

## Notice d'information

# Garantie Frais de soins de santé conventionnelle des journalistes rémunérés à la pige

Régime relevant des dispositions figurant au Livre 9 du Code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion obligatoire et répondant au cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Notice actualisée à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2016



## Sommaire

## Pages

<b>Préambule .....</b>	<b>5</b>
<b>Dispositions générales.....</b>	<b>6</b>
1 - Définitions .....	6
2 – Adhérents et «Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige » .....	7
3 - Conditions d'affiliation du participant .....	7
4 – Durée de l'affiliation/Renouvellement .....	7
5 - Bénéficiaires .....	7
6 - Cotisations.....	7
7 - Cessation de la garantie .....	8
8 – Radiation de l'affiliation.....	8
9 – Poursuite d'une couverture santé.....	8
10 – Modalités d'accès et de versement de la participation du « Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige » .....	8
11 – Cessation de la garantie du régime frais de soins de santé .....	9
12 - Prescription.....	9
13 - Subrogation .....	10
14 – Autorité de contrôle .....	10
15 - Informatique et libertés .....	10
16 - Fausses déclarations.....	10
17 - Réclamations .....	10
<b>Garantie frais de soins de santé .....</b>	<b>11</b>
18 - Etendue de la garantie.....	11
19 - Catégories de frais ouvrant droit à la garantie .....	11
20 - Frais restant à charge du participant.....	12
21 - Prise en charge minimum.....	12
22 - Mise en œuvre de la garantie .....	12
23 - Accès à l'action sociale.....	14
24 - Etendue territoriale.....	14
25 - Contrôle médical .....	14
<b>Descriptif de la garantie souscrite.....</b>	<b>15</b>
<b>Annexe – Services et garantie complémentaire.....</b>	<b>18</b>



## **Préambule**

En application des dispositions de l'annexe III à l'accord national professionnel de retraite du 9 décembre 1975 et de ses avenants subséquents et en accord avec les partenaires sociaux, Audiens Prévoyance, ci-après dénommée l'Institution, propose aux journalistes rémunérés à la pige l'affiliation à une garantie frais de soins de santé.

Cette notice d'information, dont vous voudrez bien prendre connaissance, est un récapitulatif de la garantie à laquelle vous vous êtes affilié et de ses conditions d'application.

**La garantie souscrite et le niveau des prestations auxquels vous avez droit sont indiqués au *descriptif de la garantie*.**

## **Dispositions générales**

### **1 - Définitions**

Pour l'application des dispositions de la présente notice d'information, il faut entendre par :

#### **Adhérent**

L'employeur ayant adhéré au Règlement RGT AUD 2016-CNV-005-S de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties indiquées ci-après au *Descriptif de la garantie*, 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.

Une déclaration sur l'honneur de concubinage doit notamment être fournie à l'Institution.

#### **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 entraînant ou non l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants, 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 sous contrat d'apprentissage ;
- 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 doit être fournie ;
- 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 de la présente notice.

## **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.

## **3 - Conditions d'affiliation du participant**

L'accès à la garantie frais de soins de santé de la présente notice 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 de la présente notice, 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 le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation et du justificatif par l'Institution.

## **4 – Durée de l'affiliation/Renouvellement**

L'affiliation se renouvelle le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf radiation prévue à l'article 8 et sous réserve des dispositions visées à l'article 7.

## **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.

Toutes les pièces justificatives mentionnées notamment à l'article 1, qui se renouvellent annuellement, doivent être fournies tous les ans à l'Institution.

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.

## **6 - Cotisations**

### **6.1 – 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<sup>e</sup> enfant à charge.

### **6.2 – Paiement des cotisations**

Les cotisations sont payables d'avance par le participant par prélèvement automatique mensuel ou trimestriel selon le choix qu'il a effectué lors 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.

### **6.3 – Non-paiement des cotisations**

A 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.

