

# Garantie Santé Pigistes

---

Vous trouverez ci-joint les documents d'information et d'affiliation à la Garantie Santé Pigistes :

- la demande d'affiliation à compléter ainsi que le mandat de prélèvement à nous retourner,
- les informations pratiques expliquant quels documents sont à joindre à votre demande,
- la fiche d'information.

## **Documents à adresser à :**

**Audiens Santé Prévoyance**  
Gestion des comptes individuels  
TSA 80405  
92177 Vanves Cedex

## LE RÉGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ

---

Les partenaires sociaux de votre profession ont signé un accord de branche qui réforme le régime de prévoyance des journalistes rémunérés à la pige et devient la nouvelle annexe III à la Convention collective nationale de travail des journalistes.

Le régime de prévoyance des journalistes rémunérés à la pige a été amélioré et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, un régime conventionnel de frais de santé est entré en vigueur. Audiens, votre groupe de protection sociale professionnel, met en oeuvre le dispositif prévu par l'accord de branche.

Dans le cadre de cette couverture de complémentaire santé conventionnelle, vous pouvez bénéficier d'une prise en charge patronale grâce au Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige, alimenté par les cotisations de vos employeurs sur chacune de vos piges.

En complément du régime conventionnel, appelé Niveau socle conventionnel, vous avez la possibilité de vous affilier aux garanties facultatives souscrites pour vous par l'association PEPS – journalistes Pigistes Ensemble Pour la Santé – auprès d'Audiens Santé Prévoyance.

Vous avez également la possibilité de faire bénéficier votre famille du même niveau de garantie que vous.

## INFORMATIONS PRATIQUES

---

La Garantie Santé Pigistes est accessible dès lors que vous justifiez d'au moins une pige au cours des 24 derniers mois.

### Comment bénéficier de la participation du Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige ?

La participation patronale sera déduite du montant de votre cotisation mensuelle du Niveau socle conventionnel :

- pour toute l'année 2018 et l'année 2019 si vous avez perçu **7 846 €** au titre de vos piges\* en 2017 ;
- pour le restant de l'année en cours et les années 2019 et 2020, dès que vous avez perçu **7 946 €** au titre de vos piges\* en 2018.

Si vous n'avez pas atteint 7 846 € de piges\* en 2017, vous pouvez bénéficier de la participation patronale pour 3 mois (M, M+1 et M+2). Pour cela, adressez-nous un bulletin de pige du mois M : la participation patronale sera déduite du montant de votre cotisation mensuelle du niveau socle conventionnel pour le mois de la pige et les 2 mois suivants.

Adressez les copies de vos bulletins de salaire (le cumul brut d'un seul bulletin ne sera pas pris en compte).

\* il s'agit des montants des piges brutes pour lesquelles une cotisation a été versée pour le régime de prévoyance des journalistes rémunérés à la pige.

### Comment améliorer le niveau de remboursement du régime conventionnel frais de soins de santé des journalistes rémunérés à la pige ?

- consultez les tableaux de prestations et de cotisations ;
- indiquez votre choix de niveau de garantie sur votre demande d'affiliation.

Si vous choisissez le Niveau 1 ou le Niveau 2, vous devez adhérer à l'association PEPS et joindre un chèque de 5 € à l'ordre de PEPS (voir la fiche de présentation de l'association).

### Les services Audiens, en complément de la Garantie Santé Pigistes

- un bilan de santé personnalisé, tous les 5 ans, à réaliser dans un centre agréé par Audiens ;
- le service d'assistance à domicile Audiens accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;
- le tiers payant Korélio et l'accès au réseau de soins Sévéane ;
- votre espace adhérent personnalisé sur [www.audiens.org](http://www.audiens.org) ;
- les services d'accompagnement solidaire et social du groupe Audiens dans les situations qui nécessitent une réponse adaptée (chômage, accident, maladie, handicap, décès...).



# Garantie Santé Pigistes

## Demande d'affiliation

Réservée aux journalistes rémunérés à la pige

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Situation familiale  célibataire  marié(e)  pacsé(e)  concubin(e)  veuf(ve)

### AUTRES PERSONNES À INSCRIRE À LA GARANTIE (joignez pour chacune une copie de l'attestation de droits Sécurité sociale)

Les bénéficiaires que vous inscrivez seront couverts par le même niveau de garantie que vous.

| Nom(s) et prénom(s) des bénéficiaires de la garantie | Sexe  | Bénéficiaires   | N° de Sécurité sociale | Date de naissance |
|--|---|---|------------------------|-------------------|
|  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> Conjoint(e)<br><input type="checkbox"/> Concubin(e)<br><input type="checkbox"/> Pacsé(e) | ____/____/____         | ____/____/____    |
|  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Enfant à charge   | ____/____/____         | ____/____/____    |
|  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Enfant à charge   | ____/____/____         | ____/____/____    |
|  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Enfant à charge   | ____/____/____         | ____/____/____    |
|  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Enfant à charge   | ____/____/____         | ____/____/____    |

### NIVEAU CHOISI

Niveau socle conventionnel  Niveau 1 (Niveau socle conventionnel inclus)  Niveau 2 (Niveau socle conventionnel inclus)

### PARTICIPATION DU FONDS COLLECTIF POUR LA SANTÉ DES JOURNALISTES RÉMUNÉRÉS À LA PIGE

Je demande à bénéficier du Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige. Pour cela, je joins la copie de mes bulletins de piges, justifiant de la cotisation de mes employeurs au régime de prévoyance pigistes.

### AFFILIATION

- Je souhaite que mon affiliation prenne effet le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ (au plus tôt, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande).
- Si j'adhère au Niveau 1 ou au Niveau 2, je demande mon adhésion à l'association PEPS (journalistes Pigistes Ensemble Pour la Santé) et je joins un chèque de cotisation de 5 € à l'ordre de PEPS.
- Je déclare avoir pris connaissance de la Fiche d'information du régime conventionnel frais de soins de santé des journalistes rémunérés à la pige et du contrat surcomplémentaire souscrit par l'association PEPS (Niveau 1 et Niveau 2) annexés au présent document.

### SERVICES

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du service gratuit « Noémie » (transmission automatique de vos décomptes Sécurité sociale à l'organisme gestionnaire, sous réserve qu'un accord soit intervenu entre votre centre de Sécurité sociale et Audiens Santé Prévoyance), cochez ici





## RÈGLEMENT

Je souhaite régler mes cotisations par prélèvement automatique.

Je souhaite régler mes cotisations par chèque.

