

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^{er} janvier 2021

Institution de prévoyance

Autorisée sous le numéro 983 par arrêté ministériel du 15 novembre 1991, régie par le Code de la Sécurité sociale

74 rue Jean Bleuzen • 92177 Vanves Cedex

www.audiens.org

RGT AUD 2020-CNV-017-S

Version : 04/2021

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

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 Santé 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 2020-CNV-017-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, 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 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^{er} 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^{er} 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^e enfant à charge.

6.2 – Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance par le participant selon les modalités choisies 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 :

- 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.

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 :

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. En tout état de cause, la dénonciation ne pourra pas intervenir après le dernier jour du mois civil au cours duquel survient l'expiration du délai d'un mois susmentionné.

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.

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.

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 dans la mesure où il répond 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 - 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.

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

Conformément à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice 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 à l'Adhérent 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.

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 - 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

15 - 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 résultant de l'adhésion de l'entreprise au Règlement RGT AUD 2020-CNV-017-S.

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, ...

II – Les données collectées vous concernant ainsi que celles de vos ayants droit ou bénéficiaires sont nécessaires à la passation, l'exécution et la gestion de ce contrat.

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 prélèvement 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, ces données sont susceptibles d'être utilisées à des fins de prospection commerciale :

- par Audiens Santé Prévoyance, sauf si vous y opposez, les modalités d'exercice de ce droit d'opposition figurant au VI du présent article,
- par les entités du Groupe Audiens autres qu'Audiens Santé Prévoyance, avec votre consentement.

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 - Tout participant, ayant droit ou bénéficiaire dispose, sur les données le concernant et à condition de justifier de son 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 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.

16 - 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.

17 - Réclamation / médiation

17.1 - Réclamation

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

17.2 - Médiation

La médiation est un processus auquel peut avoir recours un Adhérent, 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 17.1 de la présente notice.

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 Cambacérés - 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 17.1 de la présente notice,
- 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

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 visée à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, 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 à condition qu'ils soient expressément mentionnés au titre des frais non remboursés par la Sécurité sociale audit *Descriptif*.

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.

- Soins courants
- Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)
- frais d'hospitalisation chirurgicale et d'opérations ;

- séjour en service de réanimation ;
- frais d'accompagnement reconnus nécessaires par un certificat médical en cas d'intervention chirurgicale subie par un enfant de moins de 12 ans.
- 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 des garanties* 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...

- Dentaire
- Aides auditives
- Optique
- Cures médicales
- 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.

- Allocation en cas d'adoption

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.

20 - Frais restant à charge

En application des dispositions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, **ne pourront 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 notamment 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 exceptions, explicitement mentionnées au *Descriptif de la garantie*.

21 - Prise en charge minimum

Les montants de remboursement des frais de soins de santé couverts au titre de la présente notice incluent 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 règlementairement. 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.

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 la télétransmission

Les bénéficiaires du contrat bénéficient du service de télétransmission de leurs frais médicaux via la norme NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs), et n'ont plus à retourner le décompte établi par la Sécurité sociale au gestionnaire.

Ce système n'est mis en œuvre que pour le participant, les enfants à charge inscrits sur sa carte vitale et les autres bénéficiaires du contrat qui ont manifesté leur volonté d'adopter ce service, en adressant au gestionnaire une copie de leur attestation de droits

22.2 - Sans la télétransmission

Lorsque le bénéficiaire ne bénéficie pas du service de télétransmission, 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 notamment 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, l'orthodontie 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 Produits et Prestations) 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 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'allocation en cas de naissance : un bulletin de naissance ou un extrait d'acte de naissance,
- de l'allocation en cas d'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

Selon les dispositions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, les participants ont la possibilité de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties mentionnées audit article.

Les tiers payants 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 la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale avant application sur celui-ci d'une éventuelle participation forfaitaire ou franchise), et à condition que le parcours de soins soit respecté.

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 des garanties* 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 enfants inscrits sur leur carte de Sécurité sociale. Les autres bénéficiaires du contrat peuvent adopter ce service, sous réserve qu'ils fournissent la copie de leur attestation de droits.

