

Notice d'information

Frais de soins de santé

Régime conventionnel des entreprises artistiques et culturelles

Avec garanties contractuelles supplémentaires Acte 7

Régime de « Frais de soins de santé » collectif à adhésion obligatoire

Personnel permanent cadre et non cadre

SOMMAIRE

| | Pages |
|--|--------------|
| PREAMBULE..... | 3 |
| DISPOSITIONS GENERALES DU REGIME FRAIS DE SOINS DE SANTE | 4 |
| DGS-1 – Définitions | 4 |
| DGS-2 - Conditions d'affiliation du participant | 5 |
| DGS-3 - Bénéficiaires | 6 |
| DGS-4 – Affiliation des bénéficiaires | 6 |
| DGS-5 – Bénéfice des prestations et carence – Suspension et cessation des garanties..... | 7 |
| DGS-6 - Etendue de la garantie | 7 |
| DGS-7 - Catégories de frais ouvrant droit à la garantie | 8 |
| DGS-8 - Frais restant à charge du participant..... | 8 |
| DGS-9 - Prise en charge minimum | 8 |
| DGS-10 - Mise en œuvre de la garantie..... | 8 |
| DGS-11 - Accès à l'action sociale | 10 |
| DGS-12 - Maintien des garanties..... | 11 |
| DGS-13 - Etendue territoriale | 12 |
| DGS-14 - Contrôle médical | 12 |
| DGS-15 - Prescription | 12 |
| DGS-16 - Subrogation..... | 12 |
| DGS-17 - Contrôle | 13 |
| DGS-18 - Informatique et libertés | 13 |
| DGS-19 - Fausses déclarations | 13 |
| DGS-20 - Réclamations | 13 |
| DESCRIPTIF DES GARANTIES SOUSCRITES..... | 14 |
| ANNEXE – PORTABILITE DES GARANTIES..... | 19 |

PREAMBULE

Vous bénéficiez auprès d'Audiens Prévoyance, dénommée ci-après l'Institution, d'un régime obligatoire et collectif mis en place par votre employeur pour accorder à ses salariés permanents cadres et non cadres le bénéfice d'un régime de frais de soins de santé.

Cette notice d'information, dont vous voudrez bien prendre connaissance, est un récapitulatif des garanties dont vous bénéficiez et de leurs conditions d'application.

Les garanties souscrites et le niveau des prestations auxquels vous avez droit sont indiqués aux *descriptifs des garanties* ci-après.

Les garanties décrites ci-après intègrent celles du régime de « Frais de soins de santé » conventionnel qui s'imposent à l'employeur en vertu de l'accord collectif révisant l'annexe D de la Convention collective des entreprises artistiques et culturelles, ci-après dénommée la Convention collective.

Pour toutes précisions, veuillez contacter votre service du personnel.

DGS-1 – Définitions

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

Adhérent :

L'employeur, relevant du champ d'application de la Convention collective des entreprises artistiques et culturelles, et ayant souscrit des garanties supplémentaires et/ou complémentaires au régime de « Frais de soins de santé » de ladite Convention.

Concubin :

La personne avec laquelle le participant vit en couple et sous le même toit depuis au moins deux ans au moment du sinistre, 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.

Les concubins peuvent être de sexe différent ou non.

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

Conjoint :

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

Participant :

Le salarié ou ancien salarié (si ce dernier est prévu ci-après au *descriptif des garanties*) appartenant à la catégorie de personnel définie à l'article DGS-2 de la présente notice et au profit duquel l'employeur a adhéré au Règlement de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties indiquées au *descriptif susmentionné*.

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.