Je choisis la périodicité de mes paiements :  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

## COMMENT ADHÉRER ?

Complétez et signez cette demande d'affiliation et joignez-y tous les documents détaillés ci-dessous :

- votre mandat de prélèvement SEPA complété et signé ;
- un relevé d'identité bancaire pour le prélèvement de vos cotisations et le remboursement de vos frais médicaux ;
- l'attestation de vos droits Sécurité sociale ainsi que celle de vos bénéficiaires (téléchargeable sur le site de la Sécurité sociale ameli.fr) ;
- pour vos enfants à charge :
  - s'ils sont étudiants entre 21 et 27 ans inclus : un certificat de scolarité et une attestation de droits à la Sécurité sociale pour le régime étudiant,
  - s'ils sont handicapés : une copie de la carte d'invalidité,
  - s'ils sont à la recherche d'une première activité rémunérée et sont âgés de moins de 26 ans : une attestation d'inscription à Pôle Emploi ;
  - s'ils sont en contrat d'apprentissage et sont âgés de moins de 26 ans : une copie du contrat d'apprentissage ;
  - pour les autres cas : merci de vous référer à la Fiche d'information p.13.
- la demande d'adhésion à l'association PEPS, ainsi que le chèque de cotisation de 5 € à l'ordre de PEPS si vous adhérez au Niveau 1 ou au Niveau 2 ;
- les bulletins de salaire en tant que journaliste rémunéré à la pige pour les périodes qui correspondent à votre situation (voir Informations pratiques p.2).

### Renoncation

Vous avez la possibilité de renoncer à votre affiliation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à Audiens Santé Prévoyance – 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex – dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé(e) de la date de prise d'effet de votre affiliation. Vous pouvez exercer ce droit en utilisant le modèle de lettre annexé au présent document (voir dernière page).

### Déclaration

Je déclare avoir pris connaissance de la Fiche d'information jointe à la présente demande d'affiliation. Je certifie que mes déclarations sont exactes, complètes et sincères.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du représentant  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

### Documents à adresser à :

**Audiens Santé Prévoyance**  
Gestion des comptes individuels  
TSA 80405  
92177 Vanves Cedex

 **Pour nous joindre**  
**0173 173 580**

### Informatique et libertés

Les données à caractère personnel collectées sont nécessaires à la gestion de votre dossier et peuvent dans ce cadre être transmises à des sous-traitants. Elles sont également susceptibles d'être transmises à d'autres entités du Groupe Audiens afin de vous présenter les solutions qu'elles proposent. Ces données ne seront conservées que pour la durée strictement nécessaire à la gestion de votre dossier. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant, et d'opposition à leur transmission, auprès d'Audiens Santé Prévoyance, qui peut être exercé en écrivant à la Direction juridique du Groupe Audiens - 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex.

### Bloctel

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous avez la possibilité de vous inscrire gratuitement sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Vous pouvez accéder à cette liste d'opposition dite « Bloctel » en allant sur le site suivant : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

### Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL dans les conditions définies à l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier.





# Mandat de prélèvement SEPA

Le mandat de prélèvement SEPA remplace l'autorisation de prélèvement. Il est à compléter et à nous retourner en intégralité.

## EXEMPLE : COMMENT REMPLIR LE MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA ?

Inscrivez vos nom, prénom et adresse complète

Inscrivez les coordonnées de votre Relevé d'Identité Bancaire (vous trouverez cette pièce dans votre carnet de chèques), n'oubliez pas de le joindre à votre mandat de prélèvement SEPA

Datez et signez le mandat de prélèvement SEPA


**VOTRE MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA - PRELEVEMENT RECURRENT**

**Identité du payeur, Titulaire du compte**  
 Mme  M. Nom Comet Prénom Paul  
 Adresse 74 rue de la Paix  
 Code postal 92170 Ville Vanves Pays France

**Coordonnées bancaires – Désignation du compte à débiter**  
 BIC 0000000000  
 IBAN 0000000000000000000000000000000000

**Désignation du créancier**  
 AUDIENS SANTÉ PREVOYANCE  
 74 rue Jean Bleuzen  
 92177 Vanves Cedex  
 Identifiant : créancier SEPA FR54ZZ399357

En signant ce formulaire de Mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez AUDIENS SANTÉ PREVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AUDIENS SANTÉ PREVOYANCE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.  
 NB : Vos droits concernant le présent Mandat de Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à Vanves Le 0000 20 18 Signature 

N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB comportant les mentions BIC-IBAN.

## VOTRE MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA - PRELEVEMENT RECURRENT

### Identité du payeur, Titulaire du compte

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

### Coordonnées bancaires – Désignation du compte à débiter

BIC \_\_\_\_\_  
 IBAN \_\_\_\_\_

#### Désignation du créancier

AUDIENS SANTÉ PRÉVOYANCE  
 74 rue Jean Bleuzen  
 92177 Vanves Cedex  
 Identifiant : créancier SEPA FR54ZZ399357

En signant ce formulaire de Mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez AUDIENS SANTÉ PRÉVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AUDIENS SANTÉ PRÉVOYANCE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.  
 NB : Vos droits concernant le présent Mandat de Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB comportant les mentions BIC-IBAN.





# Demande d'adhésion **Association PEPS 2018/2019**

pour une adhésion au Niveau 1 ou au Niveau 2

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

Je suis journaliste rémunéré à la pige

Numéro de carte de presse \_\_\_\_\_

A défaut, le nom des deux principaux employeurs : \_\_\_\_\_

J'adhère à l'Association PEPS (journalistes Pigistes Ensemble Pour la Santé) et je joins un chèque de cotisation de 5 € pour deux ans à l'ordre de PEPS.

L'adhésion à l'Association journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé me permet de m'affilier aux niveaux surcomplémentaires au Niveau socle conventionnel du contrat collectif « Garantie Santé Pigistes » négocié avec Audiens Santé Prévoyance.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

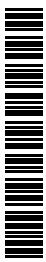
Signature

## Document à adresser à :

**Audiens Santé Prévoyance**  
Gestion des comptes individuels  
TSA 80405  
92177 Vanves Cedex

### Informatique et libertés

Ces informations doivent obligatoirement être renseignées et sont nécessaires à la gestion de votre dossier. Elles peuvent être transmises à des sous-traitants. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et d'opposition pour motif légitime auprès de PEPS, qui peut être exercé en écrivant à PEPS c/o AUDIENS Direction juridique et conformité – 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves cedex.







