



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

PRODUIT
CONFORME
AU 100% SANTÉ

NOTICE
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

APRIL SANTÉ SENIOR



L'assurance en plus facile.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	P.3
1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	P.3
2. QUE GARANTIT LA CONVENTION APRIL SANTÉ SENIOR ?	P.4
3. VOS GARANTIES	P.4
3.1 EN CAS D'HOSPITALISATION	P.4
3.2 FRAIS MÉDICAUX	P.6
3.3 PHARMACIE	P.6
3.4 FRAIS DENTAIRE.....	P.7
3.5 OPTIQUE.....	P.7
3.6 APPAREILLAGE.....	P.8
3.7. CONFORT ET PRÉVENTION.....	P.8
3.8. AUTRES PRESTATIONS : SOINS À L'ÉTRANGER	P.8
3.9. LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	P.8
4. CE QUE LA CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE.....	P.8
5. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN OEUVRE VOS GARANTIES ?	P.9
5.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.9
5.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	P.9
5.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF	P.9
6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES VOUS GARANTI ?	P.10
6.1 MODALITÉS D'ADHÉSION	P.10
6.2 PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	P.10
6.3 DURÉE DE VOTRE ADHÉSION	P.11
6.4 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	P.11
7. VOTRE COTISATION.....	P.11
7.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	P.11
7.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	P.12
7.3 LES MODES DE PAIEMENT	P.12
7.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	P.12
8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION A LA CONVENTION ?.....	P.12
9. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	P.13
10. PRESCRIPTION	P.14
11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	P.14
12. PROTECTION DES DONNÉES.....	P.15
LEXIQUE	P.15
ANNEXE.....	P.17

PRÉAMBULE

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe à adhésion facultative APRIL Santé Senior souscrite par l'Association des Assurés APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance (Convention d'assurance n°2018S01).

AXERIA Prévoyance est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme d'assurance au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 90 avenue Felix Faure, 69439 Lyon Cedex 03 immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350.261.129 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09.

AXERIA Prévoyance est également désignée par le terme « **Organisme assureur** » dans la présente Notice.

L'Association des Assurés APRIL est une association loi 1901, située 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'Association des Assurés APRIL est également désignée par le terme « **Association** » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire de cette Convention d'assurance est par délégation de l'Organisme Assureur, **APRIL Santé Prévoyance – SASU** au capital social de 540 640 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03 – RCS Lyon 428 702 419 – Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07 002 609, entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09 ci-après dénommée APRIL.

APRIL Santé Prévoyance est également désignée par le terme « Nous » dans la présente Notice.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente Convention. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice. L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le **Certificat d'adhésion** qui mentionne l'Organisme assureur. La Convention est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée dans le cadre de l'exécution de cette convention est la langue française.

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la Convention **APRIL Santé Senior**. Les Assurés sont inscrits au **Certificat d'adhésion**.

La Convention d'assurance n°2018S01, APRIL Santé Senior, est une Convention « solidaire » et « responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 et suivants du code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Les garanties couvrent a minima à hauteur de 100 % de la Base de remboursement les frais de santé donnant lieu à remboursement de la **Sécurité sociale**. De même, aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En conséquence, vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables et solidaires ».

Si Vous souhaitez bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin », Vous devez obligatoirement :

- relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts ;
- être affilié à un **Régime Obligatoire** d'assurance maladie français ;
- être à jour du paiement de vos cotisations au titre des Régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels Vous êtes affilié.

Pour Vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit en gras et en italique est défini(e) au Lexique.

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour adhérer et être assuré au titre de la Convention **APRIL Santé Senior**, Vous devez :

- résider en France Continentale ou Corse ou dans un Département ou une Région d'Outre-Mer (DROM) à l'exclusion de Mayotte ou dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin.
- relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.

À NOTER :

En adhérant à ce contrat vous devenez membre d'une association pouvant vous venir en aide en cas de difficulté à l'aide de son fonds social. Vous pouvez consulter les statuts sur son site : www.association-assures-april.fr

À NOTER :

Si au cours de la vie du contrat votre situation devait changer, n'oubliez pas d'en informer APRIL Santé Prévoyance en suivant les indications de l'article 8 de la présente Notice.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Peuvent également être assurés au titre de cette Convention, votre **Conjoint** et vos **Enfants**, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français. Ils sont alors inscrits au **Certificat d'adhésion**.

Les garanties reposent sur les déclarations et la bonne foi des parties et de chaque Assuré.

2. QUE GARANTIT LA CONVENTION APRIL SANTÉ SENIOR ?

En fonction du niveau de garantie que Vous avez souscrit, la Convention **APRIL Santé Senior** garantit :

- le remboursement des frais chirurgicaux et/ou médicaux restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité Sociale** ;
- le remboursement des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la **Sécurité Sociale** mais relevant des garanties de la Convention **APRIL Santé Senior** ;
- le remboursement des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus dans votre tableau de garanties.

Les dépenses et frais indiqués ci-dessus doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de vos garanties.

