

# Notice d'information

**Espaces de loisirs, d'attractions et culturels**

## **Garanties Frais de santé NIVEAU 2**

### **Ensemble des salariés permanents**

*Le personnel intermittent du spectacle ne relève pas du personnel permanent*

**Régime collectif à adhésion obligatoire** relevant des dispositions figurant au Livre IX du Code de la Sécurité sociale et répondant au cahier des charges du contrat « responsable »

|   |    |
|---|----|
| Préambule .....   | 3  |
| Dispositions générales .....  | 4  |
| 1 – Définitions .....   | 4  |
| 2 – Conditions d'affiliation du salarié .....   | 5  |
| 3 – Bénéficiaires .....   | 6  |
| 4 – Conditions d'affiliation obligatoire des ayants droit .....                           | 6  |
| 5 – Cessation et suspension des garanties .....   | 7  |
| 6 – Cotisations .....   | 7  |
| 7 - Étendue de la garantie .....  | 8  |
| 8 – Catégories de frais ouvrant droit à la garantie .....                                 | 8  |
| 9 – Frais restant à charge .....  | 9  |
| 10 – Prise en charge minimum .....  | 9  |
| 11 – Mise en œuvre de la garantie .....   | 9  |
| 12 – Accès à l'action sociale .....   | 11 |
| 13 – Étendue territoriale .....   | 11 |
| 14 – Contrôle médical .....   | 11 |
| 15 – Maintien des garanties .....   | 11 |
| 16 – Portabilité des garanties .....  | 12 |
| 17 - Prescription .....   | 13 |
| 18 – Subrogation .....  | 14 |
| 19 – Contrôle .....   | 14 |
| 20 – Protection des données personnelles .....  | 14 |
| 21 – Fausses déclarations .....   | 15 |
| 22 – Réclamations / Médiation .....   | 16 |
| Dérogations aux dispositions générales .....  | 18 |
| 23- Définitions .....   | 18 |
| 24 – Bénéficiaires des garanties conventionnelles .....                                   | 19 |
| 25 – Objet des garanties complémentaires .....  | 19 |
| 26 – Choix d'option facultative par le participant .....                                  | 20 |
| 27- Cessation des garanties complémentaires facultatives .....                            | 20 |
| 28- Portabilité .....   | 20 |
| 29 – Accès aux garanties présentant un degré élevé de solidarité .....                    | 20 |
| Descriptif des garanties souscrites .....   | 21 |
| Annexe 1 – Maintien des garanties aux participants en congé suspensif non indemnisé ..... | 32 |
| Annexe 2 – Poursuite des garanties .....  | 33 |

## Préambule

---

Vous bénéficiez auprès d'Audiens Santé Prévoyance - 74 rue Jean Bleuzen 92170 Vanves, dénommée ci-après l'Institution, d'un régime collectif et obligatoire mis en place par votre employeur pour accorder à tout ou partie de ses salariés le bénéfice d'une couverture en Frais 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 dispositions générales ci-après ne doivent pas être interprétées comme un droit à toutes les garanties qui y figurent.**

**Les garanties souscrites et le niveau des prestations auxquels vous avez droit sont indiqués au *Descriptif des garanties*.**

Pour toutes précisions, veuillez contacter votre service du personnel.

## Dispositions générales

---

### 1 – Définitions

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

#### Adhérent

L'employeur ayant adhéré au Règlement de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties indiquées ci-après au *Descriptif des garanties*, au profit de tout ou partie de ses salariés ou anciens salariés (si ces derniers sont prévus à la présente notice d'information).

#### Ayants droit

Le conjoint, pacsé ou concubin du participant et les enfants à charge tels que définis au présent article.

Les ascendants à charge, tels que définis au présent article, à condition que le *Descriptif des garanties* les mentionne.

La qualité d'ayant droit sera appréciée à la date d'effet de l'affiliation et à la date de réalisation des soins ou de l'évènement.

Les ayants droit ainsi définis doivent être affiliés au régime général ou local de la Sécurité sociale française.

#### Ascendants à charge

Les ascendants du participant à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale.

Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'Institution.

#### Concubin

La personne qui vit en couple avec le participant et sous le même toit depuis au moins 2 ans, aucun des deux n'étant par ailleurs marié ou pacsé.

La durée de la vie commune peut être inférieure à 2 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.

### Enfants à charge

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

- considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études, sous réserve qu'ils ne perçoivent pas annuellement une rémunération supérieure à 65% du SMIC annuel ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études à l'étranger sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général ou local de la Sécurité sociale française ou à la Caisse des Français à l'étranger au titre de l'Assurance volontaire ;
- ou âgés de moins de 26 ans à la recherche d'une première activité rémunérée et pouvant justifier cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans, rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle, bénéficiant à ce titre d'une mesure d'aide à l'emploi, selon la législation en vigueur (stage ou contrat de travail), et pouvant justifier cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans s'ils suivent une formation en alternance sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- ou quel que soit leur âge s'ils perçoivent des allocations prévues par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur les personnes handicapées, ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources mensuelles ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC.

Sont également assimilés à des enfants à charge, sous réserve qu'ils remplissent l'une des conditions mentionnées ci-dessus, les enfants recueillis au sens de la législation fiscale, par le participant, son conjoint, son concubin ou son pacsé, c'est-à-dire hébergés à leur foyer et à la charge effective, exclusive ou principale de l'un d'entre eux.

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 ;
- 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**

Le salarié, ou l'ancien salarié bénéficiaire le cas échéant de la portabilité des garanties ou d'une poursuite des garanties (si celle-ci est prévue à la présente notice d'information), appartenant à la (aux) catégorie(s) de personnel définie(s) ci-après au *Descriptif des garanties* et au profit duquel l'employeur a adhéré au Règlement de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties indiquées au descriptif susmentionné.

Le salarié ou l'ancien salarié ainsi défini doit être affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale française.

## **2 – Conditions d'affiliation du salarié**

Sont affiliés les salariés de l'entreprise appartenant à la (aux) catégorie(s) de personnel définie(s) ci-après au *Descriptif des garanties*.

### **2.1 – Affiliation à l'adhésion ou postérieure à l'adhésion**

Les salariés de l'entreprise adhérente sont affiliés à la date d'effet du certificat d'adhésion.

L'Adhérent s'engage à affilier tous ses salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel définies au *Descriptif des garanties* sous réserve de l'application des cas de dispenses d'affiliation prévues légalement et réglementairement (dispenses applicables de plein droit visées par les articles L.911-7 et D.911-2 du Code de la Sécurité sociale, et dispenses admises par l'article R.242-1-6 du même Code à condition d'avoir été prévues à la convention ou l'accord collectif, au référendum ou à la décision unilatérale par l'Adhérent).

Pour tout salarié nouvellement assurable postérieurement à la date d'effet du certificat d'adhésion, les garanties prennent effet à la date de leur embauche, de leur changement de catégorie de personnel ou de cessation de leur dispense d'affiliation.

Les demandes d'affiliation remplies et signées par l'Adhérent et par chaque salarié assurable sont adressées à l'Institution par l'Adhérent.

**Par l'affiliation, le salarié devient participant de l'Institution et bénéficiaire de la garantie.**

### **2.2 – Choix de l'option**

Si le *Descriptif des garanties* prévoit un choix d'option, celui-ci est effectué dans les conditions définies ci-après.

Le choix par le participant d'une option de garantie complémentaire facultative à la garantie souscrite par l'Adhérent dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire s'effectue sur sa demande au moment de son affiliation telle que prévue au 2.1 ci-avant.

A défaut, le participant peut effectuer ce choix :

- le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année qui suit sa demande. Cette dernière doit parvenir à l'Institution au moins 1 mois avant cette échéance, soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours ;
- ou au premier jour du mois suivant sa demande et la réception des pièces justificatives en cas de modification de sa situation familiale (mariage, concubinage, pacs, divorce, rupture de pacs, naissance, décès...).

**En tout état de cause, en l'absence de choix formel par le participant d'une option complémentaire facultative à la garantie souscrite à titre obligatoire par l'Adhérent, seule cette dernière sera retenue par l'Institution pour le paiement des prestations.**

**L'option retenue par le participant doit être la même pour tous les bénéficiaires tels que définis à l'article 3.**

**Le changement d'option pour une option plus élevée s'effectue sauf dérogation prévue au *Descriptif des garanties* :**

- au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année qui suit la demande du participant. Cette dernière doit parvenir à l'Institution au moins 1 mois avant cette échéance, soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours ;

- ou au premier jour du mois suivant sa demande et la réception des pièces justificatives en cas de modification de sa situation familiale (mariage, concubinage, pacs, divorce, rupture de pacs, naissance, décès ...).

**Le changement d'option pour une option moins élevée** s'effectue sauf dérogation prévue au certificat d'adhésion :

- au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année qui suit la demande du participant à **condition que le participant ait bénéficié de l'option de niveau supérieur au moins pendant 24 mois**. La demande du participant doit parvenir à l'Institution au plus tôt à l'issue de cette période et au moins 1 mois avant le 1<sup>er</sup> janvier, soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours ;
- ou au premier jour du mois suivant sa demande et la réception des pièces justificatives en cas de modification de sa situation familiale (mariage, concubinage, pacs, divorce, rupture de pacs, naissance, décès...).

**La suppression par le participant de son affiliation à une option de garantie complémentaire** s'effectue à tout moment, dès lors qu'un an s'est écoulé depuis la première affiliation à celle-ci. La suppression prend alors effet 1 mois après la réception par l'Institution de la demande du participant, ou à une date ultérieure convenue entre le participant et l'Institution. En tout état de cause, la suppression ne pourra pas intervenir après le dernier jour du mois civil au cours duquel survient l'expiration du délai d'un mois susmentionné.

