

Prestations au 1er janvier 2018

Les formules santé ci-dessous interviennent dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires. **Les remboursements exprimés en % de la base de remboursement (BR) incluent le remboursement de la Sécurité sociale sauf exception mentionnée ci-dessous.**

| | Formule BALCON | Formule LOGE | Formule ORCHESTRE | Pièces à fournir |
|---|----------------|---|---|------------------|
| Frais médicaux courants remboursés par la Sécurité sociale | | | | |
| Consultations, visites de généraliste - adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR | 140% BR | |
| - non adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO* | 100% BR | 100% BR | 120% BR | |
| Consultations, visites de spécialiste - adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 140% BR | 140% BR | |
| - non adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO* | 100% BR | 120% BR | 120% BR | |
| Consultations, visites de neuropsychiatre - adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR | 140% BR | |
| - non adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO* | 100% BR | 100% BR | 120% BR | |
| Actes d'IRM, scanner et pets scan - adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR | 100% BR + 120% BR (SS non incluse) dans la limite de 50 €/ acte et de 2 actes/ an/ bénéficiaire | (1) |
| - non adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR | 100% BR + 100% BR (SS non incluse) dans la limite de 50 €/ acte et de 2 actes/ an/ bénéficiaire | (1) |
| Actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale (ADI) et d'échographie (ADE) - adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR | 100% BR | |
| - non adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR | 100% BR | |
| Auxiliaires médicaux (AMI, AMM, AMO, AMY), analyses et examens de laboratoire | 100% BR | 100% BR | 100% BR | |
| Frais de transport y compris en hospitalisation | 100% BR | 100% BR | 100% BR | |
| Pharmacie | 100% BR | 100% BR | 100% BR | (2) |
| Hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale (y compris frais d'accouchement et hors établissements médicaux sociaux) | | | | |
| Honoraires médicaux - adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR | 100% BR | (3) |
| - non adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR | 100% BR | (3) |
| Honoraires chirurgicaux : actes de chirurgie (ADC), d'anesthésie (ADA), d'obstétrique (ACO) | Néant | Au-delà des 100% BR, limitation à 916 €/ an/ bénéficiaire pour la globalité des honoraires chirurgicaux | Néant | (3) |
| - adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR + 110% BR (SS non incluse) | 230% BR | (3) |
| - non adhérent à l'OPTAM / l'OPTAM-CO * | 100% BR | 100% BR + 90% BR (SS non incluse) | 200% BR | (3) |
| Frais de séjour - Secteur conventionné | 100% BR | 100% BR | 100% BR | (3) |
| Frais de séjour - Secteur non conventionné | 100% BR | 100% BR + 15,5 € / jour limité à 45 jours/ an/ bénéficiaire | 100% BR + 15,5 € / jour limité à 45 jours/ an/ bénéficiaire | (3) |