Enfants à charge :

Les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis considérés à charge du participant, du conjoint, du concubin, du pacsé :

- âgés de moins de 21 ans ;
- 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 ; et s'ils poursuivent leurs études à l'étranger :
 - qu'ils bénéficient du régime obligatoire de Sécurité sociale, dans l'un des pays de la Communauté Européenne ou en Suisse, où les études sont poursuivies ;
 - qu'ils soient affiliés à la Caisse des Français à l'étranger, au titre de l'Assurance volontaire pour tous les autres pays ;
- âgés de moins de 26 ans à la recherche d'une première activité rémunérée et pouvant justifier cette situation par une pièce administrative ;
- 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 ;

- âgés de moins de 26 ans sous contrat d'apprentissage ;
- 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 des mêmes conditions de ressources et d'âge ci-dessus mentionnées.

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

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

Garanties conventionnelles :

Garanties conformes au régime de « Frais de soins de santé » institué par l'accord collectif révisant l'annexe D de la Convention collective des entreprises artistiques et culturelles, **ci-après dénommée la Convention collective.**

Garanties contractuelles :

Garanties souscrites par l'employeur en complément et/ou en supplément des garanties conventionnelles définies ci-dessus, auxquelles le participant, tel que défini à l'article DGS-2, est obligatoirement affilié.

Organisations souscriptrices :

Les organisations patronales et salariales ayant souscrit auprès de l'Institution un contrat relatif à la mise en place du régime de « Frais de soins de santé » conventionnel du personnel permanent cadre et non cadre des entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective, **ci-après dénommé le régime de « Frais de soins de santé » conventionnel.**

DGS-2 - Conditions d'affiliation du participant

Est affilié aux garanties, **tout salarié permanent cadre et non cadre** de l'adhérent sous contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée de droit commun, affilié en son nom propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace Moselle. Par cette affiliation, le salarié devient **participant** de l'Institution.

Il est précisé que le salarié intermittent du spectacle et de l'audiovisuel de l'adhérent n'est pas visé par la présente notice dans la mesure où il bénéficie du régime de prévoyance de l'Accord Interbranche du 20 décembre 2006.

DGS-2.1 - Affiliation à l'adhésion

Les salariés de l'adhérent sont, après accord de l'Institution, affiliés à la date de prise d'effet du certificat d'adhésion à condition que soient adressés les demandes d'affiliation remplies et signées par l'adhérent et par chaque salarié assurable.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs, appartenant à la catégorie de personnel définie ci-dessus.

DGS-2.2 - Affiliation postérieure à l'adhésion

Pour les nouveaux participants, les garanties prennent effet pour une durée d'un mois à compter de la date d'embauche ou de changement de catégorie. Au cours de cette période, l'adhérent s'engage à faire parvenir les pièces nécessaires à l'affiliation.

DGS-3 - Bénéficiaires

Outre le participant, le bénéfice des garanties est étendu, selon les cotisations versées :

- à son conjoint, ou à défaut à son concubin ou pacsé, tels que définis à l'article DGS-1 de la présente notice ;
- aux enfants à charge tels que définis à l'article DGS-1 de la présente notice.

Il est précisé que si le participant est seul bénéficiaire du régime « Frais de soins de santé » conventionnel, celui-ci est étendu, au titre des garanties contractuelles, à ses bénéficiaires tels que définis ci-dessus.

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

DGS-4 – Affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des personnes désignées comme bénéficiaires au sens de l'article DGS-3 intervient dans les mêmes conditions que celles mises en place pour le participant.

DGS-4.1 - Modification de la situation de famille

En cas de changement de situation de famille, la mise en place des garanties est effectuée à la date de l'événement sous réserve de présentation des pièces justificatives mentionnées notamment à l'article DGS-1 ou, si le participant le souhaite, au premier jour du mois suivant la présentation des pièces justificatives.

DGS-4.2 – Dénonciation de la garantie des bénéficiaires

Si l'un des bénéficiaires se voit dans l'obligation d'intégrer un régime obligatoire, les garanties cesseront sur justificatif, à sa demande, en ce qui le concerne, à la fin du mois suivant la demande de dénonciation.

En cas de dénonciation volontaire non liée à un événement familial ou à l'obligation ci-dessus, la résiliation ne peut s'effectuer qu'au 31 décembre d'une année civile.