Le participant peut notifier la demande de suppression soit par :

- courrier postal à Audiens Gestion des comptes individuels TSA 80405 92177 Vanves Cedex ;
- courrier électronique via son espace client ou le formulaire de contact sur [www.audiens.org](http://www.audiens.org) ;
- par tout autre support durable conformément aux dispositions de l'article L.931-3-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- par déclaration ou acte extra-judiciaire au siège social de l'Institution.

Lorsque le participant exerce le droit de suppression de son affiliation à une option de garantie complémentaire facultative à tout moment afin de souscrire une nouvelle couverture auprès d'un autre organisme assureur et que ce dernier procède pour le

compte du participant à la notification de la demande de suppression, celle-ci s'effectue obligatoirement soit par :

- lettre recommandée à Audiens Gestion des comptes individuels TSA 80405 92177 Vanves Cedex ;
- envoi recommandé électronique adressé à l'Institution à [resil\\_individuels@audiens.org](mailto:resil_individuels@audiens.org).

**Le participant ne pourra s'affilier ultérieurement à une option de garantie complémentaire, pour lui-même et/ou les ayants droit, qu'après un délai de 36 mois.**

### 3 – Bénéficiaires

Outre le participant, sont, selon les stipulations prévues au *Descriptif des garanties*, également considérés comme bénéficiaires de la garantie les ayants droit tels que définis à l'article 1, **sous réserve des conditions d'affiliation prévues à l'article 4 et le cas échéant du paiement des cotisations stipulé à l'article 6.2.**

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

### 4 – Conditions d'affiliation obligatoire des ayants droit

La garantie dont bénéficie le participant à titre obligatoire est étendue au profit des ayants droit.

L'affiliation des ayants droit intervient dans les mêmes conditions que celles prévues pour le participant à l'article 2.1.

En cas de changement de situation de famille, l'extension de la garantie au profit des ayants droit du participant est effectuée à la date de l'évènement sous réserve de la présentation des pièces justificatives.

**Par l'affiliation, les ayants droit deviennent bénéficiaires de la garantie.**

En cas d'ouverture des droits à la complémentaire santé solidaire ou en cas d'obligation d'intégrer un régime complémentaire obligatoire ayant pour objet la couverture des frais de santé, la garantie de l'ayant droit bénéficiaire cessera, à la demande du participant et sur présentation d'une attestation d'affiliation à l'un des régimes précités, à la fin du mois suivant ladite demande.

En cas de décès d'un ayant droit bénéficiaire, son affiliation cesse à la date de son décès sur

présentation par le participant du certificat de décès.

## 5 – Cessation et suspension des garanties

### 5.1 – Cessation des garanties

Sous réserve des dispositions de l'article 15, les garanties cessent définitivement au plus tard :

- à la date de prise d'effet de la résiliation du certificat d'adhésion ou de leur suppression suite à une révision de garanties ;
- à la date à laquelle le participant quitte les effectifs de l'Adhérent, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 16 et, le cas échéant, de celles stipulées en annexe en cas de poursuite des garanties, ou à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel définie ci-après au *Descriptif des garanties* ;
- à la date du décès du participant, sous réserve de l'application des dispositions stipulées en annexe en cas de poursuite des garanties.

En outre, pour les ayants droit bénéficiaires, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues aux articles 1, 3 et 4.

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

A la date de cessation des garanties, l'Institution :

- restitue au participant, le cas échéant, le montant des cotisations versées pour une période postérieure à cette date, dans le cas où il assure lui-même le paiement des cotisations auprès de l'Institution selon les conditions prévues à l'article 6 ;
- et/ou réclame au participant, le cas échéant, la restitution des prestations versées indûment après cette date sur une période maximale de 5 ans.

### 5.2 – Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues dans les conditions prévues aux dispositions des articles 6.3 et 15.

La suspension des garanties pour le participant entraîne en tout état de cause la suspension des garanties pour les ayants droit bénéficiaires.

## 6 – Cotisations

### 6.1 – Type de cotisations

En cas d'affiliation obligatoire de tout ou partie des ayants droit bénéficiaires du participant :

- Si le certificat d'adhésion prévoit un tarif unique, la cotisation due quelle que soit la situation de famille du participant, couvre automatiquement les éventuels ayants droit bénéficiaires de ce dernier.
- Si le certificat d'adhésion prévoit un tarif multiple selon la composition familiale ou le nombre de bénéficiaires, la cotisation due correspond à la situation de famille du participant. Elle est modifiée au jour de l'évènement transformant la composition familiale du participant ou le nombre de bénéficiaires de la garantie sur réception des pièces justificatives.

### 6.2 – Paiement des cotisations

Dans le cadre de l'affiliation obligatoire des participants et le cas échéant de leurs ayants droit, l'Adhérent est seul responsable de la déclaration et du paiement des cotisations correspondantes.

Il en est de même pour le paiement des cotisations en cas de choix par le participant d'une option de garantie complémentaire si celle-ci est prévue au *Descriptif des garanties*.

Toutefois, si le certificat d'adhésion prévoit le paiement desdites cotisations par le participant auprès de l'Institution, il en est seul responsable.

Elles sont payables d'avance, mensuellement ou trimestriellement, selon la périodicité fixée au certificat d'adhésion.

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

Ces dispositions s'appliquent également en cas de poursuite des garanties si celles-ci sont stipulées en annexe de la présente notice d'information.

### 6.3 – Non-paiement des cotisations

A défaut du paiement par l'Adhérent des cotisations afférentes à la couverture obligatoire des participants et le cas échéant de leurs ayants droit dans les conditions prévues à l'article 6.2, **la garantie est suspendue, puis résiliée si le paiement n'est toujours pas intervenu. L'Adhérent a alors obligation d'en informer les participants.**

Il en est de même pour le non-paiement des cotisations en cas de choix par le participant d'une option de garantie complémentaire si celle-ci est prévue au *Descriptif des garanties*.

Toutefois, si le certificat d'adhésion prévoit le paiement desdites cotisations par le participant auprès de l'Institution, **le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du bénéfice des garanties**.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 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.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de poursuite des garanties si celles-ci sont stipulées en annexe de la présente notice d'information.

## 7 - Étendue de la garantie

Les garanties et le montant des prestations sont fixés ci-après au *Descriptif des garanties*.

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 ayants droit bénéficiaires, pendant la durée de l'affiliation, tant que l'adhésion n'est pas résiliée.

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

**L'Institution intervient dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables visée à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires.**

L'Institution peut prendre en charge, dans les conditions fixées au *Descriptif des garanties*, certains frais n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale à condition qu'ils soient expressément mentionnés au titre de frais non remboursés par la Sécurité sociale audit *Descriptif*.

## 8 – Catégories de frais ouvrant droit à la garantie

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

Le *Descriptif des garanties* fixe les catégories, ou les frais en faisant partie, 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.

### 8.1 – Soins courants

### 8.2 – Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)

- frais d'hospitalisation chirurgicale et d'opérations ;
- séjour en service de réanimation ;
- frais d'accompagnement reconnus nécessaires par un certificat médical en cas d'intervention chirurgicale subie par un enfant de moins de 12 ans ;
- frais de séjours ne donnant lieu à aucune intervention chirurgicale exposés en :
  - hôpital ;
  - clinique ;
  - sanatorium ;
  - maison de repos ;
  - école de plein air ou maison d'enfants à caractère sanitaire.

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

### 8.3 – Naissance

Les remboursements des frais d'accouchement sont inclus dans la catégorie « Hospitalisation ».

Le *Descriptif des garanties* peut également prévoir le versement en cas de naissance d'une allocation forfaitaire au titre des frais d'accueil du jeune enfant ou d'une indemnité au titre des frais d'accouchement dans la limite des frais



restant à charge notamment après intervention des garanties « Hospitalisation ».

Pour ouvrir droit à l'allocation forfaitaire de frais d'accueil, l'enfant doit avoir été déclaré à l'état civil et l'événement doit intervenir au cours de la période d'affiliation du parent participant.

Pour ouvrir droit à l'indemnité de frais d'accouchement, l'enfant doit avoir été déclaré à l'état civil et l'événement doit intervenir au cours de la période d'affiliation de la participante, ou de la conjointe, pacsée ou concubine du participant ayant accouché.

#### 8.4 – Adoption

Si la garantie est prévue ci-après au *Descriptif des garanties*, l'Institution verse une allocation forfaitaire au titre des frais d'accueil du jeune enfant en cas d'adoption constatée judiciairement.

**Pour ouvrir droit à l'allocation forfaitaire de frais d'accueil, l'adoption de l'enfant doit intervenir au cours de la période d'affiliation du participant adoptant** et une copie de la décision judiciaire doit être fournie à l'Institution.

#### 8.5 – Dentaire

#### 8.6 – Aides auditives

#### 8.7 – Optique

#### 8.8 – Cure thermale

### 9 – Frais restant à charge

En application des dispositions mentionnées aux articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, **ne pourront donner lieu à prise en charge les dépenses suivantes :**

- **les participations forfaitaires et franchises médicales au sens de l'article L.160-13 II et III du Code de la Sécurité sociale laissées à la charge de l'assuré social par la Sécurité sociale ;**
- **la majoration du ticket modérateur notamment lorsque l'assuré social n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant (situation dite « hors parcours de soins ») ;**
- **les « dépassements d'honoraires autorisés » lorsque l'assuré social aura consulté un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par son médecin traitant ;**
- **tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en**

**charge serait exclue par la législation en vigueur ;**

- **les dépenses dépassant tout plafond de remboursement prévu par la réglementation sur le contrat responsable ;**
- **les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale sauf exceptions explicitement mentionnées au *Descriptif des garanties*.**

### 10 – Prise en charge minimum

**Les montants de remboursement des Frais de santé couverts au titre de la présente notice incluent le minimum légal pour les actes définis aux articles R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par ceux-ci.**

A ce titre, pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale et visées par lesdits articles, l'Institution prend en charge, en tout état de cause, le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur quand le remboursement effectué par la Sécurité sociale est inférieur à 100 % de la base de remboursement.