| | Formule BALCON | Formule LOGE | Formule ORCHESTRE | Pièces à fournir |
|---|---|--|---|-------------------------|
| Forfait journalier hospitalier | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels | (3) |
| Chambre particulière - limitée à 45 jours/ an/ bénéficiaire | 16,50 € / jour | 50,20 €/ jour | 66 €/ jour | (3) |
| Lit accompagnant (hospitalisation enfant - de 12 ans) - limité à 45 jours/ an/ bénéficiaire | 15 €/ jour | 31 €/ jour | 45 €/ jour | (3) |
| Frais dentaires | | | | |
| Soins dentaires (y compris les inlays-onlays) remboursés par la Sécurité sociale | 100% BR | 100% BR | 100% BR | |
| Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale | 205% BR limité à 1000€ /an/bénéficiaire | 320% BR limité à 1200 €/ an/ bénéficiaire | 340% BR limité à 1500 €/ an/ bénéficiaire | (1) |
| | Au-delà de cette limite annuelle, remboursement égal à 100% BR | | | |
| Prothèses dentaires et implantologie (chirurgie et connectique implantaires) non remboursées par la Sécurité sociale | néant | 915 €/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble des actes | 1050 €/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble des actes | (1) |
| Orthodontie adulte et/ou enfant remboursée ou non par la Sécurité sociale | 100 €/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble des actes | 320 €/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble des actes | 400 €/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble des actes | (1) |
| Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale | néant | 120 €/ an/ bénéficiaire | 200 €/ an/ bénéficiaire | (1) |
| Frais d'optique | | | | |
| Equipement complet : 2 verres + 1 montures remboursés par la Sécurité sociale | Un équipement complet tous les 24 mois à compter de la date d'acquisition d'au moins un des deux éléments de l'équipement, ramené à 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 18 ans ou en cas de changement de dioptries sur prescription médicale et avec un remboursement maximum de 150 € pour la monture. | | | (1) |
| | 100% BR + 200 € | 100% BR + 300 € | 100% BR + 380 € | |
| Lentilles remboursées par la Sécurité sociale | 100% BR + ci-dessous | 100% BR + ci-dessous | 100% BR + ci-dessous | |
| Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale - Remboursement effectué si non utilisation du remboursement lunettes au cours des 12 mois précédant l'acquisition | 50 €/ tous les 12 mois/ bénéficiaire | 300 €/ tous les 12 mois/ bénéficiaire | 380 €/ tous les 12 mois/ bénéficiaire | (4) |
| Chirurgie réfractive de l'œil - limitée à 2 interventions/ an/ bénéficiaire | 100 €/ intervention | 230 €/ intervention | 230 €/ intervention | (1) |
| Frais d'appareillage, d'orthopédie et d'acoustique | | | | |
| Orthopédie et appareillage (semelles, bas de contention, cannes anglaises, fauteuil roulant, déambulateur...) remboursés par la Sécurité sociale | 100% BR | 100% BR + 105,50 €/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble des actes | 100% BR + 200 €/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble des actes | (1) |
| Prothèse capillaire et location d'aérosol remboursés par la Sécurité sociale | 100% BR | 260% BR | 360% BR | (5) |
| Appareillage non remboursé par la Sécurité sociale suite à opération | néant | 50 €/ an/ bénéficiaire | 100 €/ an/ bénéficiaire | (5) |
| Prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale | 100% BR | 100% BR + 335,40 €/ an/ bénéficiaire | 100% BR + 400 €/ an/ bénéficiaire | (1) |
| Piles pour prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale | 100% BR | 100% BR | 100% BR | |
| Maternité ou adoption | | | | |
| Allocation versée en cas de naissance ou d'adoption si l'enfant est affilié à la garantie | 120 €/ enfant | 276 €/ enfant | 350 €/ enfant | (6) |

| | Formule BALCON | Formule LOGE | Formule ORCHESTRE | Pièces à fournir |
|---|-----------------------|--|--|-------------------------|
| Cures thermales | | | | |
| Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale | 100% BR | 100% BR + ci-dessous | 100% BR + ci-dessous | |
| Cure thermale acceptée ou non par la Sécurité sociale (thalassothérapie incluse) | néant | 155 €/ an/ bénéficiaire pour l'hébergement | 165 €/ an/ bénéficiaire pour l'hébergement | (1) |
| Frais divers non remboursés par la Sécurité sociale | | | | |
| Participation forfaitaire 18 € pour les actes et dans les conditions prévues à l'article R160-16 du code de la Sécurité sociale. | 18 € | 18 € | 18 € | (3) |
| Vaccin | néant | 10,50 €/ vaccin | 15 €/ vaccin | (1) |
| Pilule contraceptive | néant | 100% des frais réels | 100% des frais réels | (5) |
| Densitométrie | néant | 18,30 €/ acte | 50 €/ acte | (1) |
| Analyses et examens de laboratoire | 40% des frais réels | 40% des frais réels | 40% des frais réels | (1) |
| Ostéopathes, acupuncteurs, homéopathes, chiropracteurs et étioopathes - limité à 12 séances/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble des actes | néant | 18,30 €/ séance | 21 €/ séance | (7) |

(*) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) prévue par la Convention nationale médicale signée le 25/08/2016

(1) Facture détaillée. - (2) Facture subrogatoire si le tiers-payant n'est pas pratiqué. - (3) Possibilité de prise en charge pour éviter l'avance des frais, à défaut facture acquittée.- (4) Pour les lentilles non remboursées, joindre à la facture la prescription médicale. - (5) Facture détaillée et prescription médicale. - (6) Acte de naissance ou copie de la décision judiciaire d'adoption. - (7) Facture avec mention du n° ADELI du praticien.