# Une association pour la couverture santé des journalistes pigistes

---

## Qui sommes-nous ?

Un groupe de sept journalistes pigistes provenant d'horizons divers (SNJ, SNJ-CGT, USJ-CFDT, CFTC, Profession pigistes, sans appartenance) est à l'origine de l'association à but non lucratif PEPS (journalistes Pigistes Ensemble Pour la Santé), fondée en novembre 2004. L'association a souscrit un contrat groupe de complémentaire santé à caractère facultatif auprès d'un organisme assureur, Audiens, afin d'en faire bénéficier ses adhérents.

En 2005, seule une petite minorité des quelques 6 000 journalistes pigistes titulaires de la carte professionnelle étaient couverts par une complémentaire santé. Et, plus rares encore étaient ceux bénéficiant d'une participation patronale à cette couverture. La complémentaire santé proposée par PEPS répondait à un véritable besoin puisque, en dix ans, près de 900 journalistes rémunérés à la pige ont adhéré à PEPS et bénéficié de la Garantie Santé Pigistes gérée par Audiens à des tarifs inférieurs aux tarifs individuels.

## Pourquoi Audiens ?

Audiens est un groupe de protection sociale paritaire couvrant les secteurs de la culture, de la communication et des médias. C'est sa branche Audiens Santé Prévoyance qui gère la prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) instaurée à titre obligatoire depuis 1988 pour les journalistes pigistes. C'est également Audiens qui gère depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 le régime conventionnel de complémentaire santé socle des journalistes pigistes.

Et c'est Audiens Retraite Arco qui gère la retraite complémentaire de tous les journalistes rémunérés à la pige.

**A partir de 2016, la vocation de PEPS a évolué. Elle propose avec Audiens des options de surcomplémentaire qui complètent le régime socle conventionnel. Ce régime conventionnel qui prévoit une contribution patronale, a été négocié par les fédérations patronales de presse et les syndicats de journalistes. Il est entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016 (voir ci-dessous).**

## Un Fonds collectif pour la santé des journalistes pigistes

L'accord de branche du 24 septembre 2015 a créé le Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige, alimenté depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 par des cotisations patronales prélevées sur chaque pige. Ce Fonds permet aux pigistes de bénéficier d'une réduction de moitié de la cotisation mensuelle au régime conventionnel socle de complémentaire santé.

Ce Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige est géré par Audiens.

## PEPS garde tout son intérêt

Dans l'état actuel des dépenses pour frais médicaux, face à l'augmentation régulière du « reste à charge » pour les assurés sociaux et au déremboursement constant de la Sécurité sociale, PEPS a souhaité continuer le partenariat avec Audiens et a souscrit un contrat collectif pour vous permettre l'affiliation à l'un des deux niveaux de surcomplémentaire au régime frais de santé socle conventionnel, à des tarifs groupe.

Ces contrats sont également ouverts aux conjoints et enfants des adhérents PEPS.

## Quels sont les avantages du contrat groupe PEPS ?

Le contrat collectif PEPS permet de mutualiser les risques et de ne pas faire de discrimination tarifaire ou d'exclusion en fonction de l'état de santé du cotisant. Les contrats collectifs offrent des compléments de remboursement plus élevés qu'un contrat individuel à tarif équivalent pour les dépenses de santé.

## Le fonctionnement de PEPS

Il vous faut adhérer préalablement à PEPS (adhésion symbolique de 5 € pour deux années) pour bénéficier de l'un ou l'autre des deux niveaux de garantie de la surcomplémentaire proposée aux journalistes pigistes par l'association.

L'association PEPS poursuit les missions suivantes : présenter les comptes annuels du contrat PEPS, collecter les vœux et doléances des adhérents, négocier l'évolution des prestations et tarifications des contrats de surcomplémentaire, voire changer de prestataire.

Les statuts de l'association sont consultables sur [www.peps-santepigistes.org](http://www.peps-santepigistes.org).

Vous pouvez vous adresser au bureau de l'association en écrivant à PEPS : [assopeps@gmail.com](mailto:assopeps@gmail.com).

Ce que rembourse la Garantie Santé Pigistes en complément de la Sécurité sociale

Les Niveaux 1 et 2 sont souscrits par l'Associations PEPS « journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé »

|  | Sécurité sociale<br>(en % de la BR*) | Niveau socle<br>conventionnel                       | Niveau 1<br>Niveau socle<br>conventionnel inclus    | Niveau 2<br>Niveau socle<br>conventionnel inclus    |
|--|--------------------------------------|---|---|---|
| <b>Soins courants</b>  |                                      |   |   |   |
| Pharmacie (y compris vaccins et contraceptifs) prise en charge par la Sécurité sociale   | 15, 30 ou 65 %                       | Remboursement Ticket Modérateur (TM*)               |   |   |
| Consultations et visites de généralistes et spécialistes   |                                      |   |   |   |
| Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO **  | 70 %                                 | TM  | TM + 40 % de la BR                                  | TM + 110 % de la BR                                 |
| Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO **  | 70 %                                 | TM  | TM + 20 % de la BR                                  | TM + 90 % de la BR                                  |
| Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux, analyses, examens de laboratoire   | 60 %                                 | TM  | TM + 30 % de la BR                                  | TM + 100 % de la BR                                 |
| Actes d'imagerie et d'échographie, actes techniques médicaux   |                                      |   |   |   |
| Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO **  | 70 %                                 | TM  | TM + 40 % de la BR                                  | TM + 110 % de la BR                                 |
| Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO **  | 70 %                                 | TM  | TM + 20 % de la BR                                  | TM + 90 % de la BR                                  |
| Frais de transport y compris en hospitalisation  | 65 %                                 | TM  |   |   |
| Participation forfaitaire de 18 €<br>(pour les actes et dans les conditions définies à l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale)   | -                                    | 18 €  |   |   |
| <b>Hospitalisation remboursée par la Sécurité sociale, y compris frais d'accouchement et hors établissements médico-sociaux</b>  |                                      |   |   |   |
| Frais de séjour  | 80 %                                 | TM  |   |   |
| Honoraires médicaux ou chirurgicaux  |                                      |   |   |   |
| Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO **  | 80 %                                 | TM  | TM + 100 % de la BR                                 | TM + 300 % de la BR                                 |
| Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO **  | 80 %                                 | TM  | TM + 80 % de la BR                                  | TM + 100 % de la BR                                 |
| Forfait journalier (sans limitation de durée et par jour)  | -                                    | 100 % des frais réels                               |   |   |
| Chambre particulière (sans limitation de durée et par jour)  | -                                    | 26,49 €<br>(0,8 % du PMSS*)                         | 43,04 €<br>(1,3 % du PMSS)                          | 66,22 €<br>(2 % du PMSS)                            |
| Lit accompagnant enfant moins de 12 ans (sans limitation de durée et par jour)   | -                                    | 26,49 €<br>(0,8 % du PMSS)                          | 43,04 €<br>(1,3 % du PMSS)                          | 66,22 €<br>(2 % du PMSS)                            |
| <b>Dentaire</b>  |                                      |   |   |   |
| Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale   | 70 %                                 | TM  | TM + 40 % de la BR                                  | TM + 110 % de la BR                                 |
| Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale  | 70 %                                 | 2 fois le RBSS*                                     | 2,5 fois le RBSS                                    | 4 fois le RBSS                                      |
| Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (par prothèse)   | -                                    | 150,50 €  | 188,15 €  | 301,00 €  |
| Orthodontie adulte/enfant remboursée ou non par la Sécurité sociale <sup>1</sup>   | 100 % ou 0 %                         | 331,10 €<br>(10 % du PMSS)                          | 397,32 €<br>(12 % du PMSS)                          | 496,65 €<br>(15 % du PMSS)                          |
| <b>Optique</b>   |                                      |   |   |   |
| <b>Verres et monture remboursés par la Sécurité sociale</b><br>Remboursement limité à un équipement complet (2 verres + 1 monture)<br>tous les 24 mois par bénéficiaire (12 mois en cas de changement de dioptries<br>sur prescription médicale, ou pour les moins de 18 ans) et à 150 € maximum pour la monture | 60 %                                 | 15 fois le RBSS<br>+<br>109,30 €<br>(3,3 % du PMSS) | 20 fois le RBSS<br>+<br>109,30 €<br>(3,3 % du PMSS) | 25 fois le RBSS<br>+<br>109,30 €<br>(3,3 % du PMSS) |
| Lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité sociale <sup>1</sup>   | 60 % ou 0 %                          | 109,30 €<br>(3,3 % du PMSS)                         | 132,44 €<br>(4 % du PMSS)                           | 218,53 €<br>(6,6 % du PMSS)                         |
| Chirurgie réfractive de l'œil  | -                                    | -   | -   | 331,10 € / œil<br>(10 % du PMSS)                    |
| <b>Appareillage, acoustique, orthopédie</b>  |                                      |   |   |   |
| Orthopédie et appareillage remboursés par la Sécurité sociale  | 60 %                                 | 2 fois le RBSS                                      | 2,5 fois le RBSS                                    | 4 fois le RBSS                                      |
| Prothèse auditive et accessoires acoustiques remboursés par la Sécurité sociale <sup>1</sup>   | 60 %                                 | 100 €   | 250 €   | 400 €   |

\*Les prestations sont exprimées en nombre de fois le remboursement de la Sécurité sociale (RBSS) ou en base de remboursement Sécurité sociale (BR) ou en ticket modérateur (TM) ou en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). Contrat responsable conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

\*\* Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) prévue par la Convention nationale médicale signée le 25 août 2016.

1. Par an et par bénéficiaire.

Les Niveaux 1 et 2 sont souscrits par l'Associations PEPS « journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé »

|  | Sécurité sociale<br>(en % de la BR*) | Niveau socle<br>conventionnel | Niveau 1<br>Niveau socle<br>conventionnel inclus | Niveau 2<br>Niveau socle<br>conventionnel inclus |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <b>Autres prestations</b>  |                                      |                               |  |  |
| Allocation en cas de naissance ou d'adoption   | -                                    |                               | 500 € par enfant                                 |  |
| Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : honoraires médicaux   | 70 %                                 |                               | TM   |  |
| Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : traitement thermal  | 65 %                                 |                               | TM   |  |
| Audiens Bien-Être Santé<br>(actes non remboursés par la Sécurité sociale dans la liste Audiens Bien-Être Santé) <sup>1</sup> | -                                    |                               | 50 % des frais réels<br>dans la limite de 150 €  |  |
| <b>Services</b>  |                                      |                               |  |  |
| Accompagnement Solidaire et Social   | -                                    |                               | Oui  |  |
| Audiens assistance quotidienne à domicile 7 jours/7 et 24 heures/24  | -                                    |                               | Oui  |  |
| Bilan de santé (1 bilan tous les 5 ans dans un centre agréé par Audiens) <sup>2</sup>  | -                                    |                               | 100 % des frais réels                            |  |

1. Par an et par bénéficiaire.

2. Le bilan dure de 30 à 40 minutes et comporte les examens suivants (modulables en fonction de l'âge, du sexe et des antécédents médicaux de l'assuré) : Examen de médecine générale complet avec étude des fonctions cardio-vasculaires, respiratoires, neurologiques, digestives et uro-génitales - Contrôle de la validité des différents vaccins - Enquête sur les antécédents familiaux et personnels, l'hygiène de vie, les habitudes alimentaires, la détection de maladies, la prévention santé - Bilan biométrique : taille, poids, mesure de l'indice de masse corporelle - Analyse d'urine sur bandelette : sucre, sang, albumine - Acuité auditive - Acuité visuelle - Electrocardiogramme - Examens complémentaires si besoin - Orientation vers un spécialiste si besoin - Résultats et organisation d'un suivi médical périodique si besoin.

Les remboursements sont limités aux frais engagés.

### PIGISTE DE MOINS DE 65 ANS

|  | Niveau socle conventionnel | Niveau 1 * | Niveau 2 * |
|--|----------------------------|------------|------------|
| Pigiste - avec la participation du Fonds           | 19,80 €                    | 42,64 €    | 80,40 €    |
| Pigiste - sans la participation du Fonds           | 39,73 €                    | 62,57 €    | 100,33 €   |
| Conjoint   | 39,73 €                    | 62,57 €    | 100,33 €   |
| Par enfant (gratuité à compter du 3 <sup>e</sup> ) | 19,86 €                    | 31,13 €    | 50,33 €    |

### PIGISTE DE 65 ANS À 69 ANS

|  | Niveau socle conventionnel | Niveau 1 * | Niveau 2 * |
|--|----------------------------|------------|------------|
| Pigiste - avec la participation du Fonds           | 19,80 €                    | 48,27 €    | 95,62 €    |
| Pigiste - sans la participation du Fonds           | 39,73 €                    | 68,20 €    | 115,55 €   |
| Conjoint   | 39,73 €                    | 68,20 €    | 115,55 €   |
| Par enfant (gratuité à compter du 3 <sup>e</sup> ) | 19,86 €                    | 31,13 €    | 50,33 €    |

### PIGISTE DE PLUS DE 69 ANS

|  | Niveau socle conventionnel | Niveau 1 * | Niveau 2 * |
|--|----------------------------|------------|------------|
| Pigiste - avec la participation du Fonds           | 19,80 €                    | 53,91 €    | 110,53 €   |
| Pigiste - sans la participation du Fonds           | 39,73 €                    | 73,84 €    | 130,46 €   |
| Conjoint   | 39,73 €                    | 73,84 €    | 130,46 €   |
| Par enfant (gratuité à compter du 3 <sup>e</sup> ) | 19,86 €                    | 31,13 €    | 50,33 €    |

À VOTRE DÉPART À LA RETRAITE ET SANS ACTIVITÉ DE PIGISTE, VOUS POUVEZ CONSERVER LES PRESTATIONS DE LA GARANTIE SANTÉ PIGISTES À UN TARIF AMÉNAGÉ.