De plus, l'Institution prend en charge dans le cadre du dispositif 100 % Santé certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement. Pour ces prestations, le participant et ses ayants droit bénéficiaires seront remboursés par l'assurance maladie obligatoire et leur complémentaire santé et n'auront pas de frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

### 11 – Mise en œuvre de la garantie

**Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées au gestionnaire dans les 2 ans suivant la date des soins, la date de l'acte ou la date d'achat.**

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

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

#### 11.1 – Avec la télétransmission

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

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

### 11.2 – Sans la télétransmission

Lorsque le bénéficiaire ne bénéficie pas du service de télétransmission, il doit remettre au gestionnaire un dossier de demande de prestations, afin de permettre le règlement des prestations, en fournissant les pièces justificatives permettant d'apprécier ses droits et le montant du sinistre, à savoir notamment l'original du décompte de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

### 11.3 – Dispositions communes

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

- les prothèses dentaires, l'orthodontie et les soins dentaires : le praticien doit mentionner sur la facture si les actes concernés sont ou non remboursés par la Sécurité sociale et préciser le détail de la codification CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et/ou NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) ;
- l'optique : l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture. La facture doit être accompagnée d'une copie de l'ordonnance. Pour les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, la mention hors L.P.P. (Liste des Produits et Prestations) doit figurer sur la facture ;
- les cures thermales : la facture acquittée doit être établie par l'établissement thermal ;
- l'hospitalisation :
  - le bordereau de facturation acquitté destiné à l'Assurance maladie complémentaire doit être délivré par l'établissement privé ;
  - l'avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement doivent être délivrés par le Trésor Public pour l'établissement public.
- tous les frais non remboursés par la Sécurité sociale mais bénéficiant d'une prise en charge par l'Institution : la facture doit mentionner la nature, la date et le bénéficiaire de l'acte, et comporter le cachet du professionnel de santé ; et le cas échéant, son numéro de matricule ADELI (Automatisation DES Listes) ou RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé). La

prescription médicale peut être également exigée selon l'acte.

De plus, si les prestations ci-après sont prévues au *Descriptif des garanties*, les pièces suivantes doivent être envoyées pour l'obtention :

- de l'indemnité de frais d'accouchement : un bulletin de naissance ou un extrait d'acte de naissance et la facture acquittée de l'établissement hospitalier ;
- de l'allocation forfaitaire de frais d'accueil du jeune enfant en cas d'adoption : une copie de la décision judiciaire ;
- de l'allocation forfaitaire de frais d'accueil du jeune enfant en cas de naissance : un bulletin de naissance ou un extrait d'acte de naissance.

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

- Depuis votre **application mobile Audiens**
- Depuis votre **espace client audiens.org**
- **Par courrier** à l'adresse suivante :

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

### 11.4 – Tiers payant

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

Le tiers payant permet une dispense partielle d'avance de frais. En effet, cette dispense n'est possible que sur la partie relative au ticket modérateur (différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant application sur celui-ci d'une éventuelle participation forfaitaire ou franchise), et à condition que le parcours de soins soit respecté.

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

Pour les prestations dont le montant du remboursement prévu au *Descriptif des garanties* est supérieur au ticket modérateur, une facture acquittée relative au montant resté éventuellement à charge du bénéficiaire après mise en œuvre du tiers payant doit être adressée au gestionnaire. Il en est de même en l'absence d'utilisation de la dispense partielle d'avance de frais sur la partie relative au ticket modérateur.

Ce système n'est mis en œuvre que pour les participants et les enfants inscrits sur leur carte de Sécurité sociale. Les autres ayants droit bénéficiaires du contrat peuvent adopter ce service, sous réserve qu'ils fournissent la copie de leur attestation de droits.

## **12 – Accès à l'action sociale**

L'Institution, dans le cadre de son action sociale, peut offrir au participant et à ses ayants droit bénéficiaires un service social, notamment en cas de difficultés passagères liées à la santé.

La politique d'action sociale d'Audiens Santé Prévoyance est décidée annuellement par son Conseil d'Administration. Par conséquent, les prestations proposées par l'action sociale sont susceptibles d'évoluer.

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

**Groupe Audiens**  
**Accompagnement solidaire et social**  
74 rue Jean Bleuzen - 92177 Vanves cedex

Tél. : 0 173 173 726

[www.audiens.org](http://www.audiens.org)

## **13 – Étendue 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 les ayants droit bénéficiaires soient affiliés au régime général ou local de la Sécurité sociale française.

## **14 – Contrôle médical**

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 judiciaire de la résidence du participant sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

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

## **15 – Maintien des garanties**

Le maintien des garanties s'effectue de plein droit ou à titre facultatif dans les conditions suivantes.

### **15.1 – En cas de suspension du contrat de travail indemnisée**

Toutes les garanties, **sous réserve du paiement des cotisations**, sont maintenues de plein droit au participant dont la suspension du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation, prenant la forme :

- d'un maintien total ou partiel de sa rémunération par l'Adhérent ;
- d'un versement d'indemnités journalières complémentaires directement par l'employeur ou pour son compte par l'Institution ou un autre organisme assureur dès lors qu'elles sont financées en tout ou partie par l'Adhérent ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'Adhérent, notamment en cas d'activité partielle, y compris de longue durée, ou de période de congé rémunéré par celui-ci (reclassement, mobilité...).

**Outre les cas de cessation des garanties prévus à l'article 5.1, le maintien prend fin :**

- **à la date de reprise d'une activité totale ou partielle par le participant ;**
- **à la date à laquelle le participant cesse de bénéficier de l'indemnisation définie ci-dessus.**

**Dans les cas de suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation telle que définie ci-avant, toutes les garanties ainsi que le paiement des cotisations sont suspendus pendant la durée de suspension du contrat de travail, sous réserve de l'application des dispositions du 15.2 ci-après et le cas échéant, de dispositions spécifiques prévues en annexe de la présente notice d'information.**

### **15.2 – En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée pour maladie, maternité, paternité, invalidité et accident**

**Sous réserve des stipulations prévues à cet effet dans le descriptif des garanties et du paiement des cotisations, les garanties sont**

maintenues, en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation dans les conditions prévues au 15.1 ci-avant, 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 %.

**Le maintien prend fin :**

- **à la date de reprise d'une activité totale de service par le participant ;**
- **à la date à laquelle le participant cesse de bénéficier du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale, de sa pension d'invalidité ou de sa rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;**
- **à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;**
- **à la date d'effet de la résiliation du certificat d'adhésion ou de la dénonciation de l'affiliation.**

Après rupture du contrat de travail du participant, celui-ci pourra poursuivre sa couverture au titre de l'article 15.3.

### **15.3 – Anciens salariés**

Sous réserve de stipulations spécifiques prévues en annexe de la présente notice d'information au profit des anciens salariés, les participants anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement peuvent souscrire une garantie individuelle sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, à condition qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation de la portabilité des garanties, et dans la mesure où ils répondent positivement à la proposition présentée par l'Institution.

### **15.4 – En cas de décès du participant ou de l'ancien salarié participant**

Sous réserve de stipulations spécifiques prévues en annexe de la présente notice d'information, les personnes garanties du chef du participant décédé ou de l'ancien salarié participant décédé, peuvent souscrire une garantie individuelle pour une durée minimale de 12 mois, sans conditions de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, à condition 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, à condition que

l'Adhérent ait informé cette dernière dudit décès.

### **15.5 – En cas de résiliation du certificat d'adhésion**

**Quelle qu'en soit la cause, la résiliation du certificat d'adhésion entraînant à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les participants et les ayants droit 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.

### **16 – Portabilité des garanties**

En application de l'article L.911-8 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 complétées par les dispositions suivantes :

#### **16.1 – 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 **dénoté ci-après « portabilité des garanties ».**

**En cas de licenciement collectif pour motif économique, notamment dans le cadre d'un Plan de sauvegarde de l'emploi, d'une rupture conventionnelle collective, ou de licenciements intervenant dans le cadre d'une procédure de liquidation judiciaire, la portabilité des garanties sera mise en place aux conditions financières convenues entre l'Institution et l'Adhérent.**

#### **16.2 – Affiliation et durée de la portabilité des garanties**

##### **16.2.1. – Anciens participants éligibles à la portabilité**

Bénéficiaire de la portabilité des garanties, selon les modalités prévues au 16.2.2 ci-après, 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 de 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 **participant**.

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

#### 16.2.2. – 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 ayants droit garantis du chef du participant, la durée de son(ses) dernier(s) contrat(s) de travail consécutifs chez l'Adhérent, ainsi que la période de portabilité des garanties qui lui est applicable.

#### 16.2.3. – Date d'effet et durée

Sous réserve des dispositions prévues au 16.2.2 ci-avant, 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 au 16.3 et 16.5 ci-après, **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'interrompent pas la portabilité des garanties et ne la suspend pas**. Elles n'ont pas ainsi 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.

#### 16.3 – Cessation de la portabilité des garanties

La portabilité des garanties cesse :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues au 16.5 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 au 16.2.3 ci-avant.

