

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires. Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale. Les prestations sont exprimées en base de remboursement Sécurité sociale (BR) ou en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). Ils interviennent dans la limite des plafonds de prise en charge définis par la réglementation **des contrats responsables et du dispositif du 100% santé** : pour le dentaire, dans la limite des **Honoraires Limites de Facturation (HLF)** et, pour l'optique et les aides auditives, dans la limite des **Prix Limites de Vente (PLV)**.

Nature des prestations		Sécurité sociale (en% de la BR)	Niveau socle conventionnel	Niveau 1 niveau socle conventionnel inclus	Niveau 2 niveau socle conventionnel inclus
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultation et visite généraliste, spécialiste (hors hospitalisation)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR	140% BR	210% BR
Consultation et visite généraliste, spécialiste, sage-femme (hors hospitalisation)	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR	120% BR	190% BR
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR	140% BR	210% BR
	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR	120% BR	190% BR
Actes d'imagerie médicale	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR	140% BR	210% BR
	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR	120% BR	190% BR
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses et examens de laboratoire		60%	100% BR	130% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux					
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes)		60%	100% BR	130% BR	200% BR
Matériel médical					
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue au L.165-1 du Code de la Sécurité sociale (hors aides auditives)		60%	180% BR	210% BR	300% BR
Médicaments					
Médicaments (y compris vaccins)		15%, 30% ou 65%		100% BR	
Transport					
Transport (hors hospitalisation et cure thermale)		65 %		100% BR	
HOSPITALISATION (y compris frais d'accouchement)					
Honoraires					
Consultation et actes techniques	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	80% ou 100%	100% BR	180% BR	380% BR
	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	80% ou 100%	100% BR	160% BR	180% BR
Frais de séjour					
Frais de séjour		80% ou 100%		100% BR	
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (sans limitation de durée et par jour, établissements médicaux-sociaux exclus)		-		100% FR	
Transport					
Transport		65%		100% BR	
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)					
Chambre particulière avec ou sans nuitée (sans limitation de durée)		-	27,42 € / jour (0,8% du PMSS)	44,56 € / jour (1,3% du PMSS)	68,56 € / jour (2% du PMSS)
Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans (sans limitation de durée)		-	27,42 € / jour (0,8% du PMSS)	44,56 € / jour (1,3% du PMSS)	68,56 € / jour (2% du PMSS)
DENTAIRE					
Soins					
Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)		70%	100% BR	140% BR	210% BR
Actes techniques		70%	100% BR	120% BR	190% BR
Soins et prothèses 100% santé⁽²⁾					
Prothèses 100% santé		70%		100% des HLF	

Nature des prestations	Sécurité sociale (en% de la BR)	Niveau socle conventionnel	Niveau 1 niveau socle conventionnel inclus	Niveau 2 niveau socle conventionnel inclus
Soins et prothèses hors 100% santé⁽²⁾				
Inlays-onlays à tarifs maîtrisés	70%	100% BR	140% BR dans la limite des HLF	210% BR
Inlays-onlays à tarifs libres	70%	100% BR	140% BR	210% BR
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	70%	210% BR	245% BR dans la limite des HLF	350% BR
Prothèses dentaires à tarifs libres	70%	210% BR	245% BR	350% BR
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% ou 70%	100% BR + 342,80 € ⁽³⁾ (10% du PMSS)	100% BR + 411,36 € ⁽³⁾ (12% du PMSS)	100% BR + 514,20 € ⁽³⁾ (15% du PMSS)
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)				
Prothèses dentaires (par prothèse)	-	150,50 €	188,15 €	301 €
Orthodontie adulte et enfant	-	342,80 € ⁽³⁾ (10% du PMSS)	411,36 € ⁽³⁾ (12% du PMSS)	514,20 € ⁽³⁾ (15% du PMSS)
OPTIQUE⁽⁴⁾				
Équipements 100% santé⁽²⁾				
Classe A : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	60%		100% PLV	
Équipements hors 100% santé⁽²⁾				
Classe B : équipement verres et monture (dont 100 € maximum au titre de la monture)	60%		Voir grille optique page suivante	
Suppléments				
Prestation d'adaptation de la prescription médicale des verres	60%		100% BR	
Autres suppléments	60%		100% BR	
Lentilles correctrices				
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	60% ou 0%	100% BR + 113,12 € ⁽⁵⁾ (3,3% du PMSS)	100% BR + 137,12 € ⁽⁵⁾ (4% du PMSS)	100% BR + 226,25 € ⁽⁵⁾ (6,6% du PMSS)
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)				
Chirurgie réfractive	-	-	-	342,80 € (par œil) (10% du PMSS)
AIDES AUDITIVES⁽⁴⁾				
Délais de renouvellement				
Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse une aide auditive par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de celle-ci, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacune des aides. Les dispositifs de classe I ou II sont définis au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.				
Équipements 100% santé⁽²⁾				
Aide auditive classe I	60%		100% PLV	
Équipements hors 100% santé⁽²⁾				
Aide auditive classe II	60%	100% BR + 100 € ⁽⁶⁾	100% BR + 250 € ⁽⁶⁾	100% BR + 400 € ⁽⁶⁾
Consommables, piles et accessoires				
Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	60%		100% BR	
CURE MÉDICALE				
Cure thermique				
Cure thermique (traitement thermal, hébergement et transport)	65%		100% BR	
FORFAIT ACTES LOURDS				
Forfait actes lourds				
Forfait actes lourds non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale	-		100% FR	
FORFAIT PATIENT URGENCES				
À compter du 01/09/2021 - Forfait patient urgences				
Non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale			100% FR	
FRAIS DE PARENTALITÉ				
Frais de parentalité				
Allocation forfaitaire en cas de naissance et/ou d'adoption, par enfant	-		500 € / enfant	
LISTE AUDIENS BIEN-ÊTRE SANTÉ				
Audiens Bien-être Santé				
Prise en charge d'actes non remboursés par la Sécurité sociale figurant sur la liste Audiens Bien-être Santé	-		50% FR dans la limite de 150 € ⁽⁶⁾	

Nature des prestations	Sécurité sociale (en% de la BR)	Niveau socle conventionnel	Niveau 1 niveau socle conventionnel inclus	Niveau 2 niveau socle conventionnel inclus
SERVICES				
Action sociale				
Action sociale	-		OUI	
Audiens assistance quotidienne à domicile				
Audiens assistance quotidienne à domicile 7 jours / 7 et 24 heures / 24	-		OUI	
Bilan de santé				
Bilan de santé (1 bilan tous les 5 ans dans une centre agréé par le groupe Audiens) ⁽⁷⁾	-		100% FR	

DÉTAIL GRILLE OPTIQUE

Équipement

Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres.

Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'Institution remboursera la composante :

- classe A, à hauteur du prix limite de vente ;
- classe B, à hauteur de la garantie «Équipement hors 100% santé» déduction faite du remboursement de la composante classe A et le cas échéant dans la limite de 100 € pour la monture.

Les dispositifs de classe A et de classe B sont définis au chapitre 2 du Titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Délais de renouvellement

Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse **un équipement – ou deux équipements** (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les :

- **24 mois** pour les bénéficiaires de **16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ;**
- **12 mois** pour les bénéficiaires **de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ;**
- **6 mois** pour les bénéficiaires **jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.**

Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement :

- par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ;
- par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante.

Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

Nature des prestations	Sécurité sociale (en% de la BR)	Niveau socle conventionnel	Niveau 1 niveau socle conventionnel inclus	Niveau 2 niveau socle conventionnel inclus
Équipement classe B avec 2 verres simples	60%	209 €	240 €	270 €
Équipement classe B avec 1 verre simple et 1 verre complexe	60%	268 €	319 €	369,50 €
Équipement classe B avec 1 verre simple et 1 verre très complexe	60%	396,50 €	490 €	535 €
Équipement classe B avec 2 verres complexes	60%	327 €	398 €	469 €
Équipement classe B avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe	60%	455,50 €	569 €	634,50 €
Équipement classe B avec 2 verres très complexes	60%	584 €	740 €	800 €

BR : Base de remboursement. FR : Frais réels. HLF : Honoraires limites de facturation. PLV : Prix limite de vente.