### TARIF EX-PIGISTE POUR INFORMATION

|  | Niveau socle PEPS* | Niveau 1 * | Niveau 2 * |
|--|--------------------|------------|------------|
| Adulte de moins de 65 ans                          | 39,73 €            | 62,57 €    | 100,33 €   |
| Adulte de 65 ans à 69 ans                          | 49,67 €            | 78,14 €    | 125,49 €   |
| Adulte de plus de 69 ans                           | 59,60 €            | 93,70 €    | 150,32 €   |
| Par enfant (gratuité à compter du 3 <sup>e</sup> ) | 19,86 €            | 31,13 €    | 50,33 €    |

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

Ces tarifs sont TTC et incluent la TSA (taxe de solidarité additionnelle regroupant TSCA et taxe CMU). Ils évoluent chaque année selon le montant du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).  
Tarifs spécifiques sur demande pour les bénéficiaires du régime Alsace Moselle qui souscrivent au Niveau 1 ou au Niveau 2.

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

## Préambule

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

Le niveau socle conventionnel est issu du Règlement RGT AUD 2016-CNV-005-S qui fixe les conditions dans lesquelles Audiens Santé Prévoyance met en œuvre au profit des journalistes rémunérés à la pige une garantie frais de soins de santé en réponse aux dispositions de l'annexe III à l'accord national professionnel de retraite du 9 décembre 1975 et de ses avenants subséquents.

Les dispositions dudit Règlement et celles déterminées au bulletin d'adhésion à destination des employeurs et à la demande d'affiliation à destination des journalistes rémunérés à la pige, relèvent des dispositions figurant au Livre 9 du Code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion obligatoire et répondent au cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les deux niveaux complémentaires sont issus du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative n° 480099316 – S Fac/Association/2 souscrit auprès d'Audiens Santé Prévoyance par l'Association Journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé PEPS en faveur de ses adhérents. Ce contrat relève des dispositions figurant au Livre 9 du Code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et répond au cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

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

L'Association Journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé PEPS est une association régie par la loi de 1901, dont le siège social est situé 13 rue Delambre 75014 Paris.

La présente fiche d'information a pour objet de vous communiquer les dispositions du Niveau socle de la garantie frais de soins de santé conventionnelle et des Niveaux 1 et 2 de la garantie frais de soins de santé complémentaire souscrite par l'Association Journalistes Pigistes Ensemble pour la Santé PEPS.

Les tableaux de prestations et de cotisations relatifs à la « Garantie Santé Pigistes » sont joints à la présente fiche d'information.

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

### Article 1. Définition

Pour l'application des dispositions du Titre 1 de la présente fiche 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 de la garantie frais de soins de santé conventionnelle au profit de ses journalistes rémunérés à la pige.

#### Concubin

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

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

#### Conjoint

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

#### Enfants à charge

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

- considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études 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 ;

- un justificatif du bénéfice d'une mesure d'aide à l'emploi.

#### Pacsé

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

#### Participant

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

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

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

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

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

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

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

## Article 3. Conditions d'affiliation du participant

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

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

L'affiliation prend effet au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation et du justificatif par l'Institution.

## Article 4. Durée de l'affiliation/Renouvellement

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

## Article 5. Bénéficiaires

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

- au conjoint ou pacsé ou concubin tels que définis à l'article 1 ;
  - aux enfants à charge tels que définis à l'article 1.
- Le participant peut demander l'admission de ses éventuels bénéficiaires :
- à la date d'effet de son affiliation ;
  - au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception par l'Institution des justificatifs relatifs à la modification de la situation de famille ;
  - ou au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande d'admission par l'Institution s'il n'a pas souhaité les affilier aux dates précitées.

## Article 6. Radiation de l'affiliation

### 6.1 Radiation par le participant

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

- 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.

### 6.2 Radiation par un bénéficiaire autre que le participant

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

- à l'obligation d'intégrer un régime obligatoire frais de soins de santé,
  - à une modification de sa situation familiale,
- sa radiation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de sa demande de radiation.

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

## Article 7. Cessation de la garantie

Le participant cesse d'être garanti :

- 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.

## Article 8. Poursuite d'une couverture santé

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

- à tout participant perdant la qualité de journaliste rémunéré à la pige ;
  - à tout bénéficiaire rattaché à un participant décédé ;
- sans conditions de période probatoire, d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que l'intéressé réponde positivement à la proposition de l'Institution dans les six mois suivant la radiation du participant ou son décès.

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

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

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

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

### 9.2 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.

### 9.3 Durée de la participation

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

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

Dans le cadre du renouvellement du bénéfice de ladite participation, le participant adressera à l'Institution, avant le 31 octobre de l'année en cours, les bulletins de paie justifiant qu'il remplit toujours les conditions fixées à l'article 9.1 pour que ladite participation soit reconduite.

En l'absence d'éléments légitimant le renouvellement de ladite participation annuelle, cette dernière cessera ses effets au 31 décembre de l'année N+2.

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

## Article 10. Cotisations

### 10.1 Assiette et taux de cotisations

L'assiette mensuelle des cotisations est le plafond mensuel de la Sécurité sociale. Les taux de cotisation sont exprimés en tarif multiple en fonction du nombre des éventuels bénéficiaires de la garantie. Pour les enfants à charge, une gratuité est mise en œuvre à compter du 3<sup>e</sup> enfant à charge.

### 10.2 Paiement des cotisations

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

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations.

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

### 10.3 Non-paiement des cotisations

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 dix jours après l'échéance de paiement.

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

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

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

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

## Article 12. 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.

## Article 13. Garantie frais de soins de santé - Etendue de la garantie

L'Institution intervient dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires. Les montants de remboursement des frais de soins de santé pris en charge répondent aux conditions fixées aux articles R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016, notamment celle relative au minimum légal. 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.