#### 16.4 – Poursuite de garanties

Suite à l'un des cas de cessation de la portabilité des garanties, le participant peut souscrire une couverture « Frais de santé » à titre individuel dans les conditions prévues à l'article 15.3.

Les ayants droit garantis du chef d'un participant décédé bénéficiaire de la portabilité des garanties peuvent souscrire une couverture « Frais de santé » à titre individuel dans les conditions prévues à l'article 15.4.

#### 16.5 – Effet de la résiliation

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

#### 17 - Prescription

Conformément à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.932-13-3 du Code de la sécurité sociale, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressée soit par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit par le participant 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.**

## **18 – 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.

L'adhérent s'engage à porter à la connaissance de l'Institution, les dommages corporels subis par les participants affiliés afin de permettre l'exercice de l'action subrogatoire.

## **19 – Contrôle**

L'Institution, régie par les dispositions du Livre IX du code de la Sécurité sociale, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

## **20 – Protection des données personnelles**

L'Institution s'engage, conformément à la réglementation en vigueur en matière de

protection des données personnelles, notamment le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016 et la loi du 6 janvier 1978 n°78-17 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à prendre toutes les précautions nécessaires afin de préserver la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, qu'elle a recueillies dans le cadre du contrat souscrit par votre employeur.

I - Une donnée à caractère personnel est toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, par exemple, le nom, le prénom, un identifiant, le numéro de Sécurité sociale, l'adresse postale, l'adresse mail, les garanties souscrites, le salaire, la situation familiale, ...

Les données à caractère personnel collectées par l'Institution ou ses sous-traitants sont nécessaires à la passation, l'exécution et la gestion du contrat liées à l'affiliation du participant au contrat.

II – Les informations recueillies peuvent également être utilisées par l'Institution afin de répondre à ses obligations légales notamment en matière de :

- lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose alors d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL dans les conditions définies à l'article L.561-45 du Code Monétaire et Financier ;
- fiscalité ou de prélèvements sociaux ;
- lutte contre la fraude.

Les informations recueillies peuvent également être utilisées par l'Institution, seules ou combinées à d'autres données, à des fins de production statistique à destination d'une entreprise, d'une branche professionnelle, du secteur de la culture en général, à condition d'avoir été préalablement anonymisées et agrégées.

III - L'institution peut également utiliser ces données à des fins de prospection commerciale.

Cette utilisation a pour base juridique la poursuite de l'intérêt légitime de l'Institution et du Groupe Audiens à l'exclusion de toute autre utilisation par des tiers à des fins commerciales, sauf si cette utilisation correspond à la mission de l'Institution et qu'elle obéit aux mêmes dispositions de protection des personnes. Elle aura pour finalité l'information des participants

au régime et des représentants de l'Adhérent sur les services et produits (y compris ceux fournis par des partenaires) proposés par l'Institution et le Groupe Audiens et ses filiales.

Ainsi :

- les données des personnes physiques représentant l'entreprise adhérente ou interlocutrices de l'Institution peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par Audiens Santé Prévoyance et d'autres entités du Groupe Audiens, sauf si elles s'y opposent ;
- les données des participants et des ayants droit bénéficiaires peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par Audiens Santé Prévoyance sauf s'ils s'y opposent ;
- les données des participants et des ayants droit bénéficiaires sont, avec leur consentement, également susceptibles d'être utilisées à des fins de prospection commerciale par d'autres entités du Groupe Audiens.

Le bénéficiaire peut à tout moment retirer son consentement en adressant une demande au Délégué à la protection des données dans les conditions prévues au VI ci-après.

Les données de santé qui pourraient être recueillies dans le cadre de la gestion du contrat ne seraient, en tout état de cause, traitées qu'à des fins de gestion et d'exécution du contrat à l'exclusion de toute autre utilisation.

**IV** - De façon générale, seules les personnes légitimement habilitées à traiter lesdites données peuvent en être destinataires.

Ainsi, peuvent être destinataires dans le strict respect des finalités énoncées ci-dessus :

- les membres du personnel de l'Institution, dans le cadre de leurs fonctions ;
- le cas échéant, des prestataires, sous-traitants, partenaires tels que les réassureurs, ou toute entité du Groupe, à des fins de gestion ;
- toute personne autorisée par la loi.

**V** - Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat. A l'issue de la relation contractuelle, elles seront :

- conservées par Audiens Santé Prévoyance pour une durée maximale de 3 ans à compter du dernier contact, à des fins de gestion commerciale y compris la prospection ;

- archivées jusqu'à expiration des différents délais de prescription applicables, pour la gestion d'éventuels contentieux.

**VI** - Les personnes disposent, sur les données les concernant et à condition de justifier de leur identité, de droits d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données, d'opposition et de limitation du traitement, dans les conditions et limites prévues par la réglementation.

Ces dernières ont également le droit de :

- faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL - [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) ;
- donner des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données :

- par courriel : [dpo@audiens.org](mailto:dpo@audiens.org) ;
- par voie postale : DPO – Audiens Santé Prévoyance, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves.

Audiens Santé Prévoyance met à la disposition du participant toutes les informations et moyens lui permettant d'exercer son droit d'opposition.

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

## **21 – 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.**

La nullité de garanties s'accompagne de la restitution par le participant de l'ensemble des prestations payées à ce titre.

**Dans le cadre du choix par le participant d'une option de garantie complémentaire si celle-ci est prévue au *Descriptif des garanties* :**

- **indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au participant est nulle en cas de réticence ou de fausse**

**déclaration intentionnelle de la part de ceux-ci**, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

- Lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part du participant dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, l'Institution a le droit de maintenir l'affiliation moyennant une augmentation de cotisations acceptée par le participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'affiliation prend fin 10 jours après notification adressée au participant par lettre recommandée. L'Institution restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

## 22 – Réclamations / Médiation

### 22.1 – Réclamation

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

N'est pas une réclamation une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis.

Le Demandeur peut, sans préjudice des actions en justice qu'il a la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser sa réclamation à l'Institution dans les conditions suivantes :

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

En cas de réclamation concernant les garanties, le Demandeur doit en premier lieu contacter son interlocuteur habituel par téléphone, par courrier ou par courriel. Cette réclamation peut également être effectuée

depuis le site internet du groupe Audiens : [www.audiens.org](http://www.audiens.org)

2<sup>e</sup> contact : Service qualité relation clients

Si une incompréhension subsiste, le Demandeur peut en second lieu faire appel au Service qualité relation clients à l'adresse suivante :

Par voie postale : Audiens Santé Prévoyance –  
Recours interne - Service qualité relation clients  
- 74 rue Jean Bleuzen - 92177 Vanves cedex

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

### 22.2 – Médiation

La médiation est un processus auquel peut avoir recours un Adhérent, participant, ayant droit ou bénéficiaire, ci-après dénommé « le Demandeur » en vue de la résolution amiable du litige qui l'oppose à l'Institution **après épuisement des procédures internes de réclamation** visées au 22.1 ci-avant.

Le processus de médiation est régi par le titre Ier du livre VI du Code de la consommation.

Audiens Santé Prévoyance adhère à la Charte de médiation des institutions de prévoyance et de leurs unions. A ce titre, le recours à la médiation s'exerce auprès du Médiateur de la protection sociale (CTIP), ci-après dénommé le « Médiateur », qui accomplit sa mission avec diligence et compétence, en toute indépendance et impartialité, dans le cadre d'une procédure transparente, efficace et équitable.

La saisine du Médiateur s'effectue par écrit aux adresses suivantes :

Par voie postale : Médiateur de la protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris

ou

Par formulaire de saisine en ligne : disponible sur le site internet du CTIP <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Le recours est gratuit. Toutefois, les frais d'avocat ou d'expertise engagés par le Demandeur sont à sa seule charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties.

L'avis du Médiateur, écrit et motivé, intervient dans un délai de 90 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 au 22.1 ci-avant ;
- 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 : Ne peuvent ainsi faire l'objet d'un recours auprès du Médiateur, 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.

Dans ces hypothèses, le Demandeur sera informé par le Médiateur, dans un délai de 3 semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de sa demande de médiation.

## Dérogations aux dispositions générales

### 23- Définitions

Par dérogation aux définitions prévues par l'article 1 - Définitions de la présente notice, il faut entendre par :

- **Adhérent** : L'employeur relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des espaces de loisirs, d'attractions et culturels (ELAC) et ayant adhéré au Règlement de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties issues du *Descriptif des garanties* et stipulées au certificat d'adhésion.
- **Participant** : Le personnel salarié permanent relevant ou non des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, ou l'ancien salarié permanent en portabilité, au profit duquel l'Adhérent a adhéré au Règlement de l'Institution pour la mise en œuvre des garanties susmentionnées.

Le salarié intermittent du spectacle ne relève pas du personnel permanent, dans la mesure où il bénéficie du régime de frais de santé de l'Accord Interbranches du 20 décembre 2006.

Pour l'application du présent article, est considéré comme salarié intermittent, le salarié relevant ou non des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, effectuant des prestations artistiques ou techniques, employé en contrat à durée déterminée, dont la fonction est reprise, soit dans la liste des emplois pour lesquels le recours au contrat de travail à durée déterminée d'usage est autorisé par la convention collective, soit dans la liste des emplois Annexes 8 et 10 au régime d'assurance chômage.

- **Enfants à charge** : Sont considérés comme enfant à charge :
  - les enfants de moins de 21 ans à la charge du participant ou de son conjoint, pacsé ou concubin au sens de la législation sociale ;
  - les enfants inscrits à Pôle emploi en qualité de « primo demandeurs » ;

- les enfants de moins de 26 ans à la charge du participant au sens de la législation fiscale à savoir :
  - les enfants du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin pris dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
  - les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en cas d'application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible ;
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes, c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison de leur invalidité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant a été autorisé à déduire de son impôt sur le revenu.