Dans le cadre du contrat responsable, ne pourront donner lieu à prise en charge les dépenses suivantes :

- les participations forfaitaires et franchises médicales au sens de l'article L.322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale laissées à la charge de l'assuré social par la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré social n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant (situation dite « hors parcours de soins ») ;
- 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 ;

Le contrat relatif aux formules ci-dessus est souscrit par MNA-Santé au profit de ses membres auprès d'Audiens Prévoyance.

Préambule

L'association MNA SANTE a souscrit auprès d'Audiens prévoyance le contrat n° AUP-GSFAC/MNA-000005 ayant pour objet la couverture et la gestion d'une garantie frais de soins de santé en faveur de ses membres participants.

Ce contrat relève des dispositions figurant au Livre 9 du Code de la Sécurité sociale relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et répond au cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

L'association MNA SANTE est une association régie par la loi de 1901, dont le siège social est situé 10 avenue de l'Opéra 75001 Paris.

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

Audiens prévoyance délègue à l'association MNA SANTE la tenue du fichier des membres participants affiliés audit contrat, les opérations relatives à la gestion des affiliations et à l'appel des cotisations. La présente fiche d'information a pour objet de vous communiquer les dispositions et modalités de la garantie frais de soins de santé comprenant quatre niveaux de garantie. Les tableaux de prestations et de cotisations sont joints à la présente fiche d'information.

1. Définitions

Pour l'application des dispositions du présent document, il faut entendre par :

Souscripteur

L'association MNA SANTE ayant souscrit auprès d'Audiens prévoyance ledit contrat collectif à adhésion facultative au profit de ses membres participants.

Participant

Le membre participant (personne physique) de l'association MNA SANTE, affilié en son nom propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle, qui exerce ou a exercé une activité professionnelle dans un secteur relevant du champ d'action d'Audiens prévoyance, et au profit duquel l'Association a souscrit ledit contrat auprès d'Audiens prévoyance pour la mise en œuvre de garanties frais de soins de santé auxquelles il s'est affilié librement et pour lesquelles il verse une cotisation.

Ayants droit

Le conjoint, pacsé, concubin, enfants, tels que définis par le présent article et qui bénéficient d'un des niveaux de garanties frais de soins de santé définis au contrat et pour lesquels le participant verse une cotisation. Sont également inclus ceux bénéficiant d'une gratuité de cotisations.

Conjoint

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

Pacsé

La personne liée au participant par un pacte civil de solidarité non rompu.

Concubin

La personne qui, au moment de son affiliation et des soins ou de l'événement, vit en couple avec le participant et sous le même toit depuis au moins deux ans, aucun des deux n'étant par ailleurs marié. La durée de la vie commune peut être inférieure à deux ans si un enfant est né de cette union de fait. Les concubins peuvent être de sexe différent ou non.

Enfants à charge

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

- considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre du participant, de son conjoint, pacsé ou concubin ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études entraînant ou non l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études à l'étranger et :
 - bénéficiant du régime obligatoire de Sécurité sociale de l'un des pays de la Communauté Européenne ou de la Suisse, où les études sont poursuivies ;
 - ou affiliés à la Caisse des Français à l'étranger, au titre de l'Assurance volontaire pour tous les autres pays ;
- ou âgés de moins de 26 ans à la recherche d'une première activité rémunérée et pouvant justifier cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans, rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle, bénéficiant à ce titre d'une mesure d'aide à l'emploi, selon la législation en vigueur (stage ou contrat de travail), et pouvant justifier cette situation par une pièce administrative ;
- ou âgés de moins de 26 ans sous contrat d'apprentissage ;
- ou quel que soit leur âge s'ils perçoivent des allocations prévues par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 sur les personnes handicapées, ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources mensuelles ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC.
- et également les enfants du participant, non confiés à sa garde, mais pour lesquels il est judiciairement tenu de verser une pension alimentaire, sous réserve qu'ils remplissent une des conditions ci-dessus.

