

Contact

www.probtp.com

PRO BTP

Direction régionale SUD-OUEST

33055 BORDEAUX CEDEX

Accueil au 05 56 11 56 11

M BENOIT BOUCHARD

BLANAT

46500 ROCAMADOUR

Bordeaux, le 7 Décembre 2023

Numéro adhérent : **48100520.34**

(à rappeler dans tous nos échanges)

Objet : Les informations de votre contrat Santé

Monsieur Bouchard,

Vous adhérez à notre garantie santé et je vous remercie de votre confiance.

Nous avons le plaisir de vous adresser les informations actualisées pour 2024.

Vous trouverez ci-après :

→ L'avis d'échéance de vos cotisations qui tient compte de :

- Vos mois de gratuité
- La taxe de solidarité additionnelle (13,27%) *
- La gratuité enfant

→ Le descriptif de vos garanties 2024

→ La lettre Santé de PRO BTP

Notez bien : votre carte de tiers payant vous est adressée par pli séparé.**

Pour toute question sur votre contrat, nous mettons à votre disposition un numéro d'appel spécial, le **04 92 90 65 40** (appel non surtaxé). **Il sera disponible jusqu'au 2 mars 2024**, de 8h30 à 19h du lundi au vendredi et de 8h30 à 13h le samedi.

Important

Votre contrat est conforme à la réforme du 100% Santé. Vous bénéficiez ainsi d'équipements en optique, audioprothèse et dentaire, 100% remboursés.

Pour un changement d'option :

Vos besoins ont changé ? Vous souhaitez modifier votre contrat et changer d'option ? Rendez-vous simplement sur www.probtp.com rubrique Mon Compte / Menu / Ma santé / Faire évoluer ma couverture santé et laissez-vous guider.



Nous restons à votre disposition pour toute précision et vous prions de recevoir, Monsieur Bouchard, l'expression de nos sentiments respectueux.



David FAGETTE
Directeur régional

PRO BTP, en ligne directe avec vous...

Vous pouvez nous contacter et découvrir l'intégralité de nos services avec :

- Votre espace personnel «Mon compte» sur www.probtp.com
- Votre application Santé

* Taxe obligatoire collectée et reversée intégralement à l'État par l'ensemble des mutuelles, institutions de prévoyance ou compagnies d'assurance intervenant dans le remboursement des frais de santé.

** Conformément à la réglementation en vigueur, vous pouvez bénéficier, ainsi que vos ayants droits, du **tiers payant généralisé** sous réserve que le professionnel de santé l'applique sur la part complémentaire. Dans ce cas, la somme due au professionnel de santé lui sera réglée directement dans la limite du ticket modérateur ou des garanties prévues dans le contrat.



IMPORTANT

Votre cotisation santé augmente au 1er Janvier 2024 ?

Accès aux soins facilité avec le 100 % santé, crise sanitaire, hausse des coûts de la santé liée au coût de la vie... ces dernières années, les dépenses de santé n'ont cessé de progresser.

Depuis octobre 2023, de nouvelles décisions des pouvoirs publics ont conduit à une augmentation du coût de votre complémentaire santé : diminution de 10% de la prise en charge de la Sécurité sociale sur les actes dentaires, revalorisation nationale des consultations des médecins et prochainement de plusieurs professions médicales (infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues...).

En 2024, si les cotisations santé augmentent, c'est pour continuer à vous offrir les meilleures des garanties au meilleur prix, dans la continuité de nos valeurs de solidarité comme de qualité.

Plus que jamais, dans ce contexte, notre priorité reste de préserver votre budget en vous donnant accès à des soins de qualité.

// BÉNÉFICIAIRES DE MOIS GRATUITS

Parce que notre rôle est de vous protéger tout au long de votre vie...

... en tant qu'artisan du BTP, vous bénéficiez, pendant 3 ans à compter de la date d'ouverture de votre contrat, d'un mois gratuit chaque année en adhérant à notre contrat santé, **sous réserve de le conserver au moins 12 mois** . Votre avis d'échéance tient compte de cette gratuité.