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 ;
- un justificatif fiscal ;
- une attestation de situation de recherche d'emploi.

**En complément des définitions prévues à l'article 1- Définitions précité**, il faut entendre par :

- **Autres descendants à charge du participant**: les descendants ne percevant pas de revenu professionnel ou de remplacement et ne répondant pas à la définition d'enfants à charge ci-avant .

Une déclaration sur l'honneur selon laquelle le participant atteste que ses descendants, autres que les enfants à charge, ne percevant pas de revenu professionnel ou de remplacement sont à sa charge, doit notamment être fournie à l'Institution.

- **Conjoint, pacsé ou concubin à la charge du participant** : le conjoint, pacsé ou concubin du participant, tel que défini à l'article 1 du Règlement de l'Institution, ne déclarant à l'administration fiscale aucun revenu issu d'une activité professionnelle (salariée ou non salariée) et aucun revenu de remplacement tel que défini ci-après.  
Une déclaration sur l'honneur selon laquelle le participant atteste que son conjoint, pacsé ou concubin est à sa charge doit notamment être fournie à l'Institution, qui se réserve le droit de demander à tout moment en complément un avis d'imposition comme justificatif.
- **Conjoint, pacsé ou concubin n'étant pas à la charge du participant** : le conjoint, pacsé ou concubin du participant, tel que défini à l'article 1 du Règlement de l'Institution, déclarant à l'administration fiscale des revenus issus d'une activité professionnelle (salariée ou non salariée) et/ou des revenus de remplacement tels que définis ci-après.
- **Garanties conventionnelles** : Garanties frais de santé répondant à l'offre conventionnelle établie par les partenaires sociaux de la branche « ELAC » et l'Institution, afin de permettre aux Adhérents de respecter leurs obligations conventionnelles.
- **Garanties complémentaires** : Garanties frais de santé permettant d'étendre les garanties conventionnelles au conjoint, pacsé ou concubin n'étant pas à la charge du participant et/ou de les compléter avec des niveaux de prestations supplémentaires.
- **Revenu de remplacement** : tout revenu perçu pour remplacer les revenus provenant de la rémunération du travail : allocation chômage, indemnités journalières, pension d'invalidité, rente d'incapacité permanente, pension de retraite.

## 24 – Bénéficiaires des garanties conventionnelles

Les bénéficiaires sont le participant et les ayants droit définis à l'article 23 ci-avant, à l'exception du conjoint, pacsé ou concubin n'étant pas à la charge du participant.

## 25 – Objet des garanties complémentaires

Les garanties complémentaires permettent :

- **d'étendre les garanties conventionnelles** au conjoint, pacsé ou concubin n'étant pas à la charge du participant définis à l'article 23 ci-avant,

et/ou

- de les **compléter avec des niveaux de prestations supplémentaires**.

Ces garanties peuvent être :

- **souscrites par l'Adhérent à titre obligatoire**, et constituent les **garanties complémentaires obligatoires** ; les niveaux de prestations étant alors dénommés « **Niveau 2** », « **Niveau 3** » et « **Niveau 4** ».

Dans ce cadre, la couverture est régie par l'ensemble des dispositions générales de la présente notice applicables aux opérations collectives obligatoires et par les présentes dérogations.

- **choisies par le participant à titre facultatif**, et constituent les **garanties complémentaires facultatives** ; les niveaux de prestations étant alors dénommés « **Option 2** » et « **Option 3** ».

Dans ce cadre, la couverture est régie par l'ensemble des dispositions générales de la présente notice applicables aux opérations collectives facultatives et par les présentes dérogations.

### Dispositions spécifiques relatives au « Niveau 4 »

Le « **Niveau 4** » a pour objet la mise en œuvre d'une garantie frais de santé en complément du « **Niveau 3** ».

Par conséquent, seul l'Adhérent ayant souscrit au « Niveau 3 » peut adhérer au « Niveau 4 ».

**Le « Niveau 4 » ne répond pas au cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.**

**Les dispositions relatives au « Niveau 4 » en cas de souscription par l'Adhérent font l'objet d'une notice complémentaire.**

**En tout état de cause, si le niveau de garanties souscrit à titre obligatoire par votre employeur, indiqué ci-après au *Descriptif des garanties*, est :**

- la « Base conventionnelle », vous pouvez choisir l'«Option 2 » ou l'«Option 3 » ;
- le « Niveau 2 », vous pouvez choisir l'«Option 3 » ;
- le « Niveau 3 », vous ne pouvez pas choisir d'Option.

## **26 – Choix d'option facultative par le participant**

En cas de choix par le participant d'une option de garantie complémentaire à la garantie obligatoire souscrite par l'Adhérent selon les modalités fixées à l'article 25 ci-avant, celui-ci s'effectue dans les conditions prévues à l'article 2.2 – Choix de l'option de la présente notice.

L'affiliation par le participant de son conjoint, pacsé ou concubin non à charge à une option

de garantie complémentaire n'est possible que si ce dernier est également affilié à la garantie souscrite par l'Adhérent à titre obligatoire. **En tout état de cause, l'option de garantie complémentaire retenue doit être la même pour tous les bénéficiaires.**

## **27- Cessation des garanties complémentaires facultatives**

Au-delà des situations de cessation prévues par l'article 5.1 – Cessation des garanties de la présente notice, les garanties complémentaires facultatives cessent en cas de résiliation des garanties obligatoires par l'Adhérent.

## **28- Portabilité**

**Par dérogation à l'article 16.5 – Effet de la résiliation de la présente notice**, la portabilité des garanties est maintenue en cas de résiliation de l'adhésion suite à une cessation d'activité, une procédure de sauvegarde, un redressement judiciaire ou une liquidation judiciaire de l'entreprise adhérente.

## **29 – Accès aux garanties présentant un degré élevé de solidarité**

Les participants tels que définis à l'article 23- Définitions peuvent bénéficier du fonds de solidarité institué par l'Accord de branche du 31 juillet 2019.

## **Descriptif des garanties souscrites**

---

En vigueur au **1<sup>er</sup> janvier 2024**

Catégorie de personnel : **Ensemble des salariés permanents**

Le personnel intermittent du spectacle ne relève pas du personnel permanent.

**Personnes couvertes :**

### **Au titre de la garantie NIVEAU 2 souscrite à titre obligatoire par l'adhérent :**

- le participant affilié à titre obligatoire dans les conditions définies à l'article 2.1 de la présente notice d'information ;
- les ayants droit bénéficiaires (conjoint, pacsé ou concubin à charge ou non du participant, enfants à charge et autres descendants à charge du participant, tels que définis à l'article 23 de la présente notice d'information) affiliés à titre obligatoire dans les conditions définies à l'article 4 de la présente notice d'information.

### **Au titre de la garantie complémentaire facultative choisie par le participant dans les conditions définies à l'article 25 de la présente notice :**

- le participant ;
- les ayants droit bénéficiaires ((conjoint, pacsé ou concubin à charge ou non du participant, enfants à charge et autres descendants à charge du participant, tels que définis à l'article 23 de la présente notice d'information) affiliés automatiquement par l'Institution dans les conditions définies à l'article 4 de la présente notice d'information.

**En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée pour maladie, maternité, paternité, invalidité et accident**, les garanties prévues au présent *Descriptif de garanties* sont maintenues dans les mêmes conditions que celles en vigueur pour les participants en activité conformément aux dispositions de l'article **15.2** de la présente notice.

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

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

**Certains frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale peuvent également être pris en charge à condition qu'ils soient expressément mentionnés au titre des frais non remboursés par la Sécurité sociale au tableau de garanties ci-après.**

Les garanties figurant dans le tableau ci-après respectent les obligations conventionnelles instituées par les partenaires sociaux de la branche des espaces de loisirs, d'attractions et culturels.

### Garantie souscrite à titre obligatoire par l'Adhérent

#### Niveau 2

Les montants des remboursements incluent les montants de remboursement des garanties conventionnelles.

Les montants des remboursements sont exprimés y compris les prestations de la Sécurité sociale, et incluent les montants de remboursement des garanties de la Base conventionnelle (niveau 1).