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

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

2. Conditions d'affiliation du participant

2.1. – Affiliation

L'association MNA SANTE s'engage :

- à proposer à ses membres participants présents et futurs l'affiliation à l'un des niveaux de garantie frais de soins de santé définis au contrat. Peut s'affilier le membre participant affilié en son nom propre au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle, qui exerce ou a exercé une activité professionnelle dans un secteur relevant du champ d'action d'Audiens prévoyance ;
- à transmettre à Audiens prévoyance les demandes d'affiliation complétées et signées par ses membres participants souhaitant bénéficier de ladite garantie. Sur la demande d'affiliation, doivent être désignés, s'il y a lieu, les autres bénéficiaires de la garantie tels que définis à l'article 3. Par cette affiliation, le membre participant du Souscripteur est participant d'Audiens prévoyance.

2.2 – Date d'effet et durée de l'affiliation

Après accord d'Audiens prévoyance et **sous réserve du paiement de la première cotisation**, l'affiliation du membre participant et de ses éventuels ayants droit à l'un des niveaux de garantie

frais de soins de santé prend effet à la date indiquée par l'association MNA SANTE :

- au 1^{er} jour du mois pour les demandes d'affiliation reçues par l'Association avant le 16 du mois ;
- au 1^{er} jour du mois suivant pour les demandes d'affiliations reçues après le 15 du mois.

L'affiliation est alors matérialisée par l'envoi d'un courrier comportant notamment le nom du participant et de ses éventuels ayants droit, la date d'effet de l'affiliation, le niveau de garantie choisi et le montant des cotisations.

Sous réserve du paiement des cotisations, l'affiliation se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année. Elle prend fin en cas de survenance d'un des événements prévus à l'article 5.

2.3 – Droit de renonciation

Le participant a la faculté de renoncer à son affiliation par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à l'Association MNA SANTE dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son affiliation a pris effet.

Le modèle de lettre suivant peut être utilisé « Je soussigné(e) M./Mme (nom, prénom), (numéro de Sécurité sociale), déclare renoncer à mon affiliation au contrat MNA SANTE formule ___ que j'ai signé le ___. Je demande en conséquence le remboursement des cotisations déjà versées. (date et signature). »

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 Audiens prévoyance de l'intégralité des sommes versées par le participant, sous déduction des éventuels remboursements effectués pendant cette période.

La renonciation du participant à son affiliation entraîne celle des ayants droit qui lui sont rattachés.

Le participant qui renonce à son affiliation ne pourra adhérer ultérieurement, pour lui-même et ses éventuels ayants droit, qu'après un délai de 12 mois.

2.4 – Dénonciation de l'affiliation

Le participant peut dénoncer l'affiliation :

- dans le courant de l'année, sur présentation d'une attestation d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire. Dans ce cas, le participant ou l'un de ses ayants droit peut effectuer une dénonciation à titre temporaire qui lui permet, à la fin de son affiliation à titre obligatoire, de bénéficier, à nouveau, de la garantie frais de soins de santé du contrat sous réserve de réception par l'Association MNA SANTE du certificat de radiation du contrat collectif à adhésion obligatoire ;
- dans le courant de l'année, sur présentation d'une attestation de droits à la CMU complémentaire (CMUC) ou d'une attestation d'adhésion à un contrat sélectionné au titre de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Dans ce cas, le participant ou l'un de ses ayants droit peut, s'il le souhaite, effectuer une dénonciation à titre temporaire qui lui permet, à la fin de ses droits à la CMUC ou à la fin de son adhésion à un contrat sélectionné au titre de l'ACS de bénéficiaire, à nouveau, du contrat ;
- au 31 décembre d'un exercice par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette dernière doit être adressée à l'Association MNA SANTE au plus tard le 31 octobre de l'année concernée, le cachet de la poste faisant foi. Dans ce cas, **le participant ne pourra plus s'affilier ultérieurement pour lui-même et ses éventuels ayants droit au contrat qu'après un délai de 12 mois.**

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

2.5 – Choix du niveau de garantie

Le contrat offre au participant le choix entre quatre niveaux de garanties : formule Panier de soins, formule Balcon, formule Loge et formule Orchestre.

Le choix du niveau de garantie est effectué par le participant au moment de son affiliation et s'applique à l'ensemble de ses éventuels ayants droit pour une durée minimale d'une année civile.