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 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 – 92177 Vanves cedex
Tél. : 0 173 173 726
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.

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.

Descriptif de la garantie souscrite

GARANTIE FRAIS DE SOINS DE SANTE CONVENTIONNELLE DES JOURNALISTES REMUNERES A LA PIGE

Les montants des remboursements sont ceux en vigueur à effet du 1^{er} janvier 2020.

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 et dans la limite des frais réellement engagés. Les montants des remboursements sont exprimés y compris les prestations de la Sécurité sociale et dans la limite :

- soit d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : tarif à partir duquel la Sécurité sociale établit son remboursement ;
- soit d'un pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) : le plafond retenu est celui en vigueur au moment de la réalisation de la prestation ou de l'évènement considéré ;
- soit d'un pourcentage du prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) : prix maximum de vente au public imposé au professionnel de santé dans le cadre du dispositif 100% santé par arrêté ou avis relatif à la tarification des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- soit d'un montant exprimé en euros.

Dans le cadre du 100% santé, la mise en œuvre des tarifs maîtrisés et des tarifs libres de la garantie inlays-onlays du poste dentaire indiqués dans le tableau ci-après est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021. Pour les actes effectués au cours de l'année 2020, le montant du remboursement est égal à celui fixé pour les inlays-onlays à tarifs libres."

Soins courants

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris le cas échéant les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Honoraires médicaux		
<i>Pour les médecins <u>adhérents</u> aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>		
Consultation et visite généraliste (hors hospitalisation)	100 % de la base de remboursement.	
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)		
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)		
Actes d'imagerie médicale		
<i>Pour les médecins <u>non adhérents</u> aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>		
Consultation et visite généraliste, sage-femme (hors hospitalisation)	100 % de la base de remboursement.	
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)		
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)		
Actes d'imagerie médicale		
Honoraires paramédicaux		
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédicures-podologues, Orthophonistes, Orthoptistes)	100 % de la base de remboursement.	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de laboratoire	100 % de la base de remboursement.	
Matériel médical		
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations ⁽¹⁾ (hors aides auditives)	180 % de la base de remboursement.	
Médicaments		
Médicaments (y compris vaccins)	100 % de la base de remboursement.	
Transport		
Transport (hors hospitalisation et cure thermale)	100 % de la base de remboursement.	

⁽¹⁾ inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Dentaire

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris le cas échéant les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Soins		
Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)	100 % de la base de remboursement.	
Actes techniques	100% de la base de remboursement.	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽²⁾		
Prothèses dentaires 100 % santé	100 % des honoraires limites de facturation.	
Soins et prothèses hors 100 % santé ⁽²⁾		
Inlays-onlays à tarifs maîtrisés	100 % de la base de remboursement dans la limite des honoraires limites de facturation.	
Inlays-onlays à tarifs libres	100 % de la base de remboursement.	
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	210 % de la base de remboursement dans la limite des honoraires limites de facturation.	
Prothèses dentaires à tarifs libres	210 % de la base de remboursement.	
Orthodontie		
Orthodontie	100 % de la base de remboursement complété le cas échéant par 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par année civile et par bénéficiaire, ce montant inclut la prise en charge des frais d'orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale.	
Frais non remboursés par la Sécurité sociale <i>(sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</i>		
Prothèses dentaires	150,50 € par prothèse.	
Orthodontie adulte et enfant	10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par année civile et par bénéficiaire, ce montant inclut la prise en charge des frais d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale.	

⁽²⁾ telles que définies réglementairement à l'article R.871-2, 5° du Code de la Sécurité sociale.