(1) DPTAM : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) prévus par la Convention nationale médicale du 25 août 2016.

(2) Tel(le)s que défini(e)s réglementairement notamment au sein du Code de la Sécurité sociale, à l'article R.871-2, aux points 3° pour l'optique, 4° pour les aides auditives et 5° pour les prothèses dentaires.

(3) Montant global par année civile et par bénéficiaire incluant la prise en charge des frais d'orthodontie remboursés ou non par la Sécurité sociale.

(4) Conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(5) Par année civile et par bénéficiaire.

(6) En tout état de cause, le cumul des remboursements de l'Institution et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1 700 € par aide auditive.

(7) Le bilan dure de 30 à 45 minutes et comporte les examens suivants (modulables en fonction de l'âge, du sexe et des antécédents médicaux de l'assuré) : Examen de médecine générale complet avec étude des fonctions cardio-vasculaires, respiratoires, neurologiques, digestives et uro-génitales - Contrôle de la validité des différents vaccins - Enquête sur les antécédents familiaux et personnels, l'hygiène de vie, les habitudes alimentaires, la détection de maladies, la prévention santé - Bilan biométrique : taille, poids, mesure de l'indice de masse corporelle - Analyse d'urine sur bandelette : sucre, sang, albumine - Acuité auditive - Acuité visuelle - Electrocardiogramme - Examens complémentaires si besoin - Orientation vers un spécialiste si besoin - Résultats et organisation d'un suivi médical périodique si besoin.

Ces exemples ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une dépense de santé donnée, les remboursements effectués par Audiens Santé Prévoyance en complément de l'Assurance maladie ainsi que votre éventuel reste à charge. Ils correspondent au profil d'un assuré social adulte respectant le parcours de soins coordonnés. Ils n'ont pas de valeur contractuelle et ne tiennent pas compte des éventuelles modifications en cours d'année des règles de remboursement de l'Assurance maladie.

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé ⁽¹⁾	Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	Niveau socle conventionnel		Niveau 1		Niveau 2	
			Remboursement Audiens	Votre reste à charge	Remboursement Audiens	Votre reste à charge	Remboursement Audiens	Votre reste à charge
SOINS COURANTS								
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €	7,50 €	1 €	7,50 €	1 €
Consultation spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	20 €	9 €	1 €	9 €	1 €	9 €	1 €
Consultation spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisé (adhérent à un DPTAM ⁽²⁾)	44 €	20 €	9 €	15 €	21 €	3 €	23 €	1 €
Consultation spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libre (non adhérent à un DPTAM ⁽²⁾)	56 €	15,10 €	6,90 €	34 €	11,50 €	29,40 €	27,60 €	13,30 €
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM ⁽²⁾) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	247,70 € ⁽³⁾	0 €	107,30 €	107,30 €	0 €	107,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM ⁽²⁾) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	247,70 € ⁽³⁾	0 €	183,30 €	148,62 €	34,68 €	183,30 €	0 €
DENTAIRE								
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €	8,68 €	0 €	8,68 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500 €	84 €	416 €	0 €	416 €	0 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84 €	168 €	286,70 €	210 €	244,70 €	336 €	118,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	150,50 €	312,95 €	188,13 €	275,33 €	301 €	162,45 €
OPTIQUE								
Équipement de Classe A ⁽⁴⁾ (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	0 €	102,50 €	0 €	102,50 €	0 €
Équipement de Classe B ⁽⁴⁾ (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0,09 €	208,91 €	136 €	239,91 €	105 €	269,91 €	75 €
AIDES AUDITIVES								
Aide auditive de classe I ⁽⁵⁾ par oreille (équipement 100% santé)	950 €	240 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €
Aide auditive de classe II ⁽⁵⁾ par oreille	1 476 €	240 €	260 €	976 €	410 €	826 €	560 €	676 €

(1) Source : valeurs mises à disposition par l'Unocam (Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire) sur la base des dernières données disponibles dans le système national de données de santé (SNDS).

(2) DPTAM : dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) prévus par la Convention nationale médicale du 25 août 2016.

(3) La base de remboursement indiquée ne comprend pas la participation forfaitaire de 24 euros pour s'acquitter d'un acte dit lourd. Celle-ci est toutefois prise en charge par votre garantie.

(4) Classe A : équipement optique 100% santé (sans reste à charge) / Classe B : équipement optique remboursé en fonction du contrat.

(5) Classe 1 : équipement auditif 100% santé (sans reste à charge) / Classe 2 : équipement auditif remboursé en fonction du contrat.

Document non contractuel. Exemples spécifiques sur demande pour les bénéficiaires du régime Alsace Moselle.

PIGISTE DE MOINS DE 65 ANS

	Niveau socle conventionnel	Niveau 1 *	Niveau 2 *
Pigiste - avec la participation du Fonds	20,57 €	44,22 €	83,30 €
Pigiste - sans la participation du Fonds	41,14 €	64,78 €	103,87 €
Conjoint	41,14 €	64,78 €	103,87 €
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e)	20,57 €	32,22 €	52,11 €

PIGISTE DE 65 ANS À 69 ANS

	Niveau socle conventionnel	Niveau 1 *	Niveau 2 *
Pigiste - avec la participation du Fonds	20,57 €	50,05 €	99,08 €
Pigiste - sans la participation du Fonds	41,14 €	70,62 €	119,64 €
Conjoint	41,14 €	70,62 €	119,64 €
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e)	20,57 €	32,22 €	52,11 €

PIGISTE DE PLUS DE 69 ANS

	Niveau socle conventionnel	Niveau 1 *	Niveau 2 *
Pigiste - avec la participation du Fonds	20,57 €	55,88 €	114,50 €
Pigiste - sans la participation du Fonds	41,14 €	76,45 €	135,06 €
Conjoint	41,14 €	76,45 €	135,06 €
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e)	20,57 €	32,22 €	52,11 €

À VOTRE DÉPART À LA RETRAITE ET SANS ACTIVITÉ DE PIGISTE

Vous pouvez conserver les prestations de la Garantie Santé Pigistes à un tarif aménagé.

	Niveau socle PEPS*	Niveau 1 *	Niveau 2 *
Adulte de moins de 65 ans	41,14 €	64,78 €	103,88 €
Adulte de 65 ans à 69 ans	51,43 €	80,90 €	129,92 €
Adulte de plus de 69 ans	61,71 €	97,01 €	155,63 €
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e)	20,57 €	32,23 €	52,11 €

Les Niveau 1 et Niveau 2 incluent les cotisations du Niveau socle conventionnel.

Ces tarifs sont TTC et incluent la taxe additionnelle TSA. Ils évoluent chaque année selon le montant du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Tarifs spécifiques sur demande pour les bénéficiaires du régime Alsace Moselle qui souscrivent au Niveau 1 ou au Niveau 2.

* Niveau souscrits par l'Association PEPS «journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé».

Ratio Prestations/Cotisations de l'Institution réels comptables hors frais de gestion : 95 %.
Taux de frais de gestion négocié du contrat : 16 %.

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.

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 de gestion 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) et les gérer (dont le remboursement, 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.

Préambule

La « Garantie Santé Pigistes » mise en œuvre par Audiens Santé Prévoyance, ci-après dénommée l'Institution, offre aux journalistes rémunérés à la pige le choix entre le Niveau socle conventionnel seul ou complété par l'un des deux niveaux complémentaires.

Le Niveau socle conventionnel est issu du Règlement RGT AUD 2020-CNV-017-S qui fixe les conditions dans lesquelles Audiens Santé Prévoyance met en œuvre au profit des journalistes rémunérés à la pige une garantie frais de soins de santé en réponse aux dispositions de l'annexe III à l'accord national professionnel de retraite du 9 décembre 1975 et de ses avenants subséquents.