Après son affiliation, si le participant souhaite changer de niveau de garantie, le changement de niveau prendra effet, **pour une durée minimale d'une année civile** pour lui-même et ses ayants droit éventuels au 1^{er} janvier de chaque année, à condition que l'association MNA SANTE en ait reçu la demande avant le 1^{er} décembre de l'année précédente.

La durée minimale d'une année civile fixée ci-dessus s'applique sous réserve des dispositions des articles 2.4 et 6.3.

3. Bénéficiaires

Outre le participant, le bénéfice de la garantie peut être étendu à **ses ayants droit**, tels que définis à l'article 1, **sous réserve du paiement des cotisations correspondantes et des conditions d'affiliation prévues à l'article 4.**

4. Affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants droit tels que définis à l'article 1, intervient dans les mêmes conditions que celles mises en place pour le participant au titre des articles 25.2 et suivants.

Il est précisé que **le niveau de garantie retenu pour l'ayant droit est celui applicable au participant**. En cas de changement de situation de famille, l'affiliation est effectuée au premier jour du mois suivant la présentation des pièces justificatives.

En cas d'intégration à un régime complémentaire obligatoire, d'ouverture de droits à la CMUC ou d'adhésion à un contrat sélectionné au titre de l'ACS, le participant peut effectuer une dénonciation temporaire de l'affiliation de l'ayant droit concerné dans les conditions définies à l'article 2.2.

5. Cessation de la garantie

La garantie cesse définitivement au plus tard, pour le participant et ses éventuels ayants droit :

- à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat collectif ;
- à la date à laquelle le participant perd sa qualité de membre participant du Souscripteur ;
- à la date de renonciation ou de dénonciation de l'affiliation par le participant pour lui-même et/ou ses ayants droit ;
- à la date d'exclusion par Audiens prévoyance du participant et/ou de ses ayants droit en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 6.3 ;
- à la date du décès du participant.

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

La cessation de la garantie pour le participant entraîne en tout état de cause celle des ayants droit qui lui sont rattachés.

Il est précisé que les personnes garanties du chef du 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, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent le décès du participant et dans la mesure où ils répondent positivement à la proposition présentée par Audiens prévoyance.

6. Cotisations

6.1 - Montant

Les montants des cotisations sont établis en tenant compte du niveau de garantie choisi par le participant, du nombre et de la qualité des bénéficiaires de la garantie et de leurs âges respectifs.

L'âge retenu pour déterminer le montant de la cotisation est calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance de la personne couverte. La cotisation évolue selon les tranches d'âge définies au tableau des cotisations. La modification de cotisation prend effet le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle intervient le changement de tranche d'âge.

Le montant des cotisations à régler est calculé sur la base des montants de cotisation toutes taxes comprises (TTC) qui incluent la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en vigueur à la date d'effet du contrat. En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, Audiens prévoyance est fondée à apporter automatiquement les aménagements nécessaires au niveau des cotisations TTC.

Au 1^{er} janvier de chaque année n, les cotisations sont indexées au minimum sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale entre l'exercice n-1 et n.

6.2 - Paiement des cotisations

Les cotisations du participant et de ses ayants droit sont payables d'avance par le participant selon les modalités choisies par ce dernier sur la demande d'affiliation. Il en est seul responsable.

Le recouvrement des cotisations est géré par l'association MNA SANTE.

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

6.3 - Non-paiement des cotisations

Le participant qui ne paie pas les cotisations dans les 10 jours de son échéance peut être exclu, ainsi que ses ayants droit, de la garantie frais de soins de santé du contrat.

Cette 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 par l'association MNA SANTE. 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 de la garantie ainsi que celle des ayants droit qui lui sont rattachés.

7. Etendue de la garantie frais de soins de santé

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

Le montant des remboursements ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, et/ou un autre organisme assureur.

Les prestations dues par Audiens prévoyance 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 éventuels ayants droit et pendant la durée de l'affiliation.

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

Audiens prévoyance intervient dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires.

Les montants de remboursement des frais de soins de santé couverts au titre du présent contrat incluent le minimum légal pour les actes définis à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par celui-ci. A ce titre, pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale et visées par ledit article, Audiens prévoyance 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.

