

Régime de Frais de soins de santé issu de l'annexe D de la Convention collective des entreprises artistiques et culturelles

Modules complémentaires au régime conventionnel « Frais de soins de santé » du personnel permanent cadre et non cadre

Les remboursements Audiens incluent les prestations éventuellement versées par la Sécurité sociale ("SS"). Ils sont exprimés en % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

| | Garantie socle conventionnel | MODULE 1 | MODULE 2 | MODULE 3 | MODULE 4 |
|--|--|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | Total Audiens + Sécurité sociale (socle conventionnel inclus) | | | |
| Prestations au 1^{er} juillet 2009 | | | | | |
| Médecine courante | | | | | |
| Consultations généralistes, spécialistes, neuro-psychiatres | 100 % | 100 % | 100 % | 220 % | 320 % |
| Visites généralistes, spécialistes, neuro-psychiatres | | 100 % | 100 % | 220 % | 320 % |
| Actes de chirurgie, actes techniques médicaux | | 100 % | 100 % | 220 % | 320 % |
| Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes) | | 100 % | 100 % | 210 % | 310 % |
| Frais d'analyses et de laboratoires | 95 % | 100 % | 100 % | 220 % | 320 % |
| Actes d'imagerie, actes d'échographie, examens médicaux | | 100 % | 100 % | 220 % | 320 % |
| Pharmacie | | | | | |
| Remboursée à 65 % | 95 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Remboursée à 35 % | | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Frais de Transport | | | | | |
| | | 100 % | 100 % | 215 % | 315 % |
| Dentaire | | | | | |
| Consultations, soins courants hors inlays onlays | | 100 % | 170 % | 220 % | 320 % |
| Prothèses dentaires, inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale | | 100 % | 170 % | 350 % | 420 % |
| Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale | | | 150 % | 380 % | 450 % |
| Optique | | | | | |
| Forfait annuel par personne (verres, monture, lentilles) | | 100 % | 2 % PMSS | 5 % PMSS | 7 % PMSS |
| Prothèses | | | | | |
| Prothèses auditives ⁽¹⁾ | | 100 % | 120 % | 220 % | 320 % |
| Prothèses orthopédiques et appareillage | | 100 % | 120 % | 220 % | 320 % |
| Hospitalisation⁽²⁾ | | | | | |
| Frais de séjour - établissement conventionné | | 100 % | 100 % FR- SS limité à 200 % BR | 100 % FR- SS limité à 300 % BR | 100 % FR- SS limité à 400 % BR |
| Frais de séjour - établissement non conventionné | | 100 % | 100 % FR- SS limité à 200 % BR | 100 % FR- SS limité à 300 % BR | 100 % FR- SS limité à 400 % BR |
| Honoraires médicaux et chirurgicaux | | 100 % | 130 % | 230 % | 330 % |
| Forfait journalier | | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Chambre particulière (par jour) | | | 1 % PMSS | 1,5 % PMSS | 2,5 % PMSS |
| Lit accompagnant enfant moins de 12 ans | | | 0,5 % PMSS | 1 % PMSS | 2 % PMSS |
| Participation Assuré 18 €⁽³⁾ | | | | | |
| | | 100% BR dans la limite de 18 € | | | |
| Services | | | | | |
| | | NOEMIE tiers-payant SP étendu - Assistance | | | |
| Prévention | | | | | |
| Détartrage annuel complet effectué en deux séances maximum | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition (personne + 50 ans) | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Cotisations mensuelles 2009 | | | | | |
| Cotisation supplémentaire pour obtenir le niveau de la garantie totale | | % du Pmss | % du Pmss | % du Pmss | % du Pmss |
| Contrat collectif à adhésion facultative (pour le salarié et sa famille) | | | | | |
| Cotisation totale due pour le salarié : additionner la cotisation du salarié et de chaque bénéficiaire | | | | | |
| Salarié : | prise en charge totalement par l'employeur | 0,55 % soit 15,72 € | 1,05 % soit 30,02 € | 1,37 % soit 39,17 € | 1,62 % soit 46,32 € |
| Conjoint /concubin/pacsé : | | 0,98 % soit 28,02 € | 1,48 % soit 42,31 € | 1,80 % soit 51,46 € | 2,05 % soit 58,61 € |
| Enfants (gratuité à compter du 4^e enfant) : | | 0,49 % soit 14,01 € | 0,74 % soit 21,16 € | 0,90 % soit 25,73 € | 1,02 % soit 29,16 € |

(1) Un équipement stéréophonique (deux oreilles) tous les 4 ans par bénéficiaire.

(2) Hospitalisation en hôpital ou clinique. Les frais exposés en maison de repos, de convalescence ou de rééducation sont pris en charge s'ils font immédiatement suite à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale ayant donné lieu à exonération du ticket modérateur par la Sécurité sociale. Les frais d'hébergement et de traitement réalisés en établissement de postcure et en établissement de rééducation professionnelle ne sont pas remboursés.

(3) Sur les actes dont la base de remboursement est supérieure ou égale à 91 € ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 50.

Voici comment remplir votre autorisation de prélèvement

Inscrivez dans le cadre 1
vos nom, prénom
et adresse complète.

Inscrivez dans le cadre 2
les coordonnées de votre Relevé
d'Identité Bancaire ou Postal
(Vous trouverez cette pièce dans votre carnet de chèques,
n'oubliez pas de la joindre à votre autorisation de prélèvement).

Autorisation de prélèvement

En autorisant l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si se situent le permis, tous les prélèvements effectués par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le litige éventuel directement avec le créancier.

N° national d'émetteur
399357

| | |
|---|--|
| 1 Nom, prénom, et adresse du débiteur | 5 Nom et adresse du créancier AUDIENS PREVOYANCE 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex |
| 2 Compte à débiter Etablissement Guichet N° de compte Clé R.I.B. | 3 Etablissement teneur du compte à débiter |
| 4 Date | Signature |

Merci de joindre obligatoirement à ce document un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.).

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès aux données à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la loi n° 62-1280 du 11/04/60 de la Commission Informatique et Liberté.

PPS-001-23105

Inscrivez dans le cadre 3
le nom de votre banque
ainsi que le nom et
l'adresse complète
de votre agence.
Si vous êtes titulaire
d'un compte Chèque
postal, portez la mention
"CCP" suivi du
nom du centre.

Datez et signez
l'autorisation de prélèvement,
dans le cadre 4.