DGS-5 – Bénéfice des prestations et carence – Suspension et cessation des garanties

DGS-5.1 - Bénéfice des prestations et carence

Le bénéfice des prestations au titre des garanties conventionnelles est ouvert au participant à l'issue d'**une période de carence de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise. Toutefois, au titre des garanties contractuelles et comme pour ses éventuels bénéficiaires, le bénéfice de l'ensemble des garanties définies au *descriptif des garanties* de la présente notice est ouvert au participant sans cette période de carence.**

DGS-5.2 – Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues dans les conditions prévues aux dispositions de l'article DGS-12.1.

DGS-5.3 – Cessation des garanties

Les garanties, sous réserve des dispositions de l'article DGS-12, cessent au plus tard :

- **à la date d'effet de leur suspension ou de leur résiliation ;**
- **à la date de radiation du participant des effectifs de l'adhérent ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel définie à l'article DGS-2 de la présente notice ;**
- **à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale 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 DGS-1, DGS-3 et DGS-4 de la présente notice.

La cessation des garanties pour le participant entraîne en tout état de cause celle de ses éventuels bénéficiaires.

DGS-6 - Etendue de la garantie

Le montant des garanties et des prestations est fixé au *descriptif des garanties*.

Les prestations sont mises en œuvre en complément du niveau de remboursement prévu par la Sécurité sociale.

Le montant des remboursements ne peut en tout état de cause excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, et/ou une société mutualiste, et/ou un organisme de prévoyance de toute autre nature.

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

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

L'Institution peut prendre en charge, dans les conditions fixées ci-après au *descriptif des garanties*, certains frais n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

DGS-7 - Catégories de frais ouvrant droit à la garantie

L'Institution prend en charge tout ou partie des frais de soins engagés par le participant et ses éventuels bénéficiaires donnant lieu au service de prestations en nature de la Sécurité sociale.

Le *descriptif des garanties* fixe les catégories ou les frais qui seront effectivement couverts ainsi que leurs modalités de prise en charge.

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

DGS-8 - Frais restant à charge du participant

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

- **les participations forfaitaires et franchises médicales laissées à la charge de l'assuré social par la Sécurité sociale.**
- **la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré social :**
 - **n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant (situation dite " hors parcours de soins ") ;**
 - **n'aura pas accordé aux professionnels de santé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel ;**
- **les « dépassements d'honoraires autorisés » lorsque l'assuré social aura consulté un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par son médecin traitant ;**
- **tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur ;**
- **les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale sauf exceptions explicitement mentionnées ci-après au *descriptif des garanties*.**

DGS-9 - Prise en charge minimum

Le montant des prestations prises en charge inclut le minimum légal pour les actes définis à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par celui-ci.

Les prestations de préventions considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique et retenues par l'Institution au titre de la présente notice pour l'application du minimum légal de remboursement sont celles définies au *descriptif des garanties* ci-après.

DGS-10 - 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 d'achat ou la date de l'acte.

Ces demandes devront être accompagnées des pièces justificatives mentionnées ci-après.

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

DGS-10.1 - Avec le système NOEMIE

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

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

DGS-10.2 - Sans le système NOEMIE

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

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

DGS-10.3 - Dispositions communes

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

- les prothèses dentaires et les soins dentaires : le praticien devra mentionner sur la facture si les actes concernés seront ou non remboursés par la Sécurité sociale et préciser le détail de la codification de chaque acte effectué pour les frais remboursés par la Sécurité sociale ;
- l'optique : l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture. La facture doit être accompagnée d'une copie de l'ordonnance. Pour les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, la mention hors L.P.P. (Liste des Prestations et Produits) devra figurer sur l'ordonnance ;
- les cures thermales : la facture acquittée de l'établissement thermal ;
- l'hospitalisation : le bordereau de facturation destiné à l'Assurance maladie complémentaire ;
- tous les frais figurant dans la liste des frais non remboursés par la Sécurité sociale ou dans une garantie « actes non remboursés par la Sécurité sociale » mais bénéficiant d'une prise en charge par l'Institution. La facture devra mentionner la nature et la date de l'acte, le bénéficiaire de l'acte et comporter le cachet du professionnel de santé ;
- De plus, si les prestations ci-après sont prévues au *descriptif des garanties*, les pièces suivantes devront être envoyées pour l'obtention :
 - de l'indemnité en cas de naissance : un bulletin de naissance ou un extrait d'acte de naissance et la facture acquittée de l'établissement hospitalier ;
 - de l'allocation adoption : une copie de la décision judiciaire ;
 - de l'indemnité obsèques : un acte de décès et une facture acquittée des frais d'obsèques