### **7 - Cessation de la garantie**

**Le participant cesse d'être garanti :**

- à l'issue de trois années civiles consécutives si le participant n'a pas fourni à l'Institution au cours desdites années 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.

### **8 – Radiation de l'affiliation**

#### **8.1 – Radiation par le participant**

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

- dans le courant de l'année en adressant à l'Institution sa demande accompagnée des justificatifs relatifs à un des cas de dispenses d'affiliation prévus par le décret 2012-25 du 9 janvier 2012. La radiation prend effet à la fin des deux mois suivant la réception de la demande et des justificatifs par l'Institution ;
- à effet du 31 décembre en adressant, avant le 31 octobre de l'année en cours, une demande écrite par lettre recommandée avec accusé de réception à 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 de la présente notice 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.

#### **8.2 – 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.

### **9 – 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 que l'intéressé en fasse la demande dans les six mois suivant la radiation du participant ou son décès et qu'il réponde positivement à ladite proposition.

### **10 – Modalités d'accès et de versement de la participation du « Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige »**

#### **10.1 - 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.

### **10.2 - Montant 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.

### **10.3 - 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 10.1.

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 10.1 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.

### **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 instituée par la présente notice.

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

### **12 - Prescription**

**Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice d'information sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale.**

**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 avec demande d'avis de réception adressée soit par l'Institution à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit par le membre 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.**

### **13 - 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.

### **14 – Autorité de contrôle**

L'Institution, régie par le code de la Sécurité sociale, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

### **15 - Informatique et libertés**

L'Institution s'engage à prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations qu'elle a recueillies pour sa gestion.

Les informations collectées pourront faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des fins commerciales au profit d'autres entités du groupe de protection sociale sauf désaccord de l'adhérent ou du participant.

Les données gérées par l'Institution sont susceptibles d'être transmises à des prestataires, sous-traitants ou toute entité du groupe de protection sociale, à des fins de gestion, et dans le strict respect des dispositions de la présente notice d'information.

Tout participant ou bénéficiaire peut demander toute communication, rectification, mise à jour ou effacement d'informations le concernant ; il pourra exercer ce droit d'accès au siège social de l'Institution.

### **16 - Fausses déclarations**

Les déclarations, faites par le participant, servent de base à la garantie.

L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

### **17 - Réclamations**

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement ou la contestation d'un participant envers l'Institution. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

Le participant 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 prévues sur l'espace personnalisé particulier du site internet [www.audiens.org](http://www.audiens.org), par mail ou par courrier à l'adresse du siège social de l'Institution.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations payées ou refusées doit être formulée dans un délai de six mois, à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

Si un différend persistait après réponse de l'Institution, et sans préjudice du droit d'agir en justice, le participant peut s'adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacères - 75008 Paris.

## **Garantie frais de soins de santé**

### **18 - Etendue de la garantie**

Le montant des garanties et des prestations est fixé ci-après au *Descriptif de la garantie*.

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, Assurance accidents du travail et maladies professionnelles, Assurance maternité, postérieurement à l'affiliation du participant ou de ses bénéficiaires, pendant la durée de l'affiliation, tant que l'adhésion n'est pas résiliée.

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

**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 et d'éventuels organismes complémentaires.**

Dans les conditions déterminées au *Descriptif de la garantie*, certains frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale peuvent également être pris en charge.

### **19 - Catégories de frais ouvrant droit à la garantie**

L'Institution prend en charge tout ou partie des frais de soins engagés par le participant et/ou ses bénéficiaires donnant lieu au service de prestations en nature de la Sécurité sociale, pour les catégories de frais énumérés ci-dessous.

Le *Descriptif de la garantie* fixe les catégories, ou les frais en faisant partie, qui seront effectivement couverts ainsi que leurs modalités de prise en charge.

Le *Descriptif de la garantie* peut fixer également d'autres actes (qui pourraient être notamment soumis à entente préalable par l'Institution) ainsi que les modalités qui leur seront appliquées.