AVIS D'ÉCHÉANCE DE VOS COTISATIONS EN 2024

// VOS COTISATIONS EN DÉTAIL

Pour votre contrat <i>BTP Santé Artisans S3.P3+</i>	
Votre cotisation de base du 01.01.2024 au 31.12.2024	2.192,76 €
Montant total TTC des produits et services	2.192,76 €
Gratuité 1 mois par an en tant qu'artisan du BTP adhérent à notre contrat santé	-182,73 €
Montant total TTC des gratuités et réductions	-182,73 €
Montant total TTC à régler	2.010,03 €
Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA)* incluse dans le montant TTC à régler	235,47 €

(*) calculée sur les cotisations de base déduites des réductions éventuelles

// VOS ÉCHÉANCES

Contrat	Dates de paiements	Montants T.T.C
BTP Santé Artisans	Mensuel	
	10.01.2024	0,00 €
	10.02.2024	182,73 €
	10.03.2024	182,73 €
	10.04.2024	182,73 €
	10.05.2024	182,73 €
	10.06.2024	182,73 €
	10.07.2024	182,73 €
	10.08.2024	182,73 €
	10.09.2024	182,73 €
	10.10.2024	182,73 €
	10.11.2024	182,73 €
	10.12.2024	182,73 €
Montant total TTC		2.010,03 €



Informations relatives à vos prélèvements :

(à rappeler à nos services ou votre banque pour toute demande concernant ce moyen de paiement)

Votre Référence Unique de Mandat (RUM) : RU1P004164362F

Identifiant du Créancier SEPA (ICS) : FR36ZZZ517633 - SAF BTP IARD

Prélèvement bancaire sur le compte IBAN FR76XXXXXXXXXX00880715704XX

Si vos coordonnées bancaires ont changé, nous vous remercions de nous adresser votre nouveau relevé d'identité bancaire à votre nom ou d'un compte joint. Pour plus de rapidité, vous pouvez nous le transmettre à partir de votre espace personnel « Mon compte » sur www.probtp.com.

Renouvellement de votre contrat

Votre contrat est renouvelé chaque année par tacite reconduction. Si vous souhaitez ne pas le reconduire, vous disposez d'un délai de trente jours suivant l'envoi du présent avis d'échéance, le cachet de La Poste faisant foi.

Il convient d'en faire part à votre Direction Régionale PRO BTP par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du code de la Sécurité sociale, à l'adresse indiquée en haut de la 1ère page dans « Contact ».

Nous vous précisons que vous ne devrez plus utiliser votre carte de tiers payant à compter de la date de résiliation de votre contrat.

Résiliation de votre contrat

Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé : après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, vous pouvez résilier votre contrat sans frais ni pénalités. Sous réserve que votre demande de résiliation respecte le cadre fixé par la loi, la date de prise d'effet est légalement fixée à l'expiration d'un délai d'un mois débutant à compter de la réception de la notification de la résiliation.



INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES CONCERNANT VOTRE COUVERTURE SANTÉ

La réglementation impose que vous soyez communiquées les informations suivantes concernant votre couverture santé, sur la base des comptes de l'exercice 2022 (conformément à l'arrêté du 6 mai 2020).

RATIO PRESTATIONS SUR COTISATIONS HORS TAXES

Ratio prestations versées sur cotisations collectées hors taxes

82,09 %

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
16,34 %	8,12 %	8,22 %

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.





VOS GARANTIES SANTÉ

BTP Santé artisans S3.P3+

Valeurs applicables en 2024

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

Les remboursements sont exprimés soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, part de la Sécurité sociale incluse.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

	Part de la Sécurité sociale	GARANTIES (Part SS incluse)
Consultations et visites (généralistes, spécialistes)	70%	100% BR (160% si méd. adhérent OPTAM)
Actes techniques médicaux, Radiologie	70%	100% BR (160% si méd. adhérent OPTAM)
Soins externes	60% / 70%	100% BR (160% si méd. adhérent OPTAM)

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux	60%	100% BR
Soins infirmiers	60%	100% BR
Transport	55%	100% BR
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la SS. ⁽³⁾	60%	100% BR