| GARANTIES (secteur conventionné ou non)   | Remboursement maximum de l'Institution<br>Dans la limite des frais restant à charge                                 |                          |
|---|---|--------------------------|
|   | Secteur conventionné  | Secteur non conventionné |
| <b>Soins courants</b>   |   |                          |
| <b>Honoraires médicaux</b>  |   |                          |
| <i>Pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>                                 |   |                          |
| Consultation et visite généraliste  | 245% BRSS.  |                          |
| Consultation et visite spécialiste  | 280% BRSS.  |                          |
| Actes techniques (hors d'actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)  | 295% BRSS.  |                          |
| Actes d'imagerie médicale   | 270% BRSS.  |                          |
| <i>Pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>                             |   |                          |
| Consultation et visite généraliste, sage-femme  | 200% BRSS.  |                          |
| Consultation et visite spécialiste  | 200% BRSS.  |                          |
| Actes techniques (hors d'actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)  | 200% BRSS.  |                          |
| Actes d'imagerie médicale   | 200% BRSS.  |                          |
| <b>Analyses et examens de laboratoire</b>   |   |                          |
| Analyses et examens de laboratoire  | 100% BRSS.  |                          |
| <b>Honoraires paramédicaux</b>  |   |                          |
| Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédicures-podologues, Orthophonistes, Orthoptistes) | 100% BRSS.  |                          |
| Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue partenaire de l'annuaire « MonPsy » <sup>(1)</sup>                                  | 100% BRSS dans la limite d'un entretien d'évaluation et de 7 séances de suivi par année civile et par bénéficiaire. |                          |
| <b>Matériel médical</b>   |   |                          |
| Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations <sup>(2)</sup> (hors aides auditives et prothèses dentaires)      | 215% BRSS.  |                          |

| Médicaments   |   |
|---|---|
| Médicaments (y compris vaccins)   | 100 % BRSS.                                 |
| Transport   |   |
| Transport (hors hospitalisation et cure thermale)   | 100% BRSS.                                  |
| Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)  |   |
| Ostéodensitométrie osseuse (sur prescription médicale)  | 30 € par année civile et par bénéficiaire.  |
| Dentaire  |   |
| Soins   |   |
| Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)   | 100% BRSS.                                  |
| Actes techniques  | 200% BRSS.                                  |
| Soins et prothèses 100 % santé <sup>(3)</sup>   |   |
| Prothèses dentaires (y compris inlays cores) 100 % santé  | 100% HLF.                                   |
| Soins et prothèses hors 100 % santé <sup>(3)</sup>  |   |
| Inlays-onlays à tarifs maîtrisés  | 420% BRSS, dans la limite des HLF.          |
| Inlays-onlays à tarifs libres   | 420% BRSS.                                  |
| Prothèses dentaires (hors inlays cores) à tarifs maîtrisés  | 420% BRSS, dans la limite des HLF.          |
| Prothèses dentaires (hors inlays cores) à tarifs libres   | 420% BRSS.                                  |
| Inlays-cores à tarifs maîtrisés   | 470% BRSS, dans la limite des HLF.          |
| Inlays-cores à tarifs libres  | 470% BRSS.                                  |
| Orthodontie   |   |
| Orthodontie   | 275% BRSS.                                  |
| Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)  |   |
| Blanchiment dentaire  | 100 € par année civile et par bénéficiaire. |
| Orthodontie adulte et enfant  | 100 € par semestre et par bénéficiaire.     |
| Optique <sup>(4)</sup>  |   |
| Equipement  |   |
| <p><b>Un équipement est constitué de deux composantes</b> : une monture et deux verres. Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un <b>équipement mixte</b> (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'Institution remboursera à hauteur de la garantie prévue pour chacune des composantes.</p> |   |

## Délais de renouvellement

Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, **l'Institution rembourse un équipement** – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – **tous les** :

- **24 mois** pour les bénéficiaires de **16 ans et plus**, ramené à **12 mois en cas d'évolution de la vue** ;
- **12 mois** pour les bénéficiaires de **moins de 16 ans**, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ;
- **6 mois** pour les bénéficiaires **jusqu'à 6 ans**, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement :

- par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante;
- par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante.

Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

### Equipements 100 % santé <sup>(5)</sup>

#### Classe A équipement, prestations d'appairage et supplément

100 % PLV.

### Equipements hors 100 % santé <sup>(5)</sup>

|   | Bénéficiaire de moins de 16 ans | Bénéficiaire de 16 ans et plus |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| Classe B : monture  | 100 €.                          | 100 €.                         |
| Classe B : verre unifocal sans cylindre, sphère de -6,00 à +6,00  | 110 €.                          | 110 €.                         |
| Classe B : verre unifocal sans cylindre, sphère < à -6,00 ou > à +6,00  | 190 €.                          | 200 €.                         |
| Classe B : verre unifocal avec cylindre, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à 0                                 | 110 €.                          | 110 €.                         |
| Classe B : verre unifocal avec cylindre, cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à 0                                      | 195 €.                          | 210 €.                         |
| Classe B : - verre unifocal avec cylindre, cylindre > ou = à +0,25, sphère < à -6,00                                  | 195 €.                          | 210 €.                         |
| Classe B : verre unifocal sphéro cylindrique, sphère > à 0, somme (sphère + cylindre) < ou = à +6,00                  | 110 €.                          | 110 €.                         |
| Classe B : verre unifocal sphéro cylindrique, sphère > à 0, somme (sphère + cylindre) > à +6,00                       | 195 €.                          | 210 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif sans cylindre, sphère de -4,00 à +4,00                                      | 220 €.                          | 220 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif sans cylindre, sphère < à -4,00 ou > à +4,00                                | 250 €.                          | 250 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif avec cylindre, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -8,00 à 0                 | 220 €.                          | 220 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif avec cylindre, cylindre > à +4,00, sphère de -8,00 à 0                      | 250 €.                          | 250 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif avec cylindre, cylindre > ou = à +0,25, sphère < à -8,00                    | 250 €.                          | 250 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique, sphère > à 0, somme (sphère + cylindre) < ou = à +8,00 | 220 €.                          | 220 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique, sphère > à 0, somme (sphère + cylindre) > à +8,00      | 250 €.                          | 250 €.                         |



| Suppléments   |  |  |
|---|--|--|
| Prestation d'adaptation de la prescription médicale des verres  | 100 % BRSS.  |  |
| Autres suppléments  | 100 % BRSS.  |  |
| Lentilles correctrices  |  |  |
| Lentilles correctrices  | 100 % BRSS complété le cas échéant par 250 € tous les 2 ans par bénéficiaire.  |  |
| Frais non remboursés par la Sécurité sociale<br>(sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)   |  |  |
| Lentilles correctrices  | 250 € tous les 2 ans par bénéficiaire.   |  |
| Chirurgie réfractive  | 500 € par œil.   |  |
| Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)  |  |  |
| Honoraires  |  |  |
| Pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)  |  |  |
| Actes techniques  | 300 % BRSS.  |  |
| Pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)  |  |  |
| Actes techniques  | 200 % BRSS.  |  |
| Frais de séjour   |  |  |
| Frais de séjour   | 200% BRSS.   |  |
| Forfait journalier hospitalier  |  |  |
| Forfait journalier hospitalier non remboursé par la sécurité sociale (établissements médico-sociaux exclus)   | 100 % FR.  |  |
| Transport   |  |  |
| Transport   | 100% BRSS.   |  |
| Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale<br>(sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)  |  |  |
| Chambre particulière avec ou sans nuitée  | 60 € par jour d'hospitalisation.   |  |
| Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans  | 50 € par jour d'hospitalisation.   |  |
| Aides auditives <sup>(6)</sup>  |  |  |
| Délais de renouvellement de l'équipement<br>conformément aux dispositions de l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale.   |  |  |
| Un équipement par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf en cas de renouvellement anticipé. Ce délai court séparément pour chacun des équipements. |  |  |
| Equipements 100 % santé <sup>(7)</sup>  |  |  |
| Aide auditive classe I  | 100 % PLV.   |  |
| Equipements hors 100 % santé <sup>(7)</sup>   |  |  |
| Aide auditive classe II (bénéficiaire de plus de 20 ans et non atteint de cécité)   | 345 % BRSS.<br>En tout état de cause, le cumul des remboursements de l'Institution et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1700 € par aide auditive. |  |
| Aide auditive classe II (bénéficiaire jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité)   | 125 % BRSS.<br>En tout état de cause, le cumul des remboursements de l'Institution et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1700 € par aide auditive. |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Consommables, piles et accessoires</b>   |  |
| <b>Consommables, piles et accessoires des aides auditives</b>   | 100 % BRSS.  |
| <b>Naissance</b>  |  |
| <b>Frais d'accueil du jeune enfant</b>  |  |
| <b>Allocation forfaitaire en cas de naissance</b>   | 300 € par enfant.  |
| <b>Cure thermale</b>  |  |
| <b>Cure thermale</b>  |  |
| Traitement thermal  | 150 % BRSS.  |
| Hébergement et transport remboursé par la Sécurité sociale  | 200 € par année civile et par bénéficiaire.  |
| <b>Forfait actes lourds</b>   |  |
| <b>Forfait actes lourds non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale</b>   | 100 % FR.  |
| <b>Forfait patient urgences</b>   |  |
| <b>Forfait patient urgences non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale</b>   | 100 % FR.  |
| <b>Liste Audiens Bien-être santé</b>  |  |
| <p><b>Liste Audiens Bien-être santé</b><br/> <b>La liste Audiens Bien-être santé est adressée par courrier sur demande ou téléchargeable sur le site internet <a href="http://www.audiens.org">www.audiens.org</a>. - rubrique « Ressources » - rechercher « Liste Audiens Bien-être Santé » - fiche technique.</b></p> | <p>60 % des frais réels, dans la limite d'un montant global de 150 € par année civile et par bénéficiaire, sur présentation des justificatifs</p> <p>Pour faire l'objet d'un remboursement, la prise en charge de ces frais ne doit pas être prévue sous une autre rubrique du tableau de garantie.</p> <p><b>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.</b></p> |

- **BRSS** (Base de remboursement de la Sécurité sociale) : tarif à partir duquel la Sécurité sociale établit son remboursement ;
- **HLF** (Honoraires limites de facturation) inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité
- **PLV** (Prix limite de vente) inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité
- **FR** (frais réels)

(1) conformément aux dispositions prévues à l'article L.162-58 du Code de la Sécurité sociale.

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

(3) telles que définies règlementairement notamment à l'article R 871-2, 5° du code de la Sécurité sociale.

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

(5) tels que définis règlementairement notamment à l'article R.871-2, 3° du code de la Sécurité sociale.

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

(7) tels que définis règlementairement notamment à l'article R.871-2, 4° du code de la Sécurité sociale.