Optique ⁽³⁾

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris le cas échéant les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Equipement	
<p>Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - classe A, à hauteur du prix limite de vente ; - classe B, à hauteur de la garantie « Equipement hors 100 % santé » déduction faite du remboursement de la composante classe A et le cas échéant dans la limite de 100 € pour la monture. 	
Délais de renouvellement	
<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement.</p> <p>En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.</p>	
Equipements 100 % santé ⁽⁴⁾	
Classe A : équipement, prestations d'appairage et suppléments	100 % du prix limite de vente.
Equipements hors 100 % santé (dont 100 € maximum au titre de la monture) ⁽⁴⁾	
Classe B : équipement avec 2 verres simples	209 €.
Classe B : équipement avec 1 verre simple + 1 verre complexe	268 €.
Classe B : équipement avec 1 verre simple + 1 verre très complexe	396,50 €.
Classe B : équipement avec 2 verres complexes	327 €.
Classe B : équipement avec 1 verre complexe + 1 verre très complexe	455,50 €.
Classe B : équipement avec 2 verres très complexes	584 €.
Suppléments	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale des verres	100 % de la base de remboursement.
Autres suppléments	100 % de la base de remboursement.

Lentilles correctrices

Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale

100 % de la base de remboursement, complété le cas échéant par 3,3 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par année civile et par bénéficiaire.

⁽³⁾ conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

⁽⁴⁾ tels que définis réglementairement à l'article R.871-2, 3° du Code de la Sécurité sociale.

Hospitalisation

(y compris frais d'accouchement)

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris le cas échéant les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Honoraires		
<i>Pour les médecins <u>adhérents</u> aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>		
Consultation	100 % de la base de remboursement.	
Actes techniques		
<i>Pour les médecins <u>non adhérents</u> aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>		
Consultation	100 % de la base de remboursement.	
Actes techniques		
Frais de séjour		
Frais de séjour	100 % de la base de remboursement.	
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (établissements médico-sociaux exclus)	100 % des frais réels.	
Transport		
Transport	100 % de la base de remboursement	
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale <i>(sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</i>		
Chambre particulière avec ou sans nuitée	0,8 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par journée d'hospitalisation.	
Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans	0,8 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par journée d'hospitalisation.	

Aides auditives ⁽⁵⁾

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris le cas échéant les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
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.	
Equipements (jusqu'au 31 décembre 2020)	
Aide auditive classe I ou II	100 % de la base de remboursement, complété le cas échéant par 100 €.
Equipements 100 % santé (à compter du 1^{er} janvier 2021) ⁽⁶⁾	
Aide auditive classe I	100 % du prix limite de vente.
Equipements hors 100 % santé (à compter du 1^{er} janvier 2021) ⁽⁶⁾	
Aide auditive classe II	100 % de la base de remboursement, complété le cas échéant par 100 €. 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.
Consommables, piles et accessoires	
Consommables, piles et accessoires des aides auditives	100 % de la base de remboursement.

⁽⁵⁾ conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

⁽⁶⁾ tels que définis réglementairement à l'article R.871-2, 4^o du Code de la Sécurité sociale.

Naissance et adoption

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution
Frais de parentalité	
Allocation forfaitaire en cas de naissance ou adoption	500 € par enfant

Cure médicale

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Cure thermale	
Cure thermale (traitement thermal, hébergement et transport)	100 % de la base de remboursement.

Forfait actes lourds

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
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 % des frais réels.

Forfait patient urgences

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Forfait patient urgences (à compter du 1^{er} septembre 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 % des frais réels.

Liste Audiens Bien-être Santé

Garanties	Remboursement maximum de l'Institution dans la limite des frais restant à charge
Liste Audiens Bien-être santé La liste Audiens Bien-être santé est adressée par courrier sur demande ou téléchargeable sur le site internet www.audiens.org . - rubrique « Documents » - toutes les thématique « Santé » - rechercher « Liste Audiens Bien-être Santé » - fiche technique.	50 % des frais réels dans la limite d'un montant global de 150 € par année civile et par bénéficiaire , sur présentation des justificatifs. Pour faire l'objet d'un remboursement, la prise en charge de ces frais ne doit pas être prévue sous une autre rubrique du tableau de garantie. La liste Audiens Bien-être santé pourra être modifiée par l'Institution, à tout moment et sans information préalable des bénéficiaires , 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.

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.
- Electrocardiogramme 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.

- 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 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.

Garantie frais soins de santé complémentaire

Pour les participants souhaitant améliorer leur couverture santé, Audiens Santé 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