Analyses et examens de laboratoire

Analyses	60%	100% BR
----------	-----	---------

Médicaments

Pharmacie	15% / 30% / 65%	100% BR
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	-	vaccin anti-grippe : 15€/an/bénéficiaire
Contraceptifs féminins NR	-	30€ /An /Bénéficiaire

Matériel médical

Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽²⁾	60%	350%BR
--	-----	--------

HOSPITALISATION

Honoraires

Hospitalisation : frais de séjour, honoraires ⁽⁴⁾	80%	100% BR (160% si méd. adhérent OPTAM)
--	-----	---------------------------------------

Forfait journalier hospitalier

Forfait hospitalier ⁽⁴⁾	-	100% dès le premier jour
------------------------------------	---	--------------------------

Autres prestations d'hospitalisation

Participation Forfaitaire pour les actes supérieurs à 120€	-	100% du forfait
Forfait patient Urgence ⁽⁵⁾	-	100% du forfait
Chambre particulière (dès le 1er jour)	-	50€ /Jour limitées à 90J/hosp
Lit accompagnant hospitalisation bénéficiaire de 70 ans et plus	-	23€/j limités à 90j/hosp
Lit accompagnant enfants moins de 12 ans	-	23€/j limités à 90j/hosp

OPTIQUE

Équipement 100% santé

Équipement optique 100% santé ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾	60%	Frais réels
--	-----	-------------

Autres équipements optique (verres et monture)

Équipement optique libre à verres unifocaux ⁽⁹⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾	60%	200€ (300€ dans réseau Sévéane)
Équipement optique libre à verres progressifs ⁽⁹⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾	60%	300€ (400€ dans réseau Sévéane)

.../...

Les remboursements sont exprimés soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, part de la Sécurité sociale incluse.	Part de la Sécurité sociale	GARANTIES (Part SS incluse)
Equiptement optique mixte (verres 100% santé et monture libre) ⁽⁹⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁰⁾	60%	Verres 100%FR / Monture = 100€
Supplément pour forte correction ⁽¹³⁾	-	50€ / verre
Lentilles		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁴⁾	60%	100% BR + 150€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	125€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive de la vue		
Chirurgie de la vue non remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹⁵⁾	-	300€/oeil/an/bénéf.
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé		
Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹⁶⁾⁽²⁾	60%	Frais réels
Soins dentaires		
Soins dentaires	60%	100% BR
Actes Inlay-Onlay	60%	150% BR
Parodontologie non prise en charge par la SS	-	250€ /an et /bénéficiaire
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires à honoraires libres ⁽²⁾	60%	450% BR
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁷⁾⁽²⁾	60%	Frais réels
Orthodontie		
Orthodontie (pris en charge par le Régime Obligatoire)	100%/60%	275% BR
Orthodontie refusée	-	300€/semestre(max 6 semestres)
Implants		
Implant dentaire ⁽²¹⁾	-	300€ (600€ dans Réseau Implantologie Sévèane)
AIDES AUDITIVES		
Equiptement 100% santé		
Prothèses auditives 100% Santé ⁽²⁴⁾⁽¹⁸⁾	60%	Frais réels
Prothèses auditives		
Prothèses auditives ⁽¹⁰⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁾	60%	950€ (1200€ dans réseau Sévèane)
Prothèses auditives (bénéficiaires de moins de 20 ans) ⁽¹⁰⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁾	60%	1400€
Accessoires prothèses auditives ⁽¹⁹⁾	60%	100% BR
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES		
Cure thermique ⁽²⁰⁾	65%	100%BR + 150€/an/bénéficiaire
Médecines complémentaires agréées ⁽²²⁾⁽²³⁾	-	40€ /séance (max 3/bénéf.)