Les dispositions dudit Règlement et celles déterminées au bulletin d'adhésion à destination des employeurs et à la demande d'affiliation à destination des journalistes rémunérés à la pige, relèvent des dispositions figurant au Livre 9 du Code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion obligatoire et répondent au cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les deux niveaux complémentaires sont issus du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative n° 480099316 – S Fac/Association/2 souscrit auprès d'Audiens Santé Prévoyance par l'Association Journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé PEPS en faveur de ses adhérents. Ce contrat relève des dispositions figurant au Livre 9 du Code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et répond au cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Audiens Santé Prévoyance est une institution de prévoyance autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991 et régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 74 rue Jean Bleuzen 92170 Vanves.

L'Association Journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé PEPS est une association régie par la loi de 1901, dont le siège social est situé 14 rue Germain Pilon 95240 Corneilles-en-Paris.

Les présentes Conditions générales ont pour objet de vous communiquer les dispositions du Niveau socle de la garantie frais soins de santé conventionnelle et des Niveaux 1 et 2 de la garantie frais soins de santé complémentaire souscrite par l'Association Journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé PEPS.

Les tableaux de prestations et de cotisations relatifs à la « Garantie Santé Pigistes » sont joints aux présentes Conditions générales.

Titre 1 – Dispositions propres à la garantie frais de soins de santé conventionnelle des journalistes rémunérés à la pige (Niveau socle conventionnel)

Article 1. Définition

Pour l'application des dispositions du Titre 1 des présentes Conditions générales, il faut entendre par :

Adhérent

L'employeur ayant adhéré au Règlement RGT AUD 2020-CNV-017-S de l'Institution pour la mise en œuvre de la garantie frais de soins de santé conventionnelle au profit de ses journalistes rémunérés à la pige.

Concubin

La personne qui, au moment de son affiliation et des soins ou de l'événement, vit en couple avec le participant et sous le même toit depuis au moins deux ans, aucun des deux n'étant par ailleurs marié.

La durée de la vie commune peut être inférieure à deux ans si un enfant est né de cette union de fait.

Conjoint

La personne liée au participant par le mariage non séparé judiciairement.

Enfants à charge

Les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin, sous réserve qu'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

- considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études à l'étranger et :
 - bénéficiant du régime obligatoire de Sécurité sociale de l'un des pays de la Communauté Européenne ou de la Suisse, où les études sont poursuivies ;
 - ou affiliés à la Caisse des Français à l'étranger, au titre de l'Assurance volontaire pour tous les autres pays ;
- ou âgés de moins de 26 ans à la recherche d'une première activité rémunérée et pouvant justifier cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans, rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle, bénéficiant à ce titre d'une mesure d'aide à l'emploi, selon la législation en vigueur (stage ou contrat de travail), et pouvant justifier cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans s'ils suivent une formation en alternance sous contrat d'apprentissage ou sous contrat de professionnalisation ;
- ou quel que soit leur âge s'ils perçoivent des allocations prévues par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur les personnes handicapées, ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources mensuelles ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC.

Les enfants du participant, non confiés à sa garde, mais pour lesquels il est judiciairement tenu de verser une pension alimentaire, sous réserve qu'ils remplissent une des conditions ci-dessus.

Les pièces ci-dessous doivent notamment être fournies à l'Institution selon la situation de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance avec les mentions marginales à jour au moment de l'affiliation ;
- une copie de la carte d'étudiant ;
- une copie de l'attestation administrative d'attribution d'allocations personne handicapée ;
- les justificatifs de ressources ;
- une attestation de situation de recherche d'emploi ;
- une copie du jugement de divorce mentionnant le versement de la pension alimentaire ;
- un justificatif du bénéfice d'une mesure d'aide à l'emploi.

Pacsé

La personne liée au participant par un pacte civil de solidarité non rompu. Une copie de l'attestation de Pacs doit être notamment fournie à l'Institution.

Participant

Tout journaliste exerçant une activité rémunérée à la pige, affilié en son nom propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle, étant déclaré comme tel à l'Institution par une ou plusieurs entreprises adhérentes et affilié à la garantie frais de soins de santé faisant l'objet du présent Titre 1.

Article 2. Adhérents et « Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige »

L'employeur s'engageant à cotiser auprès de l'Institution pour tous ses journalistes rémunérés à la pige présents et futurs, son adhésion à l'Institution relève des opérations collectives à adhésion obligatoire.

Par cette adhésion, l'employeur devient un adhérent de l'Institution.

La cotisation frais de soins de santé versée par les adhérents nette des taxes afférentes aux contrats responsables collectifs frais de soins de santé est affectée au « Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige ».

Le « Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige » a pour objet de mettre en commun toutes les cotisations versées par les entreprises et de prendre en charge, au titre de l'engagement des employeurs et dans la limite dudit fonds, la participation à la cotisation de la garantie du régime frais de soins de santé.

Parce qu'il contribue à l'acquisition d'une complémentaire santé, ledit fonds permet ainsi une continuité de la couverture santé pour les journalistes rémunérés à la pige qui, du fait du caractère variable de leur activité et de la multiplicité des employeurs successifs, ne peuvent en bénéficier par le biais d'un contrat collectif à adhésion obligatoire rattaché à un seul employeur.

Article 3. Conditions d'affiliation du participant

L'accès à la garantie frais de soins de santé du présent Titre 1 est ouvert à tout journaliste rémunéré à la pige dès lors qu'il justifie avoir perçu au minimum une pige au cours des vingt-quatre mois précédant son affiliation et que cette pige ait été déclarée par son employeur auprès de l'Institution. Le participant doit adresser chaque année à l'Institution au moins un bulletin de paie.

Pour s'affilier à la garantie frais de soins de santé du présent Titre 1, il remplit et renvoie à l'Institution la demande d'affiliation, accompagnée du justificatif mentionné ci-dessus, désignant s'il y a lieu les autres bénéficiaires de la garantie tels que définis à l'article 5.

Par cette affiliation, il devient un participant de l'Institution.

L'affiliation prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation et du justificatif par l'Institution.

Article 4. Durée de l'affiliation/Renouvellement

L'affiliation se renouvelle le 1^{er} janvier de chaque année, sauf radiation prévue à l'article 6 et sous réserve des dispositions visées à l'article 7.

Article 5. Bénéficiaires

Outre le participant, le bénéfice de la garantie peut être étendu, selon les cotisations versées par le participant :

- au conjoint ou pacsé ou concubin tels que définis à l'article 1 ;
- aux enfants à charge tels que définis à l'article 1.

Le participant peut demander l'admission de ses éventuels bénéficiaires :

- à la date d'effet de son affiliation ;
- au premier jour du mois suivant la réception par l'Institution des justificatifs relatifs à la modification de la situation de famille ;
- ou au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'admission par l'Institution s'il n'a pas souhaité les affilier aux dates précitées.

Article 6. Radiation de l'affiliation

6.1. Radiation par le participant

Le participant a la possibilité de demander la radiation de son affiliation à la garantie frais de soins de santé :

1. Dans le courant de l'année si le participant se voit dans l'obligation d'intégrer un régime frais de soins de santé complémentaire obligatoire en adressant à l'Institution sa demande accompagnée d'une attestation d'affiliation au régime complémentaire obligatoire précité. La radiation prend effet à la fin des deux mois suivant la réception de la demande et des justificatifs par l'Institution ;
2. Chaque année au 31 décembre d'un exercice en envoyant à l'Institution la notification de sa demande au plus tard le 31 octobre de l'année concernée ;
3. A tout moment, dès lors qu'un an s'est écoulé depuis la première souscription. La dénonciation prend alors effet un mois après la réception par l'Institution de la notification faite par le participant, ou à une date ultérieure convenue entre le participant et l'Institution.

La radiation de l'affiliation du participant entraîne en tout état de cause celle de l'ensemble des éventuels bénéficiaires qui lui sont rattachés.

Sous réserve que le participant accomplisse les formalités d'affiliation fixées à l'article 3, la réinscription à la garantie frais de soins de santé des présentes Conditions générales pourra intervenir :

- à toute date, si le participant peut justifier avoir été affilié jusqu'à la veille de la date d'effet de sa réinscription à un contrat frais de soins de santé obligatoire ;
- après un délai minimum d'une année civile dans les autres cas.