#### **19.1 - Frais d'actes médicaux**

- consultations ou visites auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste,
- actes techniques médicaux,
- actes pratiqués par des auxiliaires médicaux,

- actes d'imagerie médicale et d'échographie,
- analyses et examen de laboratoire,
- frais pharmaceutiques (vaccins et contraceptifs remboursés par la Sécurité sociale inclus),
- frais de transport y compris en hospitalisation.

#### **19.2 - Frais d'hospitalisation médicale (y compris frais d'accouchement)**

Ces frais comprennent tous les frais de séjours ne donnant lieu à aucune intervention chirurgicale exposés en :

- hôpital,
- clinique,
- sanatorium,
- maison de repos,
- colonie sanitaire permanente,
- école de plein air ou maison d'enfants à caractère sanitaire.

Peuvent être pris en charge, si le *Descriptif de la garantie* le prévoit, les suppléments de tarifs appliqués par l'établissement pour la chambre particulière ou un régime particulier, à l'exclusion des frais à caractère personnel tels que la télévision, le téléphone...

#### **19.3 - Frais chirurgicaux (y compris frais d'accouchement)**

- frais d'hospitalisation chirurgicale et d'opérations,
- séjour en service de réanimation,
- soins préopératoires si ces soins interviennent dans les 2 mois maximum avant la date de l'opération,
- soins post-opératoires pendant 3 mois à condition qu'ils soient réalisés dans un délai de 365 jours après la date de l'opération,
- frais d'accompagnement reconnus nécessaires par un certificat médical en cas d'intervention chirurgicale subie par un enfant de moins de 12 ans.

#### **19.4 - Frais d'accouchement**

Les remboursements des frais d'accouchement sont inclus dans les catégories « frais d'hospitalisation médicale » et « frais chirurgicaux ».

#### **19.5 – Allocation en cas de naissance**

Si la prestation est prévue au *Descriptif de la garantie*, l'Institution verse une allocation en cas de naissance.

**Pour ouvrir droit à l'allocation cet événement doit intervenir au cours de la période d'affiliation du participant et l'enfant doit avoir été déclaré à l'état civil.**

#### **19.6 - Frais d'adoption**

Si la garantie est prévue ci-après au *Descriptif de la garantie*, l'Institution verse une allocation en cas d'adoption constatée judiciairement.

**Pour ouvrir droit à l'allocation, 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.

#### **19.7 - Frais dentaires**

- frais de soins dentaires,
- frais de prothèses dentaires,
- frais d'orthodontie.

#### **19.8 - Frais d'appareillage, acoustique, orthopédie**

La liste des frais couverts au titre de cette catégorie est fixée au *Descriptif de la garantie*.

#### **19.9 - Frais d'optique**

- verres,
- montures,
- lentilles.

#### **19.10 - Cure thermale**

### **20 - Frais restant à charge du participant**

**Ne peuvent donner lieu à prise en charge les dépenses suivantes :**

- **les participations forfaitaires et franchises médicales au sens de l'article L.322-2 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 ») ;**
  - **n'aura pas accordé aux professionnels de santé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel ;**
- **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 *Descriptif de la garantie*.**

### **21 - Prise en charge minimum**

Les montants de remboursement des frais de soins de santé pris en charge répondent aux conditions fixées à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du Règlement RGT AUD 2016-CNV-005-S de l'Institution, notamment celle relative au minimum légal. A ce titre, pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale et visées par ledit article, 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

### **22 - 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.**

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

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

#### **22.1 - Avec le système NOEMIE**

En raison de la mise en place du système NOEMIE (Norme Ouverte d' Echange Maladie entre les Intervenants Externes), les bénéficiaires peuvent adresser leurs demandes de remboursement directement à la Sécurité sociale et n'ont plus à retourner le décompte établi par la Sécurité sociale au gestionnaire.