Pour obtenir le versement des prestations, les dossiers sont à adresser au gestionnaire.

DGS-10.4 - Tiers payant

Les tiers payant décrits ci-dessous permettent une dispense partielle d'avance de frais.

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

- **avec la carte tiers-payant**

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

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

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

- **au Centre de santé René Laborie**

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

Centre de santé René Laborie - Métro : Etienne Marcel

29, rue de Turbigo 75002 Paris
Tél. 01 84 79 02 79 (standard prise de RDV médicaux)

Pharmacie : 1 rue de Palestro 75002 Paris - Tél. 01 40 28 33 12
Magasin optique/acoustique : 27 rue de Turbigo 75002 Paris - Tél. 01 40 28 33 13

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

DGS-11 - Accès à l'action sociale

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

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

**Groupe Audiens
Service Action sociale**

29, rue de Turbigo
75002 Paris

Tél. : 0 800 940 075
(appel gratuit depuis un poste fixe)
www.audiens.org

DGS-12 - Maintien des garanties

DGS-12.1 – Suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues, sous réserve du versement des cotisations par l'employeur, pour le participant dont la suspension du contrat de travail donne lieu à une indemnisation, prenant la forme d'un maintien total ou partiel de sa rémunération par l'employeur ou d'un versement d'indemnités journalières complémentaires directement par l'employeur ou pour son compte par l'Institution ou un autre organisme assureur.

Dans les cas de suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation telle que définie ci-avant, les garanties sont suspendues pendant la durée de suspension du contrat de travail.

Il est précisé qu'en tout état de cause, les dispositions de l'article DGS-12.2 ci-dessous concernant le maintien des garanties pendant l'arrêt du travail du participant s'appliquent.

DGS-12.2 - Salariés en arrêt de travail

Les garanties sont maintenues, pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 %, sous réserve du versement des cotisations par l'employeur.

Le maintien prend fin :

- **à la date de reprise d'une activité totale de service par le participant ;**
- **à la date de prise d'effet de la retraite de la Sécurité sociale et, au plus tard, à la fin du mois du 65^e anniversaire, pour le bénéficiaire d'indemnités journalières ;**
- **à la fin du mois du 60^e anniversaire pour le titulaire d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % ;**
- **à la date d'effet de la résiliation des garanties.**

Après rupture du contrat de travail du participant, celui-ci pourra poursuivre sa couverture dans les conditions définies au DGS-12.3 du présent article.

DGS-12.3 -Anciens salariés

Peuvent être maintenus dans une couverture à titre individuel, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail et dans la mesure où ils répondent positivement à la proposition qui leur sera présentée par l'Institution, les participants anciens salariés chômeurs, préretraités ou retraités.

DGS-12.4 - En cas de décès du salarié

Peuvent être également maintenus dans une couverture à titre individuel, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical et pour une durée minimale de 12 mois, les personnes garanties du chef du participant décédé, sous réserve qu'elles en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent le décès du participant et dans la mesure où elles répondent positivement à la proposition présentée par l'Institution.

DGS-12.5 - Résiliation des garanties

La résiliation du certificat d'adhésion entraînant à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les participants et leurs éventuels bénéficiaires, ceux-ci peuvent souscrire, sans délai d'attente ni formalités médicales, une garantie individuelle sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 2 mois qui suivent la date de résiliation du certificat d'adhésion.