Modalités de radiation

Quel que soit le cas de demande de radiation invoqué (1, 2 ou 3), le participant peut en effectuer la notification par courrier postal ou électronique ou par tout autre support durable au sens de la réglementation. Cette demande peut également être notifiée par déclaration ou acte extra-judiciaire au siège social de l'Institution. Lorsque le participant exerce son droit de demander sa radiation à tout moment visé au 3 ci-dessus afin de souscrire une nouvelle couverture auprès d'un autre organisme assureur et que ce dernier procède pour le compte du participant à la notification de la dénonciation, celle-ci s'effectue obligatoirement par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à l'Institution.

6.2. Radiation par un bénéficiaire autre que le participant

Si l'un des bénéficiaires rattachés au participant demande sa radiation et joint un justificatif consécutivement :

- à l'obligation d'intégrer un régime obligatoire frais de soins de santé,

▪ à une modification de sa situation familiale, sa radiation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de sa demande de radiation.

En cas de demande de radiation volontaire non liée à l'une des situations citées ci-dessus, la radiation prend effet au 31 décembre sous réserve que le bénéficiaire ait adressé, avant le 31 octobre de l'année en cours, une demande écrite par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Institution.

Article 7. Cessation de la garantie

Le participant cesse d'être garanti :

- au 31 décembre de l'année N+2 si le participant, dûment rappelé à ses obligations, n'a pas fourni à l'Institution au cours de l'année N et deux années suivantes les justificatifs d'emploi en tant que journaliste rémunéré à la pige ;
- à la date de cessation des garanties du régime frais de soins de santé prévu à l'article 11 ;
- à la date de radiation de son affiliation par le participant ;
- en cas de non-paiement des cotisations.

La cessation de la garantie pour le participant entraîne en tout état de cause celle de l'ensemble des éventuels bénéficiaires qui lui sont rattachés.

Article 8. Poursuite d'une couverture santé

L'Institution présente une proposition de poursuite de couverture santé :

- à tout participant perdant la qualité de journaliste rémunéré à la pige,
 - à tout bénéficiaire rattaché à un participant décédé,
- sans conditions de période probatoire, d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve qu'il en fasse la demande dans les six mois suivant la radiation du participant ou son décès et dans la mesure où il répond positivement à ladite proposition.

Article 9. Modalités d'accès et de versement de la participation du «Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige»

9.1. Définition des bénéficiaires du «Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige»

Le participant qui peut justifier d'un montant minimum de 0,08% du plafond annuel de la Sécurité sociale de cotisations santé versées par son ou ses employeur(s) à son profit, en application de l'article 2, au cours de l'année civile N bénéficie de la participation du «Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige» pendant le restant de l'année civile N et les deux années civiles suivantes.

Le participant ne remplissant pas les conditions ci-dessus mais qui a perçu une pige ayant donné lieu à versement par son employeur à son profit, d'une cotisation en application de l'article 2, peut également bénéficier de la participation du «Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige» pendant le mois durant lequel ladite pige été perçue et les deux mois suivants.

9.2. Bénéfice de la participation

Les participants remplissant les conditions fixées ci-dessus, peuvent demander à bénéficier de la contribution du «Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige» en joignant à leur demande les bulletins de paie justificatifs. L'Institution se réserve le droit de vérifier la légitimité de la demande.

La prise en charge d'une partie de la cotisation applicable au participant par le «Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige» est déduite de ladite cotisation appelée auprès du participant. Les cotisations applicables aux bénéficiaires autres que le participant ne sont pas visées par ladite prise en charge.

9.3. Durée de la participation

Les dispositions du présent article s'appliquent au participant bénéficiant de la participation du «Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige» en application du premier paragraphe de l'article 9.1.

Le bénéfice de la participation du fonds est accordé, sous réserve du maintien de l'affiliation du participant à la garantie frais de soins de santé sur cette période.

Dans le cadre du renouvellement du bénéfice de ladite participation, le participant adressera à l'Institution, avant le 31 octobre de l'année en cours, les bulletins de paie justifiant qu'il remplit toujours les conditions fixées à l'article 9.1 pour que ladite participation soit reconduite. En l'absence d'éléments légitimant le renouvellement de ladite participation annuelle, cette dernière cessera ses effets au 31 décembre de l'année N+2.

En cas de présentation tardive des éléments justificatifs au plus tard au 30 juin de l'année N+3, ladite participation sera versée rétroactivement pour cet exercice.

Article 10. Cotisations

10.1. Assiette et taux de cotisations

L'assiette mensuelle des cotisations est le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont exprimés en tarif multiple en fonction du nombre des éventuels bénéficiaires de la garantie. Pour les enfants à charge, une gratuité est mise en œuvre à compter du 3^e enfant à charge.

10.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance par le participant selon les modalités choisies lors de son affiliation.

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, le participant est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

10.3. Non-paiement des cotisations

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement est adressée au participant par lettre recommandée au plus tôt 10 jours après l'échéance de paiement.

En cas de non-paiement 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, la garantie est suspendue. L'affiliation du participant est susceptible d'être radiée 10 jours après la date d'expiration de ce délai si le paiement n'est toujours pas intervenu.

Article 11. Cessation de la garantie du régime frais de soins de santé

L'Institution, en accord avec le Comité paritaire de pilotage instituée par l'article IX.2 de l'avenant de révision de l'annexe III à l'accord national professionnel de retraite du 9 décembre 1975 signé le 24 septembre 2015, peut mettre fin à la garantie du régime frais de soins de santé faisant l'objet du présent Titre 1.

Cette cessation de la garantie du régime frais de soins de santé vaudra résiliation et entrainera à sa date d'effet la cessation de la garantie pour tous les participants.

Article 12. Fausses déclarations intentionnelles

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent, l'Institution se réserve le droit de le poursuivre en justice et de réclamer des dommages et intérêts.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée au participant est nulle. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution. L'annulation de la garantie accordée au participant s'accompagne de la restitution des prestations payées à ce titre.

Article 13. Informatique et libertés – Protection des données à caractère personnel

L'Institution s'engage, conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection des données personnelles, notamment le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016 et la loi du 6 janvier 1978 n°78-17 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à prendre toutes les précautions nécessaires afin de préserver la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, qu'elle a recueillies dans le cadre du contrat souscrit par l'adhérent.

I. Une donnée à caractère personnel est toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, par exemple, le nom, le prénom, un identifiant, le numéro de Sécurité sociale, l'adresse postale, l'adresse mail, les garanties souscrites, les courriers, le salaire, la situation familiale, ...

Les données à caractère personnel collectées par l'Institution ou ses sous-traitants sont nécessaires à la passation, l'exécution et la gestion du contrat résultant de l'adhésion de l'entreprise au Règlement RGT AUD 2020-CNV-017-S.

II. Les informations recueillies peuvent également être utilisées par l'Institution afin de répondre à ses obligations légales notamment en matière de :

- lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose alors d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL dans les conditions définies à l'article L.561-45 du Code Monétaire et Financier,
- fiscalité ou de prélèvements sociaux,
- lutte contre la fraude.

III. L'Institution peut également utiliser ces données à des fins de prospection commerciale. Cette utilisation a pour base juridique la poursuite de l'intérêt légitime de l'Institution et du Groupe Audiens à l'exclusion de toute autre utilisation par des tiers à des fins commerciales. Elle aura pour finalité l'information des participants au régime sur les services et produits (y compris ceux fournis par des partenaires) proposés par l'Institution et le Groupe Audiens. Ainsi :

- les données des personnes physiques représentant l'entreprise adhérente ou interlocutrices de l'Institution peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par Audiens Santé Prévoyance et d'autres entités du Groupe Audiens, sauf si elles s'y opposent ;
- les données des participants et bénéficiaires peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par Audiens Santé Prévoyance sauf s'ils s'y opposent ;
- les données des participants et bénéficiaires sont, avec leur consentement, également susceptibles d'être utilisées à des fins de prospection commerciale par d'autres entités du Groupe Audiens.

Une fois ce consentement recueilli, celui-ci peut être retiré à tout moment en adressant une demande au Délégué à la protection des données dans les conditions prévues au VI ci-après.