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

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

Toutefois, l'Institution prend en charge, dans les conditions déterminées dans le Tableau des prestations, certains actes non remboursés par la Sécurité sociale.

## Article 14. Services et garantie complémentaire

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

### 14.1 Bilan de santé

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

Ce bilan de santé est effectué 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.

### 14.2 Garantie assistance

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

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

La durée et le montant de la prise en charge sont appréciés en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au patient et à son entourage : hospitalisation, 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 en cas de nécessité, 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 <http://www.audiens.org>

### 14.3 Garantie frais de soins de santé complémentaire

Les participants souhaitant améliorer leur couverture santé peuvent en complément à la garantie frais de soins de santé conventionnelle, s'affilier aux Niveaux 1 ou 2 de la garantie frais de soins de santé souscrite auprès d'Audiens Santé Prévoyance par l'Association Journalistes Pigistes Ensemble Pour la Santé (Association PEPS) en faveur de ses adhérents sous le numéro de contrat n° 480099316 – S Fac/Association/2, selon les modalités définies au Titre 2 de la présente fiche d'information.

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

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

### Article 15. Définition

Pour l'application des dispositions du Titre 2 de la présente fiche d'information, il faut entendre par :

#### Concubin

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

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

#### Conjoint

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

#### Enfants à charge

Les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis du participant, de son conjoint, pacé 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, pacé 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 1<sup>ère</sup> 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 ;
- un justificatif du bénéfice d'une mesure d'aide à l'emploi.

#### **Pacé**

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

#### **Participant**

Tout adhérent (membre physique) de l'Association journalistes Pigistes Ensemble Pour la Santé – PEPS, affilié en son nom propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle, et affilié à la garantie frais de soins de santé définie au présent Titre 2 en complément de son affiliation à la garantie socle frais de soins de santé définie au régime frais de soins de santé conventionnel des journalistes rémunérés à la pige défini au Titre 1.

#### **Souscripteur :**

L'Association journalistes Pigistes Ensemble Pour la Santé – PEPS ayant souscrit auprès de l'Institution le contrat surcomplémentaire frais de soins de santé Niveaux 1 et 2 n°480099316 – S Fac/Association/2.

#### **Article 16. Objet du contrat collectif**

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

#### **Article 17. Affiliation du participant**

##### **17.1 Modalités d'affiliation**

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

Le Souscripteur s'engage :

- à proposer les niveaux de la garantie frais de soins de santé définies au présent Titre 2 à ses adhérents affiliés au Régime Général ou de l'Alsace-Moselle de la Sécurité sociale française et remplissant les conditions ci-dessus ;
- à transmettre à l'Institution les demandes d'affiliation complétées et signées par ses adhérents souhaitant bénéficier d'un des niveaux de ladite garantie. Sur la demande d'affiliation, doivent être désignés, s'il y a lieu, les autres bénéficiaires de la garantie tels que définis à l'article 18.

L'affiliation prend effet au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par l'Institution.

##### **17.2 Durée de l'affiliation**

Sous réserve du paiement des cotisations, l'affiliation se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Elle prend fin en cas de survenance d'un des événements prévus à l'article 21.

#### **Article 18. Bénéficiaires**

##### **18.1 Définition des bénéficiaires**

Outre le participant, le bénéfice de la garantie peut être étendu, selon les cotisations versées par le participant et sous réserve qu'ils soient bénéficiaires de la garantie santé socle définie à l'article 16 :

- au conjoint ou pacé ou concubin tels que définis à l'article 15 ;
- aux enfants à charge tels que définis à l'article 15.

##### **18.2 Date d'effet de l'admission d'un bénéficiaire rattaché au participant**

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

- à la date d'effet de son affiliation ;
- au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception par l'Institution des justificatifs relatifs à la modification de la situation de famille ;
- ou au 1<sup>er</sup> 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.

##### **18.3 Radiation d'un bénéficiaire rattaché au participant**

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

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

de radiation.

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

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

#### **Article 19. Droit de renonciation**

Le participant a la faculté de renoncer à son affiliation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à l'adresse suivante, Audiens Santé Prévoyance – 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex – dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son affiliation a pris effet.

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

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

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

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

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

#### **Article 20. Dénonciation de l'affiliation**

Le participant peut dénoncer l'affiliation pour lui-même et/ou ses bénéficiaires :

- dans le courant de l'année, sur présentation d'une attestation d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire. Dans ce cas, le participant peut demander une résiliation à titre temporaire qui lui permet, à la fin de son affiliation à titre obligatoire, de bénéficier, à nouveau, de la garantie frais de soins de santé du présent contrat sous réserve de réception par l'Institution du certificat de radiation du contrat collectif à adhésion obligatoire ;
- au 31 décembre d'un exercice par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette dernière doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année concernée, le cachet de la poste faisant foi. Dans ce cas, **le participant ne pourra plus s'affilier ultérieurement pour lui-même et ses éventuels bénéficiaires au présent contrat qu'après un délai d'une année civile.**

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

#### **Article 21. Cessation des garanties**

**La garantie cesse définitivement :**

- à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat collectif ;
- à la date à laquelle le participant perd sa qualité d'adhérent du Souscripteur ;
- à la date de renonciation ou de dénonciation de l'affiliation à la garantie santé socle définie à l'article 16 ou à la garantie santé définie au présent titre par le participant pour lui-même et ses éventuels bénéficiaires ;
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 22.3 ;
- à la date du décès du participant.

**En outre pour les éventuels bénéficiaires, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues aux articles 15 et 18.**

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

#### **Article 22. Cotisations**

##### **22.1 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.

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

##### **22.2 Paiement des cotisations**

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

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations.