Légende

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire
- (2) L'ensemble des prothèses dentaires, audioprothèses, prothèses orthopédiques et autres prothèses est limité à 10 000 € par an et par bénéf. Au-delà, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "soins et prothèses 100% Santé"
- (3)
- (4) Non limité en nombre. Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale. Les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (5) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale. Non limité en nombre et sans limitation de durée.
- (6) Equipement optique relevant du "100% Santé" tel que défini par l'arrêté du 03.12.2018, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
- (7) Limité à un équipement (une monture, deux verres) tous les 24 mois pour les personnes de 16 ans et plus, ou tous les 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. La période s'entend à partir du dernier remboursement d'un équipement.
- (8) Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/28 texte n°13).
- (9) Les forfaits monture et verres simples ne sont pas cumulables avec les forfaits monture et verres progressifs. Forfait par bénéficiaire.
- (10) Votre remboursement intervient sous déduction du montant versé par la Sécurité Sociale.
- (11) La monture est limitée à 100€
- (12) Sous condition que la Sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.
- (13) Ce forfait supplémentaire est versé si le verre unifocal est mentionné au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ou le verre progressif ou

- multifocal est mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019
- (14) Montant en euros : forfait annuel par personne, pour la part excédant le tarif de la Sécurité sociale.
- (15) Hors implants oculaires (considérés comme prothèses non remboursées par la Sécurité Sociale)
- (16) Prothèses relevant du "100% Santé", tel que défini par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'art. L. 162-9 ou par le règlement arbitral prévu à l'art. L. 162-14-2.
- (17) Prothèses hors "100% santé" auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 01.01.2020. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'art. L. 162-9 ou par le règlement arbitral prévu à l'art. L. 162-14-2.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants : Ecouteur, Microphone, Embout auriculaire (1/an/appareil, 4 si enfant de moins de 2 ans), Pile sans mercure.
- (20) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (21) Montant en euros : Forfait/an/bénéficiaire.
- (22) Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Diététicien, Etiopathe, séances de Psychologues non remboursées par la SS. Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI. Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (23) Limité à 3 séances par an et par bénéficiaire. Le remboursement est limité à 40€ par consultation pour un total de 240€ par an ET par famille.
- (24) Prothèses auditives relevant du 100% Santé au 01.01.2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28.11.2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'art. L165-1 du code de la SS.

Lexique

FR : frais réels

RS : remboursement de la Sécurité sociale

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée



EXEMPLES	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin traitant spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	52,00 €	21,05 €	28,35 €	2,60 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	65,00 €	15,10 €	6,90 €	43,00 €	Prix moyen national de l'acte
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	-	20,00 €	0,00 €	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	422,00 €	247,70 €	174,30 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte pour un oeil. Hors contrat Chirurgie complémentaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463,00 €	247,70 €	24,00 €	191,30 €	Prix moyen national de l'acte pour un oeil. Hors contrat Chirurgie complémentaire.
OPTIQUE					
Equipe ment optique de classe A (monture + verres unifocaux équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	
Equipe ment optique de classe B (monture + verres unifocaux réseau Sévéane)	342,00 €	0,09 €	299,91 €	42,00 €	
DENTAIRE					
Détartrage	43,38 €	26,02 €	17,36 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (100% Santé)	500,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxième s prémolaires (honoraires maîtrisés)	550,00 €	72,00 €	478,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur molaire	554,00 €	72,00 €	468,00 €	14,00 €	
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	



EXEMPLES	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
Aide auditive de classe II par oreille réseau Sévéane (à partir de 21 ans)	1565,00 €	240,00 €	960,00 €	365,00 €	

Retrouvez plus d'exemples de remboursement sur notre site internet.





→ LE RESEAU SEVEANE

En passant par notre réseau de professionnels de santé Sévéane, vous bénéficiez de soins de qualité à tarifs maîtrisés sur les lunettes, implants dentaires et prothèses auditives :

Ce réseau regroupe près de :

- 4 200 opticiens
- 4 800 chirurgiens-dentistes dont 270 implantologues
- 3 500 audioprothésistes
- 740 ostéopathes/chiropracteurs.

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 contraint, en particulier sur les soins dentaires (traitement de caries par exemple ou détartrages). Ainsi, les 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 où 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 adhérents 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 indiquées.

Retrouvez les coordonnées des professionnels de santé Sévéane les plus proches de chez vous sur le site, dans l'espace "MON COMPTE".

Vous devez leur présenter votre carte Vitale et votre carte de tiers payant KORELIO.