Le montant des garanties et des prestations est fixé au tableau des prestations. Les montants des remboursements y sont exprimés, selon les prestations, y compris ou en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite :

- soit du ticket modérateur (TM) : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale ;
- soit d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : tarif à partir duquel la Sécurité sociale établit son remboursement. Son montant varie selon que l'acte est effectué en secteur conventionné ou en secteur non conventionné (montant minoré) ;
- soit d'un pourcentage des frais réels (FR) ;
- soit d'un montant exprimé en euros.

Audiens prévoyance peut prendre en charge, dans les conditions fixées au tableau des prestations, certains frais n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

8. Frais restant à charge du participant

En application des dispositions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne pourront donner lieu à prise en charge les dépenses suivantes :

- les participations forfaitaires et franchises médicales au sens de l'article L.322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale laissées à la charge de l'assuré social par la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré social n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant (situation dite « hors parcours de soins ») ;
- les « dépassements d'honoraires autorisés » lorsque l'assuré social aura consulté un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par son médecin traitant ;
- tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur ;
- les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, sauf exception, explicitement mentionnée au tableau des prestations.

9. ise en œuvre de la garantie frais de soins de santé

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées à Audiens prévoyance dans les deux ans suivant la date des soins, la date de l'acte ou la date d'achat. Ces demandes devront être accompagnées des pièces justificatives mentionnées ci-après. Le montant des prestations est versé par virement bancaire ou postal à l'ordre du participant ou par chèque bancaire.

9.1 - Avec le système noemie

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

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

9.2 - Sans le système NOEMIE

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

9.3 - Dispositions communes

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

- les prothèses dentaires et les soins dentaires : le praticien devra mentionner sur la facture si les actes concernés seront ou non remboursés par la Sécurité sociale et préciser le détail de la codification CCAM ;

- l'optique : l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture. La facture doit être accompagnée d'une copie de l'ordonnance. Pour les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, la mention hors L.P.P. (Liste des Prestations et Produits) devra figurer sur l'ordonnance ;
- les cures thermales : la facture acquittée de l'établissement thermal ;
- l'hospitalisation : le bordereau de facturation destiné à l'Assurance maladie complémentaire ;
- tous les frais figurant dans la liste des frais non remboursés par la Sécurité sociale ou dans une garantie « actes non remboursés par la Sécurité sociale » mais bénéficiant d'une prise en charge par Audiens prévoyance. La facture devra mentionner la nature et la date de l'acte, le bénéficiaire de l'acte et comporter le cachet du professionnel de santé ;
- De plus les pièces suivantes devront être envoyées pour l'obtention :
 - de l'allocation en cas de naissance : un bulletin de naissance ou un extrait d'acte de naissance ;
 - de l'allocation en cas d'adoption : une copie de la décision judiciaire.

9.4 - Tiers payant

La Carte 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 le tarif de référence de la Sécurité sociale et le montant du remboursement réellement effectué par celle-ci), et à condition que le parcours de soins soit respecté.

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 tableau des prestations est supérieur au ticket modérateur, une facture acquittée relative au montant resté éventuellement à charge du bénéficiaire après mise en œuvre du tiers payant doit être adressée au gestionnaire. Ce système n'est mis en œuvre que pour les participants et les personnes inscrites sur leur carte de Sécurité sociale. Les bénéficiaires du contrat non à charge du participant au sens de la Sécurité sociale peuvent adopter ce service, sous réserve qu'ils fournissent la copie de leur attestation carte vitale et une attestation sur l'honneur confirmant qu'ils ne cotisent pas à un autre organisme de prévoyance.

10. Etendue territoriale

La garantie d'Audiens prévoyance s'exerce sur le territoire français et dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels à condition que le participant soit affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale française.

11. Contrôle des prestations

Lors d'une demande de prestations, Audiens prévoyance se réserve le droit de procéder à un contrôle relatif au versement des prestations et de faire cesser, refuser, réduire ou réviser les conditions de versement des prestations. Les conclusions de ce contrôle s'imposent au participant ou ses éventuels ayants droit sans qu'ils puissent 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 d'Audiens prévoyance d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le Tribunal de grande instance de la résidence du participant sur requête de la partie la plus diligente.