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

##### **22.3 Non-paiement des cotisations**

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

**L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.**

**Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.**

#### **Article 23. Fausses déclarations**

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

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

En cas de réticence ou de fausses déclarations non intentionnelles :

- si, lors de la constatation, le risque ne s'est pas réalisé, l'Institution peut maintenir la garantie

en contrepartie d'une augmentation de cotisation. A défaut, l'Institution peut mettre fin à l'affiliation dix jours après la notification adressée au participant par lettre recommandée. Les cotisations payées sont restituées pour la période où la garantie ne court plus ;

- si, lors de la constatation, le risque s'est réalisé, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

## Article 24. Garantie frais de soins de santé

### 24.1 Choix du niveau

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

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

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

- Choix du Niveau 2 en remplacement du Niveau 1

Cette modification de choix peut intervenir :

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

- Choix du Niveau 1 en remplacement du Niveau 2

Cette modification de choix peut intervenir :

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

### 24.2 Etendue de la garantie

**L'Institution intervient dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale, d'éventuels organismes complémentaires, et de l'Institution au titre de la garantie socle frais de soins de santé définie à l'article 16.**

Il est précisé que le montant des prestations prises en compte par la garantie socle frais de soins de santé définie à l'article 16 intervenant avant la présente garantie, inclut le minimum légal en vigueur à la date d'effet du contrat pour les actes définis aux articles R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

Toutefois, l'Institution prend en charge, dans les conditions déterminées dans le Tableau des prestations, certains actes non remboursés par la Sécurité sociale.

## Article 25. Garantie frais de soins de santé socle PEPS

Les adhérents du Souscripteur ne remplissant pas ou plus les conditions pour bénéficier du Niveau socle conventionnel défini à l'article 16 peuvent s'affilier à la garantie frais de soins de santé niveau de base du contrat frais de soins de santé n°480099316 – S Fac/ Association/1 souscrit par le Souscripteur auprès de l'Institution.

## Titre 3 – Dispositions communes

### CHAPITRE 1 – CONDITIONS GÉNÉRALES

#### Article 26. Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice d'information sont prescrites par deux 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.

#### Article 27. Subrogation

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

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

#### Article 28. 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 3<sup>e</sup> 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 3<sup>e</sup> médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

**En cas de refus d'un participant de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu.**

#### Article 29. Etendue territoriale

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

#### Article 30. 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.

#### Article 31. 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 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 des présentes conditions générales.

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

- conservées pour une durée maximale de trois ans à des fins de gestion commerciale;
- archivées tant que les différents délais de prescription applicables ne seront pas écoulés.

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 par courrier adressé à Audiens Santé Prévoyance - Direction juridique et conformité, 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves cedex.

Le participant dispose également du droit de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en allant sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

#### Article 32. Réclamation/Médiation

##### 32.1 Réclamation

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un souscripteur, participant ou ayant droit, ci-après dénommé «le Demandeur», envers l'Institution.

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<sup>er</sup> contact : Interlocuteur habituel**

En cas de réclamation concernant les garanties, le Demandeur doit en 1<sup>er</sup> lieu contacter son interlocuteur habituel par téléphone, par courrier ou par courriel. Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet du Groupe [www.audiens.org](http://www.audiens.org)

- **2<sup>e</sup> contact : Service réclamations clients**

Si une incompréhension subsiste, le Demandeur peut en 2<sup>nd</sup> lieu faire appel au Service réclamation clients à l'adresse suivante :

Par voie postale :

Audiens Santé Prévoyance – Recours interne – Service réclamations clients  
74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex

Ou

Par courriel : [ic@audiens.org](mailto:ic@audiens.org)

Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet du Groupe [www.audiens.org](http://www.audiens.org)

##### 32.2 - Médiation

La médiation est un processus auquel peut avoir recours un souscripteur, participant ou ayant droit, 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 32-1 ci-dessus.

Le processus de médiation est régi par le titre I<sup>er</sup> 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 du CTIP 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 du CTIP s'effectue par écrit aux adresses suivantes :

Par voie postale : Médiateur du CTIP - 10, rue Cambacérés 75008 Paris

Ou

Par courriel : [mediateur@ctip.asso.fr](mailto:mediateur@ctip.asso.fr)

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 32-1 du présent contrat,
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;



- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- le Demandeur a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Institution ;
- le litige n'entre pas dans son champ de compétence : les décisions rendues au titre de l'action sociale de l'Institution; le contrôle de la motivation des résiliations, les décisions d'augmentation des cotisations et les procédures de recouvrement des cotisations ne peuvent faire l'objet d'un recours auprès du médiateur.

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

### **Article 33. 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

Tél. : 0 173 173 726

www.audiens.org

## **CHAPITRE 2 – GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ**

### **Article 34. 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.160-13 II et III du Code de la Sécurité sociale laissées à la charge de l'assuré social par la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré social n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant (situation dite «hors parcours de soins»);
- les «dépassements d'honoraires autorisés» lorsque l'assuré social aura consulté un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par son médecin traitant ;
- tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur ;
- les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, sauf exception, explicitement mentionnées au Tableau des prestations.

### **Article 35. Mise en œuvre de la garantie**

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

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

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

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

Le participant et ses bénéficiaires peuvent bénéficier du système NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange Maladie entre les Intervenants Extérieurs) : système de transmission automatique des données entre sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'organisme gestionnaire. Les modalités de mise en œuvre sont définies à la notice d'information qui vous sera envoyée après votre affiliation.

Un système de tiers payant permettant une dispense partielle d'avance de frais peut être mis en œuvre selon les modalités définies à la notice d'information.

## Liste Audiens Bien-être Santé

Dépenses médicales, non remboursées d'une part par la Sécurité sociale et d'autre part, par votre contrat frais de soins de santé, susceptibles d'être prises en charge dans le cadre de la liste Audiens Bien-être Santé, sur présentation des justificatifs. La prescription médicale et les justificatifs doivent être fournis en même temps que la demande de prise en charge. Les praticiens consultés doivent être inscrits au répertoire ADELI (liste disponible sur [annuaire.sante.fr](http://annuaire.sante.fr))

### Médecine courante

Pédicurie-Podologie

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

Consultation psychologue clinicien (limitée à 5 séances/an)

Consultation psychomotricité (enfant de moins de 12 ans)

Ergothérapeute (limité à 5 séances/an)

Microkinésithérapie

### Médecines douces

Acupuncture

Chiropractie

Consultations nutritionniste et diététicien

Homéopathie, sur prescription médicale

Ostéopathie

Phytothérapie, sur prescription médicale

Compléments nutritionnels & apports vitaminiques, aliments diététiques, sur prescription médicale et achetés en pharmacie

### Prévention

Sevrage tabagique : patchs, gommes, pastilles, inhalateur... (sur prescription médicale) ; hypnose (uniquement dans le cadre du sevrage tabagique) ; hors cigarette électronique

Vaccins (grippe, vaccins voyages, HPV – Papilloma Virus Humain)

Bas de contention, sur prescription médicale

Contraception, sur prescription médicale

Dépistage cancer col de l'utérus

### Bien-être

Médicaments ménopause, sur prescription médicale et achetés en pharmacie

Traitements érectiles, sur prescription médicale et achetés en pharmacie

### Prothèses et appareillage

Bouchons auditifs moulés à l'oreille, sur prescription médicale

Prothèses capillaires, sur prescription médicale

Protections pour les incontinences

Lingerie adaptée pour les prothèses mammaires, sur prescription médicale

Petit appareillage orthopédique, sur prescription médicale

### Traitements dentaires

Parodontologie

Scanner dentaire

Techniques de fluoration

Rebasage des appareils

Blanchiment

### Optique

Chirurgie réfractive ou correctrice de l'oeil

Séances d'adaptation aux lentilles

Cette liste remplace les précédentes et s'applique à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017, quelle que soit la date de la demande de prise en charge.