Les données de santé qui pourraient être recueillies dans le cadre de la gestion du contrat ne seraient, en tout état de cause, traitées qu'à des fins de gestion et d'exécution du contrat à l'exclusion de toute autre utilisation.

IV. De façon générale, seules les personnes légitimement habilitées à traiter lesdites données et tenues au secret professionnel peuvent en être destinataires.

Ainsi, peuvent être destinataires :

- les membres du personnel de l'Institution, dans le cadre de leurs fonctions ;
- le cas échéant, des prestataires, sous-traitants, partenaires tels que les réassureurs, ou toute entité du Groupe, à des fins de gestion et dans le strict respect des finalités énoncées ci-dessus ;
- toute personne autorisée par la loi.

V. Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat. A l'issue de la relation contractuelle, elles seront : conservées par Audiens Santé Prévoyance pour une durée maximale de trois ans à compter du dernier contact, à des fins de gestion commerciale y compris la prospection ; archivées jusqu'à expiration des différents délais de prescription applicables, pour la gestion d'éventuels contentieux.

VI. Les personnes disposent, sur les données les concernant et à condition de justifier de leur identité, de droits d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données, d'opposition et de limitation du traitement, dans les conditions et limites prévues par la réglementation.

Ces derniers ont également le droit de :

faire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) ;

donner des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données :

par courriel : dpo@audiens.org ;

par voie postale : DPO – Audiens Santé Prévoyance, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 Varves.

Le participant et ses bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en allant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Article 14. Garantie frais de soins de santé - Etendue de la garantie

L'Institution intervient dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables, visée à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires.

Les montants de remboursement des frais de soins de santé couverts au titre de la garantie frais soins de santé Niveau socle conventionnel incluent le minimum légal pour les actes définis à l'article R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par ceux-ci. A ce titre, pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale et visées par lesdits articles, l'Institution prend en charge, en tout état de cause, le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur quand le remboursement effectué par la Sécurité sociale est inférieur à 100% de la base de remboursement.

De plus, l'Institution prend en charge dans le cadre du **dispositif 100 % Santé** certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement. Pour ces prestations, le participant et ses éventuels bénéficiaires seront remboursés par l'Assurance maladie obligatoire et leur complémentaire santé et n'auront pas de frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Dans les conditions déterminées au tableau des prestations joint aux présentes Conditions

générales, certains frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale peuvent également être pris en charge par l'Institution à condition qu'ils soient expressément mentionnés au titre des frais non remboursés par la Sécurité sociale audit tableau des prestations. Les prestations dues par l'Institution sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de l'Assurance maladie, de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'Assurance maternité, postérieurement à l'affiliation du participant ou de ses bénéficiaires, pendant la durée de l'affiliation. La date des actes retenue est celle mentionnée sur les décomptes de la Sécurité sociale ou sur les factures acquittées du participant et de ses bénéficiaires.

Article 15. Services et garantie complémentaire

Les participants affiliés à la garantie frais de soins de santé conventionnelle définie au présent Titre 1 ont accès aux services non contractuels ci-dessous et à une garantie santé complémentaire dans les conditions décrites ci-après.

15.1. Bilan de santé

L'Institution propose un bilan de santé au journaliste rémunéré à la pige remplissant les conditions d'affiliation définies à l'article 3. Ce bilan de santé vise à prévenir et à identifier les pathologies spécifiques rencontrées dans l'exercice de leur métier et il est pris en charge tous les 5 ans par l'Institution.

Ces bilans de santé sont effectués dans des centres de santé avec lesquels le groupe Audiens a conclu des accords de partenariat et dont la liste est disponible sur le site internet www.audiens.org.

- Tous les examens réalisés le même jour et au même endroit en un seul rendez-vous ;
- Rapidité et Simplicité ;
- Respect de la déontologie et du secret médical.

15.2. Garantie assistance

L'affiliation du participant à une garantie frais de soins de santé souscrite auprès du Groupe Audiens lui permet de bénéficier des services d'assistance à domicile et vie quotidienne d'Audiens Assistance

Audiens Assistance propose une assistance à domicile 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en cas d'accident, de maladie ou d'hospitalisation imprévue ou programmée.

La durée et le montant de la prise en charge sont appréciés en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au patient et à son entourage : hospitalisation ou chirurgie ambulatoire, indisponibilité de l'aidant, maladie ou immobilisation au domicile des enfants et petits-enfants, radiothérapie / chimiothérapie, événements traumatisants, décès.

Ce service est également accessible à tout moment pour transmettre des messages urgents à la famille, conseiller, aider à la recherche d'un médecin ou d'une infirmière... (services médicaux hors urgence médicale), ou pour donner des informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique.

Pour toute demande d'assistance

Tél. : 05 49 76 66 03

24 heures sur 24 et 7 jours sur 7

en communiquant la référence du contrat «Audiens 1000».

La notice Audiens Assistance est consultable sur le site www.audiens.org.

15.3. Garantie frais de soins de santé complémentaire

Les participants souhaitant améliorer leur couverture santé peuvent en complément à la garantie frais soins de santé conventionnelle, s'affilier aux Niveaux 1 ou 2 de la garantie frais de soins de santé souscrite auprès d'Audiens Santé Prévoyance par l'Association JOURNALISTES PIGISTES ENSEMBLE POUR LA SANTE (Association PEPS) en faveur de ses adhérents sous le numéro de contrat n° 480099316 – S Fac/Association/2, selon les modalités définies au Titre 2 des présentes Conditions générales.

Au regard de la réglementation relative aux contrats responsables, la garantie frais de soins de santé conventionnelle est considérée comme la garantie issue du contrat socle et la garantie santé complémentaire comme celle issue du contrat surcomplémentaire.

Titre 2 – Dispositions propres à la garantie frais de soins de santé complémentaire (Niveaux 1 et 2)

Article 16. Définition

Pour l'application des dispositions du Titre 2 des présentes Conditions générales, il faut entendre par :

Concubin

La personne qui, au moment de son affiliation et des soins ou de l'événement, vit en couple avec le participant et sous le même toit depuis au moins deux ans, aucun des deux n'étant par ailleurs marié.

La durée de la vie commune peut être inférieure à deux ans si un enfant est né de cette union de fait.

Conjoint

La personne liée au participant par le mariage non séparé judiciairement.

Enfants à charge

Les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin, sous réserve qu'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

- considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études à l'étranger et :
 - bénéficiant du régime obligatoire de Sécurité sociale de l'un des pays de la Communauté Européenne ou de la Suisse, où les études sont poursuivies ;
 - ou affiliés à la Caisse des Français à l'étranger, au titre de l'Assurance volontaire pour tous les autres pays ;
- ou âgés de moins de 26 ans à la recherche d'une première activité rémunérée et pouvant justifier cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans, rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle, bénéficiant à ce titre d'une mesure d'aide à l'emploi, selon la législation en vigueur (stage ou contrat de travail), et pouvant justifier cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans s'ils suivent une formation en alternance sous contrat d'apprentissage ou sous contrat de professionnalisation ;
- ou quel que soit leur âge s'ils perçoivent des allocations prévues par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur les personnes handicapées, ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources mensuelles ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC.

Les enfants du participant, non confiés à sa garde, mais pour lesquels il est judiciairement tenu de verser une pension alimentaire, sous réserve qu'ils remplissent une des conditions ci-dessus.

Les pièces ci-dessous doivent notamment être fournies à l'Institution selon la situation de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance avec les mentions marginales à jour au moment de l'affiliation ;
- une copie de la carte d'étudiant ;
- une copie de l'attestation administrative d'attribution d'allocations personne handicapée ;
- les justificatifs de ressources ;
- une attestation de situation de recherche d'emploi ;
- une copie du jugement de divorce mentionnant le versement de la pension alimentaire ;
- un justificatif du bénéfice d'une mesure d'aide à l'emploi.

Pacsé

La personne liée au participant par un pacte civil de solidarité non rompu. Une copie de l'attestation de Pacs doit être notamment fournie à l'Institution.