Ce système n'est mis en œuvre que pour les participants et les personnes inscrites sur leur carte de Sécurité sociale et les bénéficiaires du contrat non à charge du participant au sens de la Sécurité sociale qui ont manifesté leur volonté d'adopter ce service, en adressant au gestionnaire une copie de leur attestation carte vitale et une attestation sur l'honneur confirmant qu'ils ne cotisent pas à un autre organisme de prévoyance.

## 22.2 - Sans le système NOEMIE

Lorsque le participant ne bénéficie pas du système NOEMIE, il doit remettre au gestionnaire un dossier de demande de prestations, afin de permettre le règlement des prestations, en fournissant les pièces justificatives permettant d'apprécier ses droits et le montant du sinistre, à savoir :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

## 22.3 - Dispositions communes

Il convient d'adresser **une facture originale acquittée des frais réels** pour :

- les prothèses dentaires et les soins dentaires : le praticien devra mentionner sur la facture si les actes concernés seront ou non remboursés par la Sécurité sociale et préciser le détail de la codification CCAM ;
- l'optique : l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture. La facture doit être accompagnée d'une copie de l'ordonnance. Pour les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, la mention hors L.P.P. (Liste des Prestations et Produits) devra figurer sur l'ordonnance ;
- les cures thermales : la facture acquittée de l'établissement thermal ;
- l'hospitalisation : le bordereau de facturation destiné à l'Assurance maladie complémentaire ;
- tous les frais figurant dans la liste des frais non remboursés par la Sécurité sociale ou dans une garantie « actes non remboursés par la Sécurité sociale » mais bénéficiant d'une prise en charge par l'Institution. La facture devra mentionner la nature et la date de l'acte, le bénéficiaire de l'acte et comporter le cachet du professionnel de santé ;

De plus, si les prestations ci-après sont prévues au *Descriptif de la garantie*, les pièces suivantes devront être envoyées pour l'obtention :

- de l'indemnité en cas de naissance : un bulletin de naissance ou un extrait d'acte de naissance et la facture acquittée de l'établissement hospitalier,
- de l'allocation adoption : une copie de la décision judiciaire.

Pour obtenir le versement des prestations, les dossiers sont à adresser au gestionnaire à l'adresse suivante :

**Audiens Gestion – Prestations Santé**  
**TSA 40401**  
**92177 Vanves Cedex**

## 22.4 - Tiers payant

Les tiers payant décrits ci-dessous permettent une dispense partielle d'avance de frais. En effet, cette dispense n'est possible que sur la partie relative au ticket modérateur (différence entre le tarif de référence de la Sécurité sociale et le montant du remboursement réellement effectué par celle-ci), et à condition que le parcours de soins soit respecté.

### • avec la Carte tiers payant

Une carte individuelle, nécessaire au fonctionnement des tiers payants qui y figurent, est envoyée par le gestionnaire au participant qui s'engage à la lui retourner dès sa radiation du régime.

Pour les prestations dont le montant du remboursement prévu au *Descriptif de la garantie* est supérieur au ticket modérateur, une facture acquittée relative au montant resté éventuellement à charge du bénéficiaire après mise en œuvre du tiers payant doit être adressée au gestionnaire.

Ce système n'est mis en œuvre que pour les participants et les personnes inscrites sur leur carte de Sécurité sociale. Les bénéficiaires du contrat non à charge du participant au sens de la Sécurité sociale peuvent adopter ce service, sous réserve qu'ils fournissent la copie de leur attestation carte vitale et une attestation sur l'honneur confirmant qu'ils ne cotisent pas à un autre organisme de prévoyance.