### Option complémentaire

Les montants des remboursements sont exprimés y compris les prestations de la Sécurité sociale et celles des garanties conventionnelles dénommées « Base conventionnelle », dans la limite :

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

**Certains frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale peuvent également être pris en charge à condition qu'ils soient expressément mentionnés au titre des frais non remboursés par la Sécurité sociale au tableau de garanties ci-après.**

### Garantie Option 3

Les montants des remboursements sont exprimés y compris les prestations de la Sécurité sociale, et incluent les montants de remboursement des garanties de la Base conventionnelle (niveau 1).

| GARANTIES (secteur conventionné ou non)   | Remboursement maximum de l'Institution<br>Dans la limite des frais restant à charge |                          |
|---|---|--------------------------|
|   | Secteur conventionné  | Secteur non conventionné |
| <b>Soins courants</b>   |   |                          |
| <b>Honoraires médicaux</b>  |   |                          |
| <i>Pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>                                     |   |                          |
| Consultation et visite généraliste  | 340% BRSS.  |                          |
| Consultation et visite spécialiste  | 360% BRSS.  |                          |
| Actes techniques (hors d'actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)  | 390% BRSS.  |                          |
| Actes d'imagerie médicale   | 340% BRSS.  |                          |
| <i>Pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>                                 |   |                          |
| Consultation et visite généraliste, sage-femme  | 200% BRSS.  |                          |
| Consultation et visite spécialiste  | 200% BRSS.  |                          |
| Actes techniques (hors d'actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)  | 200% BRSS.  |                          |
| Actes d'imagerie médicale   | 200% BRSS.  |                          |
| <b>Analyses et examens de laboratoire</b>   |   |                          |
| Analyses et examens de laboratoire  | 100% BRSS.  |                          |
| <b>Honoraires paramédicaux</b>  |   |                          |
| Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Orthophonistes, Orthoptistes),<br>Pédicures-podologues, | 100% BRSS.  |                          |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue partenaire de l'annuaire « MonPsy » <sup>(1)</sup>  | 100% BRSS dans la limite d'un entretien d'évaluation et de 7 séances de suivi par année civile et par bénéficiaire. |  |
| <b>Matériel médical</b>   |   |  |
| Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations <sup>(2)</sup> (hors aides auditives et prothèses dentaires)  | 265% BRSS.  |  |
| <b>Médicaments</b>  |   |  |
| Médicaments (y compris vaccins)   | 100 % BRSS.   |  |
| <b>Transport</b>  |   |  |
| Transport (hors hospitalisation et cure thermale)   | 100% BRSS.  |  |
| <b>Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</b>   |   |  |
| Ostéodensitométrie osseuse (sur prescription médicale)  | 40 € par année civile et par bénéficiaire.  |  |
| <b>Dentaire</b>   |   |  |
| <b>Soins</b>  |   |  |
| Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)   | 100% BRSS.  |  |
| Actes techniques  | 200% BRSS.  |  |
| <b>Soins et prothèses 100 % santé<sup>(3)</sup></b>   |   |  |
| Prothèses dentaires (y compris inlays cores) 100 % santé  | 100% HLF.   |  |
| <b>Soins et prothèses hors 100 % santé<sup>(3)</sup></b>  |   |  |
| Inlays-onlays à tarifs maîtrisés  | 520% BRSS, dans la limite des HLF.  |  |
| Inlays-onlays à tarifs libres   | 520% BRSS.  |  |
| Prothèses dentaires (hors inlays cores) à tarifs maîtrisés  | 520% BRSS, dans la limite des HLF.  |  |
| Prothèses dentaires (hors inlays cores) à tarifs libres   | 520% BRSS.  |  |
| Inlays-cores à tarifs maîtrisés   | 570% BRSS, dans la limite des HLF.  |  |
| Inlays-cores à tarifs libres  | 570% BRSS.  |  |
| <b>Orthodontie</b>  |   |  |
| Orthodontie   | 325% BRSS.  |  |
| <b>Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</b>   |   |  |
| Blanchiment dentaire  | 150 € par année civile et par bénéficiaire.   |  |
| Orthodontie adulte et enfant  | 100 € par semestre et par bénéficiaire.   |  |
| <b>Optique<sup>(4)</sup></b>  |   |  |
| <b>Equipement</b>   |   |  |
| Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres. Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un <b>équipement mixte</b> (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'Institution remboursera à hauteur de la garantie prévue pour chacune des composantes. |   |  |

## Délais de renouvellement

Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, **l'Institution rembourse un équipement** – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – **tous les** :

- **24 mois** pour les bénéficiaires de **16 ans et plus**, ramené à **12 mois en cas d'évolution de la vue** ;
- **12 mois** pour les bénéficiaires de **moins de 16 ans**, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ;
- **6 mois** pour les bénéficiaires **jusqu'à 6 ans**, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement :

- par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante;
- par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante.

Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

### Equipements 100 % santé <sup>(5)</sup>

#### Classe A équipement, prestations d'appairage et supplément

100 % PLV.

### Equipements hors 100 % santé <sup>(5)</sup>

|   | Bénéficiaire de moins de 16 ans | Bénéficiaire de 16 ans et plus |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| Classe B : monture  | 100 €.                          | 100 €.                         |
| Classe B : verre unifocal sans cylindre, sphère de -6,00 à +6,00  | 160 €.                          | 160 €.                         |
| Classe B : verre unifocal sans cylindre, sphère < à -6,00 ou > à +6,00  | 300 €.                          | 300 €.                         |
| Classe B : verre unifocal avec cylindre, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à 0                                 | 160 €.                          | 160 €.                         |
| Classe B : verre unifocal avec cylindre, cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à 0                                      | 300 €.                          | 300 €.                         |
| Classe B : - verre unifocal avec cylindre, cylindre > ou = à +0,25, sphère < à -6,00                                  | 300 €.                          | 300 €.                         |
| Classe B : verre unifocal sphéro cylindrique, sphère > à 0, somme (sphère + cylindre) < ou = à +6,00                  | 160 €.                          | 160 €.                         |
| Classe B : verre unifocal sphéro cylindrique, sphère > à 0, somme (sphère + cylindre) > à +6,00                       | 300 €.                          | 300 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif sans cylindre, sphère de -4,00 à +4,00                                      | 300 €.                          | 300 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif sans cylindre, sphère < à -4,00 ou > à +4,00                                | 350 €.                          | 350 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif avec cylindre, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -8,00 à 0                 | 300 €.                          | 300 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif avec cylindre, cylindre > à +4,00, sphère de -8,00 à 0                      | 350 €.                          | 350 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif avec cylindre, cylindre > ou = à +0,25, sphère < à -8,00                    | 350 €.                          | 350 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique, sphère > à 0, somme (sphère + cylindre) < ou = à +8,00 | 300 €.                          | 300 €.                         |
| Classe B : verre multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique, sphère > à 0, somme (sphère + cylindre) > à +8,00      | 350 €.                          | 350 €.                         |

| Suppléments   |  |  |
|---|--|--|
| Prestation d'adaptation de la prescription médicale des verres  | 100 % BRSS.  |  |
| Autres suppléments  | 100 % BRSS.  |  |
| Lentilles correctrices  |  |  |
| Lentilles correctrices  | 100 % BRSS complété le cas échéant par 300 € tous les 2 ans par bénéficiaire.  |  |
| Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)  |  |  |
| Lentilles correctrices  | 300 € tous les 2 ans par bénéficiaire.   |  |
| Chirurgie réfractive  | 700 € par œil.   |  |
| Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)  |  |  |
| Honoraires  |  |  |
| Pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)  |  |  |
| Actes techniques  | 370 % BRSS.  |  |
| Pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)  |  |  |
| Actes techniques  | 200 % BRSS.  |  |
| Frais de séjour   |  |  |
| Frais de séjour   | 200% BRSS.   |  |
| Forfait journalier hospitalier  |  |  |
| Forfait journalier hospitalier non remboursé par la sécurité sociale (établissements médico-sociaux exclus)   | 100 % FR.  |  |
| Transport   |  |  |
| Transport   | 100% BRSS.   |  |
| Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)   |  |  |
| Chambre particulière avec ou sans nuitée  | 70 € par jour d'hospitalisation.   |  |
| Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans  | 60 € par jour d'hospitalisation.   |  |
| Aides auditives <sup>(6)</sup>  |  |  |
| Délais de renouvellement de l'équipement  |  |  |
| conformément aux dispositions de l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale.   |  |  |
| Un équipement par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf en cas de renouvellement anticipé. Ce délai court séparément pour chacun des équipements. |  |  |
| Equipements 100 % santé <sup>(7)</sup>  |  |  |
| Aide auditive classe I  | 100 % PLV.   |  |
| Equipements hors 100 % santé <sup>(7)</sup>   |  |  |
| Aide auditive classe II (bénéficiaire de plus de 20 ans et non atteint de cécité)   | 395 % BRSS.<br>En tout état de cause, le cumul des remboursements de l'Institution et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1700 € par aide auditive. |  |
| Aide auditive classe II (bénéficiaire jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité)   | 125 % BRSS.<br>En tout état de cause, le cumul des remboursements de l'Institution et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1700 € par aide auditive. |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Consommables, piles et accessoires</b>   |  |
| <b>Consommables, piles et accessoires des aides auditives</b>   | 100 % BRSS.  |
| <b>Naissance</b>  |  |
| <b>Frais d'accueil du jeune enfant</b>  |  |
| <b>Allocation forfaitaire en cas de naissance</b>   | 400 € par enfant.  |
| <b>Cure thermale</b>  |  |
| <b>Cure thermale</b>  |  |
| Traitement thermal  | 270 % BRSS.  |
| Hébergement et transport remboursé par la Sécurité sociale  | 300 € par année civile et par bénéficiaire.  |
| <b>Forfait actes lourds</b>   |  |
| <b>Forfait actes lourds non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale</b>   | 100 % FR.  |
| <b>Forfait patient urgences</b>   |  |
| <b>Forfait patient urgences non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale</b>   | 100 % FR.  |
| <b>Liste Audiens Bien-être santé</b>  |  |
| <p><b>Liste Audiens Bien-être santé</b><br/> <b>La liste Audiens Bien-être santé est adressée par courrier sur demande ou téléchargeable sur le site internet <a href="http://www.audiens.org">www.audiens.org</a>. - rubrique « Ressources » - rechercher « Liste Audiens Bien-être Santé » - fiche technique.</b></p> | <p>60 % des frais réels, dans la limite d'un montant global de 200 € par année civile et par bénéficiaire, sur présentation des justificatifs</p> <p>Pour faire l'objet d'un remboursement, la prise en charge de ces frais ne doit pas être prévue sous une autre rubrique du tableau de garantie.</p> <p><b>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.</b></p> |