Participant :

Tout adhérent (membre physique) de l'ASSOCIATION JOURNALISTES PIGISTES ENSEMBLE POUR LA SANTE – PEPS, affilié en son nom propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle, et affilié à la garantie frais de soins de santé définie au présent Titre 2 en complément de son affiliation à la garantie frais de soins de santé définie au régime frais de soins de santé conventionnel des journalistes rémunérés à la pige défini au Titre 1.

Souscripteur :

L'ASSOCIATION JOURNALISTES PIGISTES ENSEMBLE POUR LA SANTE – PEPS ayant souscrit auprès de l'Institution le contrat surcomplémentaire frais de soins de santé niveaux 1 et 2 n°480099316 – S Fac/Association/2.

Article 17. Objet du contrat collectif

Le contrat n°480099316 – S Fac/Association/2 a pour objet d'offrir aux adhérents du Souscripteur dans le cadre d'un contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative frais de soins de santé la possibilité de compléter la garantie frais soins de santé à laquelle ils sont affiliés en application du régime frais de soins de santé conventionnel des journalistes rémunérés à la pige décrit au Titre 1, **dénommée ci-après « Garantie socle »**.

Article 18. Article 18 – Affiliation du participant

18.1. Modalités d'affiliation

L'affiliation à un des niveaux de la garantie frais de soins de santé définie au présent Titre 2 concerne uniquement les adhérents du Souscripteur bénéficiaires auprès de l'Institution de la « Garantie socle » issue du régime frais de soins de santé conventionnel des journalistes rémunérés à la pige décrit au Titre 1.

Le Souscripteur s'engage :

- à proposer les niveaux de la garantie frais de soins de santé définies au présent Titre 2 à ses adhérents affiliés au Régime Général ou de l'Alsace-Moselle de la Sécurité sociale française et remplissant les conditions ci-dessus ;
- à transmettre à l'Institution les demandes d'affiliation complétées et signées par ses adhérents souhaitant bénéficier d'un des niveaux de ladite garantie. Sur la demande d'affiliation, doivent être désignés, s'il y a lieu, les autres bénéficiaires de la garantie tels que définis à l'article 19.

L'affiliation prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par l'Institution.

18.2. Durée de l'affiliation

Sous réserve du paiement des cotisations auprès de l'Institution, l'affiliation se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année. Elle prend fin en cas de survenance d'un des événements prévus à l'article 22.

Article 19. Bénéficiaires

19.1. Définition des bénéficiaires

Outre le participant, le bénéfice de la garantie peut être étendu, selon les cotisations versées par le participant et sous réserve qu'ils soient bénéficiaires de la « Garantie socle » définie à l'article 17 :

- au conjoint ou pacsé ou concubin tels que définis à l'article 16 ;
- aux enfants à charge tels que définis à l'article 16.

19.2. Date d'effet de l'admission d'un bénéficiaire rattaché au participant

Le participant peut demander l'admission de ses éventuels bénéficiaires :

- à la date d'effet de son affiliation ;
- au premier jour du mois suivant la réception par l'Institution des justificatifs relatifs à la modification de la situation de famille ;
- ou au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'admission par l'Institution s'il n'a pas souhaité les affilier aux dates précitées.

19.3. Radiation d'un bénéficiaire rattaché au participant

Si l'un des bénéficiaires rattachés au participant demande sa radiation et joint un justificatif consécutivement :

- à l'obligation d'intégrer un régime obligatoire frais de soins de santé ; dans ce cas, le bénéficiaire peut demander une radiation à titre temporaire qui lui permet, à la fin de son affiliation à titre obligatoire, d'être rattaché à nouveau au participant sous réserve de réception par l'Institution du certificat de radiation du contrat collectif à adhésion obligatoire,
- à une modification de sa situation familiale, sa radiation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de sa demande de radiation.

En cas de demande de radiation volontaire non liée à l'une des situations citées ci-dessus, la radiation prend effet au 31 décembre sous réserve que le bénéficiaire ait adressé, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, une demande écrite par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Institution.

Ledit bénéficiaire ne pourra redemander ultérieurement son rattachement au participant qu'après un délai d'une année civile.

Article 20. Droit de renonciation

Le participant a la faculté de renoncer à son affiliation dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son affiliation a pris effet.

Il peut notifier sa renonciation par courrier postal - adressé à Audiens Santé Prévoyance 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex - ou électronique ou par tout autre support durable au sens de la réglementation. Il peut également la notifier par déclaration ou acte extra-judiciaire au siège social de l'Institution.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, un nouveau délai de 30 jours court à compter de la remise de la notice d'information.

La renonciation entraîne la restitution par l'Institution de l'intégralité des sommes versées par le participant, sous déduction des éventuels remboursements effectués pendant cette période.

Le modèle de lettre suivant peut être utilisé « Je soussigné(e) M./Mme (nom, prénom), (numéro de Sécurité sociale), déclare renoncer à mon affiliation à la Garantie Santé Pigistes niveau ___ que j'ai signé le _____. Je demande en conséquence le remboursement des cotisations déjà versées. (date et signature). »

La renonciation du participant à son affiliation entraîne celle des bénéficiaires qui lui sont rattachés.

Le participant qui renonce à son affiliation ne pourra s'affilier ultérieurement, pour lui-même et ses éventuels bénéficiaires, qu'après un délai d'une année civile.

Article 21. Dénonciation de l'affiliation

L'affiliation du participant et de ses éventuels bénéficiaires peut être dénoncée :

1. Dans le courant de l'année, sur présentation d'une attestation d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire. Dans ce cas, le participant peut demander une résiliation à titre temporaire qui lui permet, à la fin de son affiliation à titre obligatoire, de bénéficier, à nouveau, de la garantie frais de soins de santé du présent Titre 2 sous réserve de réception par l'Institution du certificat de radiation du contrat collectif à adhésion obligatoire ;
2. Chaque année au 31 décembre d'un exercice, la notification de la dénonciation devant être envoyée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année concernée ;
3. A tout moment, dès lors qu'un an s'est écoulé depuis la première souscription. La dénonciation prend alors effet un mois après la réception par l'Institution de la notification faite par le participant, ou à une date ultérieure convenue entre le participant et l'Institution.

La dénonciation de son affiliation par le participant entraîne celle des bénéficiaires qui lui sont rattachés.

Dans les cas visés aux 2 et 3 ci-dessus, le participant ne pourra plus s'affilier ultérieurement pour lui-même et ses éventuels bénéficiaires à la garantie frais de soins de santé du présent Titre 2 qu'après un délai d'une année civile.

L'affiliation des seuls bénéficiaires ne peut être dénoncée qu'en cas d'affiliation du bénéficiaire à un contrat collectif à adhésion obligatoire (cas 1) ou bien en fin d'année (cas 2).

Modalités de dénonciation

Quel que soit le cas de dénonciation invoqué (1, 2 ou 3), le participant peut en effectuer la notification par courrier postal ou électronique ou par tout autre support durable au sens de la réglementation. Cette dénonciation peut également être notifiée par déclaration ou acte extra-judiciaire au siège social de l'Institution.

Lorsque le participant exerce son droit de dénonciation à tout moment visé au 3 ci-dessus afin de souscrire une nouvelle couverture auprès d'un autre organisme assureur et que ce dernier procède pour le compte du participant à la notification de la dénonciation, celle-ci s'effectue obligatoirement par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à l'Institution.

Article 22. Cessation des garanties

La garantie cesse définitivement :

- à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat collectif ;
- à la date à laquelle le participant perd sa qualité d'adhérent du Souscripteur ;
- à la date de renonciation ou de dénonciation de l'affiliation à la « Garantie socle » définie à l'article 17 ou à la garantie santé définie au présent titre par le participant pour lui-même et ses éventuels bénéficiaires ;
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 23.3 ;
- à la date du décès du participant.

En outre pour les éventuels bénéficiaires, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues aux articles 16 et 19.

La cessation des garanties pour le participant entraîne en tout état de cause celle des bénéficiaires qui lui sont rattachés.

Article 23. Cotisations

23.1. Assiette et taux de cotisations

L'assiette mensuelle des cotisations est le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont exprimés en tarif multiple en fonction du nombre des éventuels bénéficiaires de la garantie. Pour les enfants à charge, une gratuité est mise en œuvre à compter du 3^e enfant à charge.

