participant ne bénéficie pas de ce système, il doit adresser à son centre de traitement PRO BTP (voir adresse sur la carte de tiers payant) les décomptes originaux des prestations en nature du régime de base et, sur demande de PRO BTP, les factures de frais ou notes d'honoraires justifiant et détaillant les frais réels figurant sur le décompte du régime de base.

Dans tous les cas, les remboursements sont effectués sur le compte bancaire du participant ou de l'ayant droit.

### LE TIERS PAYANT

À partir de la réception de la carte d'adhérent Korelio, le participant et ses ayants droit, dûment identifiés et enregistrés par PRO BTP, peuvent faire valoir le règlement direct aux professionnels de santé sans débours d'argent.

La carte est envoyée :

- à l'ouverture des droits,
- puis tous les 6 mois.

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

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

### 1. Pharmacie et laboratoire

Le tiers payant est opérationnel dans tous les départements.

### 2. Hospitalisation

PRO BTP délivre si nécessaire une prise en charge qui garantit le paiement des frais d'hospitalisation et du forfait hospitalier laissé à la charge du bénéficiaire, dans la limite de la garantie complémentaire du présent régime.

Quelques jours avant l'admission en milieu hospitalier, il est nécessaire de contacter son centre de traitement de PRO BTP (voir adresse sur la carte de tiers payant) en lui communiquant les informations suivantes :

- nom, prénom, numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire,
- nom et adresse de l'établissement hospitalier et si possible les numéros de téléphone et de fax du service des admissions.

Une prise en charge sera adressée directement à l'établissement hospitalier ou à la clinique.

La plupart des établissements traite directement la demande de prise en charge avec les organismes complémentaires.

Pour cela, devra être fournie la carte de tiers payant Korelio lors de l'admission, qu'elle soit prévue à l'avance ou en cas d'urgence.

### 3. Radiologie

Le tiers payant est opérationnel sauf dans les DOM et Monaco.

### 4. Optique

Il permet la prise en charge des frais (dans la limite des garanties contractuelles) avec les opticiens ayant signé une convention avec PRO BTP.

Le tiers payant optique fonctionne sur demande de prise en charge.

### 5. Audioprothèse

Le tiers payant est opérationnel dans tous les départements.

### INFO DEVIS SANTÉ

La structure *Info Devis Santé* permet aux bénéficiaires du contrat *Frais de santé* de faire évaluer leurs devis de frais d'optique ou dentaires avant d'engager la dépense.

Le devis détaillé (prix par acte) doit être envoyé :

- soit par courrier à :

PRO BTP  
Centre traitement *Info Devis Santé*  
94966 CRETEIL CEDEX 9

- soit par fax au numéro : 01 57 63 66 33 sans oublier de préciser le numéro de téléphone ou de fax où le participant peut être joint.

*Les renseignements que nous vous demandons sont indispensables au traitement de votre demande. Leur absence ne pourrait que retarder notre réponse ou la rendre impossible. Les informations que vous nous communiquez sont exclusivement destinées au service Info Devis Santé et seront traitées par ce service dans la plus stricte confidentialité. J'autorise le recueil, l'analyse et le traitement par le service Info Devis Santé des données de santé figurant sur ce devis. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour les informations nominatives me concernant en m'adressant au service Info Devis Santé*

### SITE INTERNET [www.probtp.com](http://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 ses remboursements de frais de santé et de disposer d'informations concernant la retraite, la carrière Arrco et Agirc, les déclarations fiscales, la garantie *Arrêts de travail*, les indemnités journalières...

\* Hors frais de connexion à Internet.



- Pour toute demande de remboursement de frais de santé, vous pouvez contacter le numéro de téléphone suivant :

**04 92 90 95 43**

*De 08 h 30 à 19 h 00 du lundi au vendredi  
et de 8 h 30 à 13 h 00 le samedi*

- Pour obtenir le remboursement des soins, les factures et décomptes sont à adresser à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant :



**Adresse d'envoi des factures et décomptes de la Sécurité sociale, en fonction de votre lieu d'habitation.**

### **Contrat assuré par BTP-PRÉVOYANCE**

**PRO BTP** Groupe paritaire de protection sociale, à but non lucratif, au service du Bâtiment et des Travaux publics.  
**PRO BTP** Association de protection sociale du Bâtiment et des Travaux publics, régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901.  
Siège social : 7 rue du Regard – 75006 PARIS - SIREN 394 164 966.  
**BTP-PRÉVOYANCE** Institution de prévoyance du Bâtiment et des Travaux publics régie par le Code de la Sécurité sociale.  
Siège social : 7 rue du Regard – 75006 PARIS - SIREN 784 621 468.