Toutefois, le bénéfice des garanties conventionnelles est maintenu au participant uniquement tant que ces dernières ne sont pas résiliées par les Organisations souscriptrices.

DGS-13 - Etendue territoriale

Les garanties s'exercent sur le territoire français. Elles peuvent cependant s'exercer dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels à condition que les frais médicaux engagés soient pris en charge par un régime général ou local de Sécurité sociale français.

DGS-14 - Contrôle médical

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

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

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties. **En cas de refus d'un participant de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.**

DGS-15 - Prescription

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

DGS-16 - 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.

DGS-17 - 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.

DGS-18 - 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. Aucune information gérée ne pourra faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des fins commerciales.

Dans le cadre strict du groupe de protection sociale auquel appartient l'Institution, les données gérées par l'Institution sont appelées à être partagées et ce dans le respect des dispositions du présent article.

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

DGS-19 - 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.

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.

DGS-20 - Réclamations

Les participants peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser leurs réclamations auprès du service juridique par courrier à l'adresse du siège social de l'Institution.

DESCRIPTIF DES GARANTIES SOUSCRITES

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

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

Frais médicaux courants

Il est précisé que les montants des garanties suivantes intègrent, pour le participant, les garanties conventionnelles.

Frais médicaux courants

| Garanties | Remboursement maximum de l'Institution |
|--|--|
| Consultations, visites (généraliste, spécialiste) Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale, dans la limite de 400% du tarif de convention |
| Actes techniques médicaux Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale, dans la limite de 400% de la base de remboursement |
| Actes d'imagerie médicale et d'échographie Secteur conventionné ou non | |
| Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale, dans la limite de 400% du tarif de convention |
| Analyses et examens de laboratoire Secteur conventionné ou non | |
| Frais de transport y compris en hospitalisation Secteur conventionné ou non | |
| Pharmacie | 100% du ticket modérateur |

Actes de prévention

Il est précisé que les montants des garanties suivantes intègrent, pour le participant, les garanties conventionnelles.

| Garanties | Remboursement maximum de l'Institution |
|--|---|
| Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum (SC12) | |
| Le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un de ces actes : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie | 100 % du ticket modérateur |
| Ostéodensitométrie remboursable par la Sécurité sociale limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans | |
| Frais dentaires | |
| Garanties | Remboursement maximum de l'Institution |
| Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale, dans la limite de 400% du tarif de convention. Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de l'institution est, par acte, au minimum de 50% de la dépense engagée et au maximum de 50% des dépenses engagées limitées à 3048,98€. |
| Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels dans la limite de 400% du tarif de convention calculé sur la base d'un SPR 50. Le remboursement de l'institution est, par acte, au minimum de 50% de la dépense engagée et au maximum de 50% des dépenses engagées limitées à 3048,98€. |
| Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale, dans la limite de 400% du tarif de convention. Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de l'institution est, par acte, au minimum de 50% de la dépense engagée et au maximum de 50% des dépenses engagées limitées à 3048,98€. |
| Orthodontie acceptée par la sécurité sociale Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale, dans la limite de 400% du tarif de convention. Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de l'institution est, par acte, au minimum de 50% de la dépense engagée et au maximum de 50% des dépenses engagées limitées à 3048,98€. |

| | |
|---|--|
| Orthodontie refusée par la sécurité sociale sur présentation du refus de la SS Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels dans la limite de 400% du tarif de convention calculé sur la base d'un TO 80. Le remboursement de l'institution est, par acte, au minimum de 50% de la dépense engagée et au maximum de 50% des dépenses engagées limitées à 3048,98€. |
| Parodontologie remboursée par la Sécurité Sociale Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels dans la limite de 400% du tarif de convention. Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de l'institution est, par acte, au minimum de 50% de la dépense engagée et au maximum de 50% des dépenses engagées limitées à 3048,98€. |