Cette liste peut être modifiée à tout moment par l'Institution, afin de l'adapter à l'environnement de l'Assurance maladie. Consultez le site Internet [audiens.org](http://audiens.org), rubrique « A télécharger » afin de disposer de la liste à jour.

## Service d'assistance à domicile vie quotidienne

En complément de votre contrat frais de soins de santé, Audiens Assistance vous propose en cas d'accident, de maladie ou d'hospitalisation imprévue ou programmée, une assistance à domicile 24 heures/24, 7 jours/7.

### **Audiens Assistance est à vos côtés en cas de :**

**Hospitalisation** (de plus de 2 jours ou immobilisation au domicile de plus de 5 jours)

**ou chirurgie ambulatoire** (entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours)

- organisation et prise en charge de la venue d'un proche à votre chevet (déplacement aller-retour et hébergement) ;
- garde des ascendants vivant à votre domicile et ne pouvant se prendre en charge (organisation et prise en charge de la venue d'un proche ou garde à domicile dans la limite de 30 heures) ;
- prise en charge des enfants et petits-enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés (organisation et prise en charge de leur transfert chez un proche ou de sa venue, conduite à l'école et aux activités extra scolaires, transfert et garde chez une assistante maternelle...);
- transfert et garde de vos animaux domestiques ;
- location d'un téléviseur ;
- aide ménagère.

**Urgence « aidant »** (en cas d'indisponibilité de l'aidant suite à un accident ou une maladie entraînant une hospitalisation imprévue supérieure à 2 jours, ou une immobilisation imprévue au domicile supérieure à 5 jours)

Prestations d'assistance à destination de l'aidé : auxiliaire de vie ou aide à domicile, présence d'un proche ou transfert de l'aidé chez un proche, livraison de médicaments, portage de repas et d'espèces, livraison de courses, coiffure à domicile, téléassistance.

**Maladie ou immobilisation au domicile des enfants ou petits-enfants** (immobilisation de plus de 2 jours)

- organisation et prise en charge du déplacement d'un proche au chevet de l'enfant ou du petit-enfant malade ;
- garde des enfants ou petits-enfants malades ;
- école à domicile et soutien scolaire en ligne (en cas d'immobilisation au domicile de plus de 2 semaines).

**Radiothérapie ou chimiothérapie**

(en cas de traitement médical entraînant des séances à l'hôpital ou à domicile, et pendant la durée du traitement)

- aide ménagère ;
- prise en charge des enfants, petits-enfants et ascendants.

**Décès**

- aide et assistance à l'organisation des obsèques, avance de frais ;
- informations utiles aux proches (démarches, dispositions à prendre...).

**Événement traumatisant** (accident, maladie grave, perte d'autonomie, décès affectant l'un des bénéficiaires)

Organisation et prise en charge, selon la situation, de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien, et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

### **Audiens Assistance, c'est également :**

La transmission de messages urgents à votre famille en cas de nécessité.

**Des services médicaux** (hors urgence médicale)

- conseils médicaux ;
- aide à la recherche d'un médecin, d'une infirmière, d'intervenants paramédicaux ;
- organisation du transport en ambulance ;
- livraison de médicaments prescrits.

**Un service d'informations par téléphone**

- informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique : famille, enseignement, santé, droit du travail, formation, retraite, succession, fiscalité/administration, justice, habitation/logement, location, banque/crédit, consommation, automobile, vie pratique, vacances à l'étranger...

**Est considéré comme « domicile »** : les caravanes et camping-cars qui peuvent être utilisés par les intermittents lors de tournées de représentations, ainsi que tout logement locatif pris pour honorer un contrat de travail. Dans le cas où le bénéficiaire est amené à se déplacer dans le cadre d'une tournée de représentations pendant la période d'intervention de l'assistant, l'intervention sera organisée pour tenir compte de ces déplacements.

\* Réalisés par un psychologue clinicien agréé \*\* En dehors de la chirurgie esthétique  
Liste au 01/10/2017. Le contenu de cette liste est susceptible d'évoluer, les modalités d'attribution étant fixées par le Conseil d'administration.

Pour toute demande d'assistance appelez le **05 49 76 66 03** (24h/24 et 7j/7)  
en indiquant le nom de l'organisme qui gère votre contrat frais de soins de santé : **Audiens 1000**  
Retrouvez l'intégralité de la notice Assistance sur le site Internet **www.audiens.org**

Les garanties d'Audiens Assistance sont assurées par IMA Assurances, Société Anonyme au capital de 5 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris 79 000 Niort. Siren : 481 511 632 RCS Niort - Siret : 481 511 632 00012



Si vous souhaitez vous affilier à la présente garantie, n'oubliez pas de résilier votre complémentaire santé individuelle actuelle. Pour cela, complétez, signez et envoyez cette demande de résiliation à votre organisme.

---

## Demande de résiliation

Organisme assureur actuel \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_

## Lettre recommandée

Je soussigné(e) :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

demeurant

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville \_\_\_\_\_

assuré(e) selon l'adhésion / le contrat N° \_\_\_\_\_

ai l'honneur de vous informer par la présente lettre recommandée que je résilie l'adhésion/le contrat ci-dessus

à compter du [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Je vous saurais gré de bien vouloir accuser réception de la présente déclaration et de m'adresser mon certificat de radiation.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Date et signature :



Vous avez la possibilité de renoncer à votre affiliation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à Audiens Santé Prévoyance – 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex – dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé de la date de prise d'effet de votre affiliation.

Vous pouvez exercer ce droit en utilisant le modèle de lettre suivant :

---

## Lettre de renonciation

Je soussigné(e) M / Mme :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale :

Déclare n'avoir sollicité aucune prestation et renoncer à mon affiliation à la garantie frais soins de santé :

Nom du produit : \_\_\_\_\_

Niveau : \_\_\_\_\_

Je demande en conséquence le remboursement des cotisations déjà versées.

Date et signature :