- **BRSS** (Base de remboursement de la Sécurité sociale) : tarif à partir duquel la Sécurité sociale établit son remboursement ;
- **HLF** (Honoraires limites de facturation) inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité
- **PLV** (Prix limite de vente) inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité
- **FR** (frais réels)

(1) conformément aux dispositions prévues à l'article L.162-58 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

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

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

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

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

## **Annexe 1 – Maintien des garanties aux participants en congé suspensif non indemnisé**

---

Les garanties de la présente notice d'information peuvent être maintenues **aux participants dont la suspension du contrat de travail n'ouvre pas droit à une indemnisation** (maintien total ou partiel de leur rémunération par l'Adhérent ou versement par la Sécurité sociale d'indemnités journalières, d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité) **et non éligibles au maintien de garantie défini à l'article 15.2 de ladite notice.**

Ce maintien est accordé, **sous réserve du paiement des cotisations**, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les participants en activité, complétées par les dispositions suivantes :

### **1 - Effet**

**La demande de maintien doit être adressée à l'Institution dans le mois qui suit la date de suspension du contrat de travail du participant.**

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la date de suspension du contrat de travail.

Chaque année, l'adhérent doit fournir à l'Institution la liste des participants concernés par ce maintien, complétée de la date de début et de fin de suspension de leur contrat de travail.

### **2 - Durée et Cessation**

Les garanties sont maintenues pendant toute la durée de suspension non indemnisée du contrat de travail.

**En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :**

- **à l'issue de la durée du congé suspensif et non indemnisé du participant ;**
- **à la date de reprise d'activité professionnelle même partielle ;**
- **en cas de non-paiement de cotisations ;**
- **à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du présent maintien ;**
- **à la date à laquelle le participant quitte les effectifs de l'adhérent ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée.**

### **3 - Cotisations**

Le participant assure lui-même le paiement de l'intégralité des cotisations, mensuellement d'avance, dans les conditions prévues à l'article 6 de la présente notice d'information.



## Annexe 2 – Poursuite des garanties

---

Les garanties prévues à la présente notice d'information peuvent être maintenues, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les participants en activité, complétées par les dispositions suivantes.

Ce maintien de garanties est dénommé ci-après la « **Poursuite des garanties** ».

### 1 - Affiliation et durée

#### 1.1 - Bénéficiaires de la Poursuite des garanties

Peuvent s'affilier pour eux-mêmes et leurs ayants droit bénéficiaires dans les conditions prévues à l'article 1.2 de la présente annexe, les anciens salariés ayant bénéficié ou non de la portabilité des garanties telle que définie à l'article 16 de ladite notice, s'ils sont titulaires :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- d'une pension de retraite ;
- d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi.

Le bénéficiaire de la Poursuite des garanties est dénommé ci-après le **participant**.

#### 1.2 - Conditions d'affiliation du participant

Les participants tels que définis à l'article 1.1 de la présente annexe peuvent bénéficier de la Poursuite des garanties pour eux-mêmes et leurs ayants droit bénéficiaires, dans les mêmes conditions que les participants en activité, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, **sous réserve qu'ils en fassent la demande à l'Institution dans les 6 mois qui suivent la date de rupture de leur contrat de travail ou, s'ils en ont bénéficié, la date de 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.**

#### 1.3 – Droit de renonciation

Le participant peut renoncer à l'affiliation pour lui-même et ses ayants droit bénéficiaires dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de la date de prise d'effet de l'affiliation.

Il peut notifier la renonciation soit par :

- courrier postal à Audiens Gestion Entreprise TSA 30400 92177 Vanves Cedex ;
- courrier électronique via son espace client ou le formulaire de contact sur [www.audiens.org](http://www.audiens.org) ;
- par tout autre support durable conformément aux dispositions de l'article L.931-3-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- par déclaration ou acte extra-judiciaire au siège social de l'Institution.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, un nouveau délai de 30 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 participant qui renonce à l'affiliation pour lui-même et ses ayants droit bénéficiaires ne pourra plus s'affilier ultérieurement.**

## 1.4 – Dénonciation de l’affiliation

Le participant peut dénoncer l’affiliation pour lui-même et ses ayants droit bénéficiaires :

- chaque année au 31 décembre d’un exercice, la notification de la dénonciation devant être envoyée à l’Institution au plus tard le 31 octobre de l’année en cours ;
- à tout moment, dès lors qu’un an s’est écoulé depuis la première affiliation. La dénonciation prend alors effet 1 mois après la réception par l’Institution de la notification faite par le participant, ou à une date ultérieure convenue entre le participant et l’Institution. En tout état de cause, la résiliation ne pourra pas intervenir après le dernier jour du mois civil au cours duquel survient l’expiration du délai de 1 mois susmentionné.

Quel que soit le cas de dénonciation invoqué, le participant peut la notifier soit par :

- courrier postal à Audiens Gestion Entreprise TSA 30400 92177 Vanves Cedex ;
- courrier électronique via son espace client ou le formulaire de contact sur [www.audiens.org](http://www.audiens.org) ;
- par tout autre support durable conformément aux dispositions de l’article L.931-3-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- par déclaration ou acte extra-judiciaire au siège social de l’Institution.

Lorsque le participant exerce son droit de dénonciation à tout moment afin de souscrire une nouvelle couverture auprès d’un autre organisme assureur et que ce dernier procède pour le compte du participant à la notification de la dénonciation, celle-ci s’effectue obligatoirement soit par :

- lettre recommandée à Audiens Gestion Entreprise TSA 30400 92177 Vanves Cedex ;
- envoi recommandé électronique adressé à l’Institution à [resil\\_entreprises@audiens.org](mailto:resil_entreprises@audiens.org).

**Le participant qui dénonce l’affiliation pour lui-même et ses ayants droit bénéficiaires ne pourra plus s’affilier ultérieurement.**

## 1.5 - Date d’effet et durée de la Poursuite des garanties

La Poursuite des garanties prend effet le lendemain de sa demande d’affiliation si le participant en fait la demande dans les 6 mois qui suivent la cessation de la portabilité des garanties ou la rupture de son contrat de travail.

Toutefois, si le participant bénéficie de la portabilité des garanties et fait la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail, la Poursuite des garanties prend effet le lendemain du jour de la cessation de la portabilité de ses garanties.

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 2 de la présente annexe.

## 1.6 – Personnes garanties du chef d’un participant décédé

Peuvent également s’affilier à la Poursuite des garanties, dans les conditions prévues ci-dessous, les personnes garanties du chef d’un participant décédé, qu’il soit au moment de son décès en activité, bénéficiaire de la portabilité des garanties ou de la présente Poursuite des garanties.

Les personnes garanties du chef du participant décédé tel que défini ci-dessus peuvent bénéficier de la Poursuite des garanties sans conditions de période probatoire ni d’examen ou de questionnaire médical **et pour une durée maximale de 12 mois**, 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, à condition que l’Adhérent ait informé cette dernière dudit décès.

Leur affiliation prend effet le lendemain de leur demande d’affiliation. Les dispositions prévues aux articles 1.3 – Droit de renonciation et 1.4 – Dénonciation de l’affiliation leurs sont applicables.

## **2 – Cessation de la Poursuite des garanties**

**La Poursuite des garanties cesse :**

- **à la date de prise d'effet de la résiliation du certificat d'adhésion ou de la présente annexe ;**
- **à l'issue de la période de maintien prévue à l'article 1.6 de la présente annexe pour les personnes garanties du chef d'un participant décédé ;**
- **à la date de reprise d'activité à temps plein ou partiel du participant chez le même employeur ou non ;**
- **en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 3.2 de la présente annexe ;**
- **à la date de prise d'effet de la renonciation ou de la dénonciation de l'affiliation par le participant pour lui-même et ses ayants droit bénéficiaires.**

**La cessation de la Poursuite des garanties pour le participant entraîne en tout état de cause celle de ses ayants droit bénéficiaires.**

En cas de résiliation du certificat d'adhésion ou de la présente annexe, une garantie à titre individuel peut être souscrite auprès de l'Institution dans les conditions prévues à l'article 15.5 de la présente notice. Il en est de même pour les personnes garanties du chef d'un participant décédé à l'issue de leur période de maintien.

## **3 - Cotisations**

**Les taux de cotisations évoluent en fonction de l'ancienneté de l'affiliation du participant à la Poursuite des garanties, y compris en cas de changement d'option, et s'appliquent à ses ayants droit bénéficiaires quelle que soit la date d'effet de leur affiliation à ladite Poursuite des garanties.**

**La modification de cotisation prend effet à la date d'anniversaire de l'affiliation du participant à la Poursuite des garanties selon les périodes fixées ci-dessous.**

Le participant assure lui-même le paiement de l'intégralité des cotisations, mensuellement d'avance, dans les conditions prévues à l'article 6 de la présente notice d'information.



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

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

**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](http://www.audiens.org)