L'âge retenu pour déterminer le montant de la cotisation est l'âge de l'adulte couvert. La cotisation évolue selon les tranches d'âge définies au tableau des cotisations. La modification de cotisation en cas de changement de tranche d'âge prend effet le 1^{er} jour du mois d'anniversaire de l'adulte bénéficiaire.

23.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance par le participant selon les modalités choisies lors de son affiliation.

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, le participant est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

23.3. Non-paiement des cotisations

Le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du contrat.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

Article 24. Fausses déclarations

Les déclarations faites, tant par le Souscripteur, son conseil ou tout mandataire que par le participant, servent de base à la garantie. L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée au participant est nulle. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution. L'annulation de la garantie s'accompagne de la restitution de l'ensemble des prestations payées à ce titre.

En cas de réticence ou de fausses déclarations non intentionnelles :

- si, lors de la constatation, le risque ne s'est pas réalisé, l'Institution peut maintenir la garantie en contrepartie d'une augmentation de cotisation. A défaut, l'Institution peut mettre fin à l'affiliation 10 jours après la notification adressée au participant par lettre recommandée. Les cotisations payées sont restituées pour la période où la garantie ne court plus ;
- si, lors de la constatation, le risque s'est réalisé, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 25. Informatique et libertés – Protection des données à caractère personnel

L'Institution s'engage, conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection des données personnelles, notamment le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016 et la loi du 6 janvier 1978 n°78-17 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à prendre toutes les précautions nécessaires afin de préserver la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, qu'elle a recueillies dans le cadre du contrat souscrit par le Souscripteur.

I. Une donnée à caractère personnel est toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, par exemple, le nom, le prénom, un identifiant, le numéro de Sécurité sociale, l'adresse postale, l'adresse mail, les garanties souscrites, le salaire, la situation familiale, ...

Les données à caractère personnel collectées par l'Institution ou ses sous-traitants sont nécessaires à la passation, l'exécution et la gestion du contrat résultant de l'adhésion du Souscripteur au Contrat n°480099316 – S Fac/Association/2.

II. Les informations recueillies peuvent également être utilisées par l'Institution afin de répondre à ses obligations légales notamment en matière de :

- lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose alors d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL dans les conditions définies à l'article L.561-45 du Code Monétaire et Financier,
- fiscalité ou de prélèvements sociaux,
- lutte contre la fraude.

III. L'Institution peut également utiliser ces données à des fins de prospection commerciale. Cette utilisation a pour base juridique la poursuite de l'intérêt légitime de l'Institution.

Ainsi :

- les données des personnes physiques représentant l'association souscriptrice adhérente ou interlocutrices de l'Institution peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par Audiens Santé Prévoyance et d'autres entités du Groupe Audiens, sauf si elles s'y opposent ;
- les données des participants et bénéficiaires peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par Audiens Santé Prévoyance sauf s'ils s'y opposent,
- les données des participants et bénéficiaires sont, avec leur consentement, également susceptibles d'être utilisées à des fins de prospection commerciale par d'autres entités du Groupe Audiens.

Une fois ce consentement recueilli, celui-ci peut être retiré à tout moment en adressant une demande au Délégué à la protection des données dans les conditions prévues au VI ci-après.

Les données de santé qui pourraient être recueillies dans le cadre de la gestion du contrat ne seraient, en tout état de cause, traitées qu'à des fins de gestion et d'exécution du contrat à l'exclusion de toute autre utilisation.

IV. De façon générale, seules les personnes légitimement habilitées à traiter lesdites données peuvent en être destinataires.

Ainsi, peuvent être destinataires :

- les membres du personnel de l'Institution, dans le cadre de leurs fonctions ;
- le cas échéant, des prestataires, sous-traitants, partenaires tels que les réassureurs, ou toute entité du Groupe, à des fins de gestion et dans le strict respect des finalités énoncées ci-dessus ;
- toute personne autorisée par la loi.

V. Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat. A l'issue de la relation contractuelle, elles seront :

- conservées par Audiens Santé Prévoyance pour une durée maximale de trois ans à compter du dernier contact, à des fins de gestion commerciale y compris la prospection ;
- archivées jusqu'à expiration des différents délais de prescription applicables, pour la gestion d'éventuels contentieux.

VI. Les personnes disposent, sur les données les concernant et à condition de justifier de leur identité, de droits de rectification et d'effacement des données, d'opposition et de limitation du traitement, dans les conditions et limites prévues par la réglementation.

Ces derniers ont également le droit de :

- faire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) ;
- donner des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données :

- par courriel : dpo@audiens.org ;
- par voie postale : DPO – Audiens Santé Prévoyance, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves.

Le participant et ses bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en allant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Article 26. Garantie frais de soins de santé

26.1. Choix du niveau

Le contrat surcomplémentaire offre au participant le choix entre deux niveaux de garantie : le Niveau 1 et le Niveau 2.

Le niveau de garantie choisi par le participant s'applique aux éventuels bénéficiaires qui lui sont rattachés.

Les modalités de changement d'option par le participant sont les suivantes :

- **Choix du Niveau 2 en remplacement du Niveau 1**

Cette modification de choix peut intervenir :

- au 1^{er} janvier de chaque exercice civil, en informant par écrit l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année précédente ;
- dès le premier jour du mois suivant la réception des pièces justifiant de la modification de la situation de famille.

- **Choix du Niveau 1 en remplacement du Niveau 2**

Cette modification de choix peut intervenir :

- au 1^{er} janvier de chaque exercice civil, en informant par écrit l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année précédente. **Le participant ne peut effectuer ce changement qu'une seule fois au cours de sa période d'affiliation ;**
- dès le premier jour du mois suivant la réception des pièces justifiant de la modification

de la situation de famille.

26.2. Etendue de la garantie

L'Institution intervient dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale, d'éventuels organismes complémentaires, et de l'Institution au titre de la « Garantie socle » définie à l'article 17.

Il est précisé que le montant des prestations prises en compte par la « Garantie socle » intervenant avant la présente garantie, inclut le minimum légal pour les actes définis aux articles R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par ceux-ci. A ce titre, pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale et visées par lesdits articles, l'Institution prend en charge, en tout état de cause, le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur quand le remboursement effectué par la Sécurité sociale est inférieur à 100 % de la base de remboursement.

De plus, l'Institution prend en charge dans le cadre du dispositif 100 % Santé certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement. Pour ces prestations, le participant et ses éventuels bénéficiaires seront intégralement remboursés par l'Assurance maladie obligatoire et leur complémentaire santé et n'auront donc pas de frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Dans les conditions déterminées au tableau des prestations joint aux présentes Conditions générales, certains frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale peuvent également être pris en charge par l'Institution à condition qu'ils soient expressément mentionnés au titre des frais non remboursés par la Sécurité sociale audit tableau des prestations.

Les prestations dues par l'Institution sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de l'Assurance maladie, de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'Assurance maternité, postérieurement à l'affiliation du participant ou de ses bénéficiaires, pendant la durée de l'affiliation.

La date des actes retenue est celle mentionnée sur les décomptes de la Sécurité sociale ou sur les factures acquittées du participant et de ses bénéficiaires.

Article 27. Garantie frais de soins de santé socle PEPS

Les adhérents du Souscripteur ne remplissant pas ou plus les conditions pour bénéficier du niveau socle conventionnel défini à l'article 17 peuvent s'affilier à la garantie frais de soins de santé niveau de base du contrat frais de soins de santé n°480099316 – S Fac/ Association/1 souscrit par le Souscripteur auprès de l'Institution.

Titre 3 – Dispositions communes

CHAPITRE 1 – CONDITIONS GÉNÉRALES

Article 28. Prescription

Conformément à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations mentionnées aux présentes Conditions générales sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.932-13-3 du Code de la sécurité sociale, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressée soit par l'Institution au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 29. Subrogation

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour le participant, il pourra être fait application, le cas échéant des dispositions de l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale. L'Institution est subrogée, à concurrence des sommes versées, dans les droits et actions du participant contre tout tiers responsable.

Le participant s'engage à porter à la connaissance de l'Institution, les dommages corporels subis afin de permettre l'exercice de l'action subrogatoire.