### • au Centre de santé René Laborie

La carte vitale et/ou la carte d'adhérent à l'Institution permet également de bénéficier de l'accès en dispense partielle d'avance de frais dans le Centre de santé et Laboratoires d'analyses médicales de Paris :

#### **Centre de santé René Laborie**

29, rue de Turbigo - 75002 Paris  
Métro : Etienne Marcel  
Tél. 01 84 79 02 79

(standard prise de RDV médicaux)

#### **Pharmacie**

1 rue de Palestro - 75002 Paris  
Tél. 01 40 28 33 12

#### **Magasin optique/acoustique**

27 rue de Turbigo - 75002 Paris  
Tél. 01 40 28 33 13

*(un centre médical avec des médecins généralistes, spécialistes, un centre dentaire, un magasin d'optique/ acoustique et une pharmacie).*

### **23 - 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 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**  
29, rue de Turbigo - 75002 Paris  
Tél. : 0 173 173 726  
[www.audiens.org](http://www.audiens.org)

### **24 - 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.

### **25 - 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. L'avis de ce troisième médecin s'impose aux deux parties.

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 sans droit de rappel ultérieur.**

## **Descriptif de la garantie souscrite**

Personnes couvertes : **le participant et ses bénéficiaires selon les cotisations versées.**

**Les garanties figurant dans le tableau ci-après sont accordées sous réserve des dispositions prévues dans la présente notice d'information.** Les montants des remboursements sont exprimés **en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réellement engagés.**

### **Frais médicaux courants**

Prestations	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Consultations, visites (généraliste, spécialiste) Secteur conventionné ou non	100 % du ticket modérateur
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux Secteur conventionné ou non	
Analyses et examens de laboratoire Secteur conventionné ou non	
Frais de transport y compris en hospitalisation	
Actes techniques médicaux Secteur conventionné ou non	
Actes d'imagerie médicale et d'échographie Secteur conventionné ou non	
Pharmacie (vaccins et contraceptifs remboursés par la Sécurité sociale inclus)	

### **Frais dentaires**

Prestations	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale Secteur conventionné ou non	100 % du ticket modérateur
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale Secteur conventionné ou non	2 fois le montant remboursé par la Sécurité sociale
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale Secteur conventionné ou non	150,50 € par prothèse
Orthodontie adulte et/ou enfant remboursée ou non par la Sécurité sociale Secteur conventionné ou non	Montant global de remboursement limité à 10% du plafond mensuel de la Sécurité sociale par année civile

## Frais d'optique

Prestations	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	Montant global de remboursement limité à 3,30% du plafond mensuel de la Sécurité sociale par année civile

Equiperment complet : deux verres + une monture remboursés par la Sécurité sociale.

- **par bénéficiaire de 18 ans et plus : un équipement complet tous les 24 mois** à compter de la date d'acquisition d'au moins un des deux éléments de l'équipement, **ramené à 12 mois en cas de changement de dioptries** sur prescription médicale.
- **par bénéficiaire de moins de 18 ans : un équipement complet tous les 12 mois** à compter de la date d'acquisition d'au moins un des deux éléments de l'équipement.

Equiperment (verres et monture) remboursés par la Sécurité sociale	15 fois le montant remboursé par la Sécurité sociale auquel s'ajoute le cas échéant un montant global égal à 3,30% du plafond mensuel de la Sécurité sociale, dont 150 € maximum au titre de la monture.
--	--

## Frais d'hospitalisation

(y compris frais d'accouchement et **à l'exclusion des établissements médico-sociaux**)

Prestations	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Frais de séjour et honoraires médicaux et chirurgicaux Secteur conventionné ou non	100 % du ticket modérateur
Forfait journalier hospitalier Secteur conventionné ou non	100 % des frais réels
Frais de chambre particulière Secteur conventionné ou non	0,80 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par journée d'hospitalisation
Frais de lit accompagnant (en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans) Secteur conventionné ou non	0,80 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par journée d'hospitalisation

## Frais d'appareillage, acoustique, orthopédie

Prestations	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Prothèse auditive et accessoires acoustiques remboursés par la Sécurité sociale	100 € par année civile
Orthopédie et appareillage remboursés par la Sécurité sociale	2 fois le montant remboursé par la Sécurité sociale