Frais d'optique

| Garanties | Remboursement maximum de l'Institution |
|--|--|
| Monture | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 121,96€* |
| Verres | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 228,67€ * |
| Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale | 100% des frais réels sous déduction des éventuelles prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 228,67€ * |

* par année civile et par bénéficiaire

Frais d'hospitalisation (y compris frais d'accouchement)

| Garanties | Remboursement maximum de l'Institution |
|---|---|
| Frais de séjour et Honoraires médicaux et chirurgicaux Secteur conventionné ou non | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 400% de la base de remboursement |
| Forfait journalier hospitalier Secteur conventionné ou non | 100 % des frais réels |
| Chambre particulière Secteur conventionné ou non | 100 % des frais réels dans la limite de 45,73€ par journée d'hospitalisation |
| Frais de lit accompagnant (hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans) Secteur conventionné ou non | |
| Indemnité de compensation hospitalière Secteur conventionné ou non | 100% des frais restant à charge après intervention des garanties « frais d'hospitalisation » dans la limite de 30,49€ par jour à compter du 8 ^{ème} jour d'hospitalisation |

Frais d'accouchement

| Garanties | Remboursement maximum de l'Institution |
|-------------------------------|---|
| Indemnité en cas de naissance | 100% des frais restant à charge après intervention des garanties « frais d'hospitalisation » dans la limite de 457,35€ par enfant |

Frais d'appareillage, acoustique, orthopédie

| Garanties | Remboursement maximum de l'Institution |
|---|--|
| Prothèses auditives remboursées par la Sécurité Sociale | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 100% du tarif de convention auquel s'ajoute un supplément de 457,35€ par appareil |
| Prothèses orthopédiques et appareillages remboursés par la Sécurité sociale | 90% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale avec un minimum de 100% du ticket modérateur (tarif de convention) |

Autres prestations

| Garanties | Remboursement maximum de l'Institution |
|--|--|
| Cure thermale acceptée par la sécurité sociale | 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 381,12€ par année civile et par bénéficiaire. |
| Allocation en cas d'adoption | 457,35€ par enfant |

Frais divers non remboursés par la Sécurité Sociale

| Garanties | Remboursement maximum de l'Institution |
|-----------------------------------|---|
| Participation forfaitaire de 18 € | 18 euros pour les actes et dans les conditions définis à l'article R 322-8 du code de la sécurité sociale |

Audiens Bien-être santé

La liste Audiens Bien-être santé est adressée par courrier sur demande ou est téléchargeable sur le site internet www.audiens.org. (Rubrique « documents à télécharger »).

60 % des frais réels dans la limite d'un montant global de 200 € par année civile et par bénéficiaire, sur présentation des justificatifs.

Pour faire l'objet d'un remboursement, la prise en charge de ces frais ne doit pas être prévue sous une autre rubrique du présent tableau de prestations.

La liste Audiens Bien-être santé pourra être modifiée par l'Institution, à tout moment et sans information préalable des bénéficiaires, notamment en vue de l'adapter à l'évolution des textes de la Sécurité sociale. Dans ce cas, la nouvelle liste remplacera la précédente et s'appliquera immédiatement quelle que soit la date de la demande de prise en charge.

ANNEXE – PORTABILITE DES GARANTIES

En application des nouvelles dispositions créées par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et figurant à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les garanties prévues à la présente notice d'information sont maintenues dans les mêmes conditions que celles en vigueur pour les participants en activité visés à ladite notice d'information, complétées par les dispositions suivantes :

1 - Objet

Le bénéfice du maintien s'applique **aux participants dont la cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.**

Ce maintien est **dénommé ci-après « portabilité des garanties ».**

Il est précisé que **les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent pas à un licenciement collectif pour motif économique, notamment dans le cadre d'un Plan de sauvegarde de l'emploi, sauf modalités spécifiques prévues à cet effet.**

2 - Affiliation et durée de la portabilité des garanties

2.1 - Bénéficiaires

Bénéficie de la portabilité des garanties, selon les modalités prévues à l'article 2.2, l'ancien salarié :

- dont le contrat de travail a cessé, au sens du droit du travail, hormis pour faute lourde ;
- dès lors que cette cessation ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- et à condition que ses droits à remboursement au titre des garanties prévues à la présente notice d'information aient été ouverts à la date de cessation de son contrat de travail.