Article 30. Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations, l'Institution se réserve le droit de procéder à un contrôle médical et de faire cesser, refuser, réduire ou réviser les conditions de versement des prestations. Les conclusions de ce contrôle s'imposent au participant sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale.

En cas de désaccord entre le participant et son médecin d'une part, et le médecin conseil de l'Institution d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le Tribunal de grande instance de la résidence du participant sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

En cas de refus d'un participant de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement

des prestations sera refusé ou suspendu.

Article 31. Etendue territoriale

Les garanties s'exercent sur le territoire français et dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels à condition que le participant et ses éventuels bénéficiaires soient affiliés au régime général ou local de la Sécurité sociale française.

Article 32. Autorité de contrôle

L'Institution, prévue par le code de la Sécurité sociale, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Article 33. Réclamation/Médiation

33.1. Réclamation

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement et/ou la contestation d'un Adhérent, Souscripteur, participant, ayant droit ou bénéficiaire, ci-après dénommé « le Demandeur », envers l'Institution relativement à l'application des dispositions légales et/ou conventionnelles en vigueur.

N'est pas une réclamation une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis.

Le Demandeur peut, sans préjudice des actions en justice qu'il a la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser sa réclamation à l'Institution dans les conditions suivantes :

1^{er} contact : Interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant les garanties, le Demandeur doit en premier lieu contacter son interlocuteur habituel par téléphone, par courrier ou par courriel. Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet du groupe Audiens : www.audiens.org.

2^e contact : Service qualité relation clients

Si une incompréhension subsiste, le Demandeur peut en second lieu faire appel au Service qualité relation clients à l'adresse suivante :

Par voie postale : Audiens Santé Prévoyance

– Recours interne - Service qualité relation clients - 74 rue Jean Bleuzen - 92177 Vanves cedex

Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet du groupe Audiens : www.audiens.org.

33.2. Médiation

La médiation est un processus auquel peut avoir recours un Adhérent, Souscripteur, participant, ayant droit ou bénéficiaire, ci-après dénommé « le Demandeur » en vue de la résolution amiable du litige qui l'oppose à l'Institution après épuisement des procédures internes de réclamation visées à l'article 33.1.

Le processus de médiation est régi par le titre Ier du livre VI du Code de la consommation. Audiens Santé Prévoyance adhère à la Charte de médiation des institutions de prévoyance et de leurs unions. A ce titre, le recours à la médiation s'exerce auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP), ci-après dénommé le « Médiateur », qui accomplit sa mission avec diligence et compétence, en toute indépendance et impartialité, dans le cadre d'une procédure transparente, efficace et équitable.

La saisine du Médiateur s'effectue par écrit aux adresses suivantes :

Par voie postale : Médiateur de la protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris ou

Par formulaire de saisine en ligne : disponible sur le site internet du CTIP <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Le recours est gratuit. Toutefois, les frais d'avocat ou d'expertise engagés par le Demandeur sont à sa seule charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties.

L'avis du Médiateur, écrit et motivé, intervient dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le Médiateur en cas de litige complexe.

Le litige ne peut pas être examiné par le Médiateur lorsque :

- le Demandeur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Institution, par une réclamation écrite selon les modalités prévues à l'article 33.1 ;
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un tribunal ;
- le Demandeur a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Institution ;
- le litige n'entre pas dans son champ de compétence : les décisions rendues au titre de l'action sociale de l'Institution ; le contrôle de la motivation des résiliations, les décisions d'augmentation des cotisations et les procédures de recouvrement des cotisations ne peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Médiateur.

Dans ces hypothèses, le Demandeur sera informé par le Médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de sa demande de médiation.

Article 34. Accès à l'action sociale

L'Institution, dans le cadre de son action sociale, peut offrir au participant et à ses éventuels bénéficiaires un service social, notamment en cas de difficultés passagères liées à la santé. La politique d'Action sociale d'Audiens Santé Prévoyance est décidée annuellement par son Conseil d'Administration. Par conséquent, les prestations proposées par l'Action sociale sont susceptibles d'évoluer.

Toute information ou demande de dossier d'aide peut être obtenue aux coordonnées suivantes :

Groupe Audiens

Accompagnement solidaire et social

74 rue Jean Bleuzen 92170 vanves

Tél. : 0 173 173 726

www.audiens.org

CHAPITRE 2 – GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

Article 35. Frais restant à charge du participant

En application des dispositions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne peuvent donner lieu à prise en charge les dépenses suivantes :

- les participations forfaitaires et franchises médicales au sens de l'article L.160-13 II et III du Code de la Sécurité sociale laissées à la charge de l'assuré social par la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré social n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant

- (situation dite « hors parcours de soins ») ;
- les « dépassements d'honoraires autorisés » lorsque l'assuré social aura consulté un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par son médecin traitant ;
 - tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur ;
 - les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, sauf exception, explicitement mentionnées au Tableau des prestations.

Article 36. Mise en œuvre de la garantie

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées au gestionnaire dans les deux ans suivant la date des soins, la date de l'acte ou la date d'achat.

Pour ouvrir droit à l'indemnité en cas de naissance, cet événement doit intervenir au cours de la période d'affiliation du participant et l'enfant doit avoir été déclaré à l'état civil. Pour ouvrir droit à l'allocation en cas d'adoption, l'adoption doit intervenir au cours de la période d'affiliation de l'adoptant et une copie de la décision judiciaire doit être fournie à l'Institution.

Ces demandes devront être accompagnées des pièces justificatives mentionnées à la notice d'information.

Le montant des prestations est versé par virement bancaire ou postal à l'ordre du participant ou par chèque bancaire.

Le participant peut également bénéficier du système de transmission automatique des données entre sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'Institution, il en est alors fait mention à la notice d'information.

Un système de tiers payant évitant aux participants de faire l'avance de certains frais peut être mis en œuvre ; dans ce cas, la notice d'information en précise les conditions et les actes concernés.

Liste Audiens Bien-être Santé

Les prestations mentionnées à la présente liste sont prises en charge par l'Institution uniquement en l'absence de remboursement par la Sécurité sociale et par votre contrat frais de soins de santé.

Attention : afin d'être remboursé au titre de la présente liste, la prescription médicale et les justificatifs, établis au nom du bénéficiaire, doivent être fournis en même temps que la demande de prise en charge.

Médecine courante

Pédicurie-Podologie

Test de mémoire réalisé par un psychologue clinicien (limité à 1/an)

Consultations et bilans psychologue clinicien (limités à 5 séances/an)

Consultations et bilans psychomotricité (enfant de moins de 12 ans)

Ergothérapie (limité à 5 séances/an)

Microkinésithérapie

Médecines douces

Acupuncture

Chiropraxie

Consultations et bilans nutritionniste, diététicien, homéopathe, étio-pathe et naturopathe

Ostéopathie

Phytothérapie

Produits homéopathiques, compléments nutritionnels, apports vitaminiques & aliments diététiques

Prévention

Sevrage tabagique : patchs, gommes, pastilles, inhalateur, hypnose... (hors cigarette électronique)

Vaccins

Contention (bas et manchons)

Contraception

Dépistage cancer col de l'utérus

Bien-être

Médicaments ménopause, achetés en pharmacie

Traitements érectiles, achetés en pharmacie

Prothèses et appareillage

Bouchons auditifs moulés à l'oreille

Prothèses capillaires

Protections pour les incontinences

Lingerie adaptée pour les prothèses mammaires

Petit appareillage orthopédique

Traitements dentaires

Parodontologie

Scanner dentaire

Techniques de fluoration

Rebasage des appareils

Blanchiment

Optique

Chirurgie réfractive ou corrective de l'œil

Séances d'adaptation aux lentilles

Cette liste remplace les précédentes et s'applique depuis le 1^{er} septembre 2019, quelle que soit la date de la demande de prise en charge.

Cette liste peut être modifiée à tout moment par l'Institution, afin de l'adapter à l'environnement de l'Assurance maladie. Consultez le site Internet www.audiens.org, rubrique « Documents » afin de disposer de la liste à jour.