## Autres prestations

Prestations	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Allocation en cas de naissance ou d'adoption	500 € par enfant
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale Honoraires médicaux et traitement thermal	100 % du ticket modérateur



## Frais divers non remboursés par la Sécurité sociale

Prestations	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Participation forfaitaire de 18 €	18 € pour les actes et dans les conditions définis à l'article R 322-8 du code de la Sécurité sociale.
<p>Audiens Bien-être santé</p> <p>La liste Audiens Bien-être santé est adressée par courrier sur demande ou est téléchargeable sur le site internet <a href="http://www.audiens.org">www.audiens.org</a>. (Rubrique « documents à télécharger »).</p>	<p>50 % des frais réels dans la limite d'un montant global de 150 € par année civile, sur présentation des justificatifs.</p> <p>Pour faire l'objet d'un remboursement, la prise en charge de ces frais ne doit pas être prévue sous une autre rubrique du présent tableau de prestations.</p> <p><b>La liste Audiens Bien-être santé pourra être modifiée par l'Institution, à tout moment et sans information préalable des bénéficiaires,</b> notamment en vue de l'adapter à l'évolution des textes de la Sécurité sociale. Dans ce cas, la nouvelle liste remplacera la précédente et s'appliquera immédiatement quelle que soit la date de la demande de prise en charge.</p>

## **Annexe – Services et garantie complémentaire**

Les participants affiliés à la garantie frais de soins de santé de la présente notice ont accès aux services non contractuels ci-dessous et à une garantie santé complémentaire dans les conditions décrites ci-après.

### **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 de la présente notice. 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.

#### **Déroulement du bilan**

Cette consultation, qui s'appuie sur un questionnaire de santé préalablement rempli par l'assuré, est entièrement personnalisée.

Le bilan qui dure environ de 30 minutes à 45 minutes, comporterait les examens suivants (modulables en fonction de l'âge, du sexe et des antécédents médicaux de l'intéressé) :

- 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 ;
- des conseils seront fournis selon les habitudes alimentaires, le sommeil, l'activité physique ... ;
- bilan biométrique : taille, poids, mesure de l'IMC (Indice de Masse Corporelle).
- analyse d'urine sur bandelette : pour identifier les éventuelles absences de sucre, de sang ou d'albumine.
- acuité auditive, si besoin.
- acuité visuelle, si besoin.
- électrocardiogramme de repos, si besoin.

À l'issue de l'échange, si le médecin le juge utile, il peut prescrire des examens complémentaires, orienter le patient vers un spécialiste, voire organiser un suivi médical périodique.

#### **Transmission des résultats**

Les résultats du bilan de santé seront remis sous environ 8 jours par voie postale.

Ceux-ci seront également transmis au médecin traitant ou au médecin du travail avec accord du ressortissant.

#### **Centres agréés par Audiens**

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](http://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.

### **Garantie assistance**

L'affiliation du participant à une garantie frais de soins de santé souscrit 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 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine, imprévisible et aiguë survenant à l'un des bénéficiaires, nécessitant une hospitalisation ou une immobilisation à domicile.

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, maladie ou immobilisation au domicile des enfants et petits-enfants, radiothérapie / chimiothérapie, événements traumatisants, décès.

Ce service est 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 Prévoyance 1000 ».

La notice Audiens Assistance est consultable sur le site [www.audiens.org](http://www.audiens.org).

### **Garantie frais soins de santé complémentaire**

Pour les participants souhaitant améliorer leur couverture santé, Audiens Prévoyance met à leur disposition, en collaboration avec l'Association JOURNALISTES PIGISTES ENSEMBLE POUR LA SANTE (Association PEPS), une garantie frais de soins de santé comportant plusieurs niveaux de prestations complémentaire à celle définie à la présente notice.

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

**Pour tout complément d'information  
sur vos garanties ou vos  
remboursements :**

**Tél. : 0 173 173 535** *(prix d'un appel local)*  
**[www.audiens.org](http://www.audiens.org)**