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

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

12. Prescription

Conformément à l'article L. 932-13 du Code de la sécurité sociale Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent contrat 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 Audiens prévoyance 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 Souscripteur, du participant ou de l'ayant droit contre Audiens prévoyance 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 avec demande d'avis de réception adressée soit par Audiens prévoyance au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit par le participant ou l'ayant droit à Audiens prévoyance en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

13. Subrogation

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

L'association MNA SANTE s'engage à porter à la connaissance d'Audiens prévoyance, les dommages corporels subis par les participants affiliés afin de permettre l'exercice de l'action subrogatoire.

14. Autorité de contrôle

Audiens prévoyance, régie par le code de la Sécurité sociale, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Tatibout - 75436 PARIS cedex 09.

15. Informatique et libertés

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

Les informations collectées pourront, après accord de l'association MNA SANTE, faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des fins commerciales au profit d'autres entités du groupe de protection sociale sauf désaccord du souscripteur ou du participant.

Les données gérées par Audiens prévoyance sont susceptibles d'être transmises à des prestataires, sous-traitants ou toute entité du groupe de protection sociale, à des fins de gestion, et dans le strict respect des dispositions du présent contrat.

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

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

Tout participant ou bénéficiaire peut demander toute communication, rectification, mise à jour ou effacement d'informations le concernant. Il pourra exercer ce droit d'accès par courrier adressé à Audiens Prévoyance – Direction juridique et conformité, 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves cedex. Le participant dispose également du droit de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en allant sur le site www.bloctel.gouv.fr

16. Fausses déclarations

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

L'annulation de la garantie s'accompagne de la restitution de l'ensemble des prestations payées à ce titre.

En cas de réticence ou de fausses déclarations non intentionnelles :

- si, lors de la constatation, le risque ne s'est pas réalisé, Audiens prévoyance peut maintenir la garantie en contrepartie d'une augmentation de cotisation. A défaut, Audiens prévoyance peut mettre fin à l'affiliation 10 jours après la notification adressée au participant par lettre recommandée. Les cotisations payées sont restituées pour la période où la garantie ne court plus.
- si, lors de la constatation, le risque s'est réalisé, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

17. Réclamation / Médiation

17.1 - Réclamation

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

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 Audiens prévoyance dans les conditions suivantes :

1^{er} contact : Interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant les garanties, le Demandeur doit en premier lieu contacter son interlocuteur habituel par téléphone, par courrier ou par courriel. Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet du Groupe Audiens : www.audiens.org

2^e contact : Service réclamations clients

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

Par voie postale :

Audiens Recours interne, Service réclamations clients
74 rue Jean Bleuzen - 92177 Vanves cedex

Ou

Par courriel : ic@audiens.org

Cette réclamation peut également être effectuée depuis le site internet du Groupe Audiens :

www.audiens.org

17.2 - Médiation

La médiation est un processus auquel peut avoir recours un souscripteur, participant ou ayant droit, ci-après dénommé « le Demandeur » en vue de la résolution amiable du litige qui l'oppose à Audiens prévoyance **après épuisement des procédures internes de réclamation** visées à l'article 24-1 du présent contrat.

Le processus de médiation est régi par le titre 1^{er} du livre VI du code de la consommation.

Audiens Prévoyance adhère à la Charte de médiation des institutions de prévoyance et de leurs unions. A ce titre, le recours à la médiation s'exerce auprès du médiateur du CTIP qui accomplit sa mission avec diligence et compétence, en toute indépendance et impartialité, dans le cadre d'une procédure transparente, efficace et équitable.

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

Par voie postale :

Médiateur du CTIP
10, rue Cambacérès - 75008 Paris

Ou

Par courriel : mediateur@ctip.asso.fr

Le recours est gratuit. Toutefois, les frais d'avocat ou d'expertise engagés par le Demandeur sont à sa seule charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties. L'avis du médiateur, écrit et motivé, intervient dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe.

Le litige ne peut pas être examiné par le médiateur lorsque :

- le Demandeur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de Audiens prévoyance, par une réclamation écrite selon les modalités prévues à l'article 24-1 du présent contrat,
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- le Demandeur a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès d'Audiens prévoyance ;
- le litige n'entre pas dans son champ de compétence : les décisions rendues au titre de l'action sociale d'Audiens prévoyance; le contrôle de la motivation des résiliations, les décisions d'augmentation des cotisations et les procédures de recouvrement des cotisations ne peuvent faire l'objet d'un recours auprès du médiateur.

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