L'ancien salarié ainsi bénéficiaire de la portabilité des garanties est **dénommé ci-après le participant.**

Les bénéficiaires éventuels garantis du chef du participant sont également couverts sous réserve que leurs droits à remboursement au titre des garanties prévues à la présente notice d'information aient été ouverts à la date de cessation du contrat de travail du participant.

2.2 - Modalités d'affiliation

La demande de portabilité des garanties, remplie et signée par l'Adhérent, doit être transmise à l'Institution dans le mois suivant la cessation du contrat de travail du participant. Cette demande doit notamment préciser les noms des bénéficiaires éventuels garantis du chef du participant, la durée de son(ses) dernier(s) contrat(s) de travail ainsi que la période de portabilité des garanties qui lui est applicable.

2.3 - Date d'effet et durée

Sous réserve des dispositions de l'article 2.2, la portabilité des garanties prend effet à la date de cessation du contrat de travail du participant.

La durée de portabilité des garanties est égale, à compter de sa prise d'effet et tant que le participant a droit à une indemnisation chômage, **à la durée de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez l'Adhérent**. Cette durée est appréciée en mois et arrondie, le cas échéant, au nombre supérieur. En tout état de cause et sous réserve des dispositions prévues aux articles 3 et 5, **cette durée ne pourra être supérieure à 12 mois**.

Il est précisé que **les suspensions des indemnisations chômage du participant pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'ont pas pour effet de prolonger d'autant la durée de portabilité des garanties**.

La prise d'effet et la durée du dispositif de portabilité sont subordonnées à la réception par l'Institution des justificatifs de droit à l'assurance chômage que le participant doit lui adresser à l'ouverture et au cours de la période de portabilité des garanties.

3 - Cessation de la portabilité des garanties

La portabilité des garanties cesse :

- **à la date d'effet de la résiliation telle que prévue à l'article 5 ci-après ;**
- **à la date à laquelle le participant n'a plus de droits à indemnisation au titre de l'assurance chômage ;**
- **au terme de la durée définie à l'article 2.3 ci-avant ;**
- **à la date d'effet de la suppression des dispositions de la présente annexe.**

4 - Poursuite de garanties

4.1 - Anciens bénéficiaires de la portabilité des garanties

Dans les mêmes conditions que pour les participants en activité, et suite à un des cas de cessation de la portabilité des garanties prévus à l'article 3, peuvent souscrire une couverture « Frais de soins de santé », à titre individuel, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la cessation de la portabilité des garanties, et dans la mesure où ils répondent positivement à la proposition qui leur sera présentée par l'Institution, les participants anciens salariés bénéficiaires :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ;
- d'une pension de retraite ;
- d'un revenu de remplacement s'ils sont toujours privés d'emploi.

4.2 - En cas de décès du participant

Dans les mêmes conditions qu'en cas de décès des participants en activité, peuvent souscrire une couverture « Frais de soins de santé », à titre individuel, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical et pour une durée minimale de 12 mois, les personnes garanties du chef du participant bénéficiaire de la portabilité des garanties, sous réserve qu'elles en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent le décès du participant et dans la mesure où elles répondent positivement à la proposition présentée par l'Institution.

5 - Résiliation

En cas de résiliation des garanties, et dans les mêmes conditions que pour les participants en activité, la portabilité des garanties cesse à la date d'effet de ladite résiliation.

Pour obtenir le paiement de vos prestations ou pour tout complément d'information :

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

**Tél. : 0 820 21 74 74 (*prix d'un appel local*)
www.audiens.org**

Institution de prévoyance

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

74 rue Jean Bleuzen • 92177 Vanves Cedex

www.audiens.org