Si les remboursements de la **Sécurité Sociale** venaient à être modifiés en cours d'année, l'Organisme assureur pourrait conserver la **Base de Remboursement** qui était la sienne en valeur absolue avant cette modification.

3. VOS GARANTIES

Dispositions générales :

Pour chaque garantie, le montant de vos remboursements est défini au sein de votre tableau des garanties en fonction de la nature de vos dépenses médicales et du niveau souscrit.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la **Sécurité Sociale (Base de Remboursement)** ou en frais réels ;

- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par **Année d'Adhésion** ou par période de deux (2) ou trois (3) **Années d'Adhésion** et par Assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES DEDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE ET/OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AUPRES DUQUEL VOUS POURRIEZ ETRE ASSURE, ET DANS LA LIMITE DE VOS GARANTIES.

DANS TOUS LES CAS, VOS REMBOURSEMENTS SONT LIMITES AU MONTANT DE VOTRE DEPENSE REELLE.

Conformément à l'article L.121-4 du code des assurances, si Vous et/ou les **Assurés** bénéficiez de **garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs**, Vous devez en informer APRIL immédiatement et Nous faire connaître le nom du ou des assureurs avec lequel (ou lesquels) une autre assurance a été contractée et les garanties souscrites.

Si Vous avez contracté plusieurs assurances contre un même risque de manière dolosive ou frauduleuse, Vous vous exposez à l'annulation de votre adhésion et au paiement de dommages et intérêts en application des sanctions prévues à l'article L.121-3 du code des assurances.

Quand elles sont contractées sans fraude et conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la Convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

Contenu des garanties :

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre de la Convention **APRIL Santé Senior**. Il convient donc pour chaque garantie mentionnée dans votre tableau des garanties de Vous reporter au paragraphe concerné.

Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent des niveaux de garanties que Vous avez souscrits.

ATTENTION:

Si une ou plusieurs des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaît pas dans votre tableau des garanties, c'est que Vous n'en bénéficiez pas.

Modification des niveaux de garanties :

Tout changement des niveaux de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

3.1 EN CAS D'HOSPITALISATION

Les garanties de la Convention **APRIL Santé Senior** interviennent uniquement en cas d'**Hospitalisation** prise en charge par la **Sécurité Sociale**.

Les montants garantis varient selon la nature de l'**Hospitalisation** comme indiqué ci-dessous.

3.1.1 SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

Sont pris en charge au titre de ces garanties les frais de soins dits "de courte durée" dispensés au cours d'une **Hospitalisation** en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité ainsi que les frais liés au séjour selon les modalités suivantes :

Frais de séjour

En cas d'**Hospitalisation**, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à votre charge après un remboursement partiel de la **Sécurité Sociale**.

Forfait journalier :

Est pris en charge au titre de cette garantie le forfait hospitalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une **Hospitalisation**. Le montant de ce forfait est règlementé et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

La participation forfaitaire :

Votre contrat prend en charge la participation forfaitaire que votre **Régime Obligatoire** peut laisser à votre charge si Vous bénéficiez d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la **Sécurité Sociale**.

Honoraires médicaux et chirurgicaux :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une **Hospitalisation**, à une intervention chirurgicale ou en cas d'**Hospitalisation** à domicile, tel qu'exprimés au sein de Votre tableau des garanties.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** prévu par la convention nationale médicale.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

Chambre Particulière :

Selon le niveau souscrit, les frais de chambre particulière pour des séjours en médecine, chirurgie et maternité sont pris en charge au titre de cette garantie **dans la limite du montant exprimé par jour dans Votre tableau des garanties**.

Frais d'accompagnant :

Selon le niveau souscrit, cette garantie prévoit, en cas d'**Hospitalisation** d'un **Assuré**, le versement d'un **forfait exprimé par jour** prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant ayant également la qualité d'**Assuré**.

3.1.2 SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, RÉADAPTATION, RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de soins de suites, de réadaptation, de rééducation et assimilés dispensés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale au cours d'une **Hospitalisation** listés ci-dessous, pris en charge par la **Sécurité Sociale** :

- les séjours en établissements ou services climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec **Hospitalisation**, les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés ;
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.

Les frais pris en charge au titre de cette garantie sont les frais de séjour, le forfait journalier, les honoraires et frais médicaux tels que définis au 3.1.1.

Ces frais sont pris en charge dans la limite de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale** comme indiqué dans votre tableau des garanties.

Chambre particulière :

Pour les séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés, les frais de chambre particulière sont, selon le niveau souscrit, pris en charge dans la limite du montant exprimé par jour dans Votre tableau des garanties et de trente (30) jours par **Année d'adhésion** et par **Assuré**.

3.1.3 SÉJOURS EN PSYCHIATRIE, EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

Sont prises en charge au titre de cette garantie les **Hospitalisations** pour motif psychiatrique effectuées au sein d'un établissement conventionné et prises en charge par la **Sécurité Sociale**.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

Les frais pris en charge au titre de cette garantie sont le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux dans les conditions définies au 3.1.1.

Sont toujours exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs à une Hospitalisation en psychiatrie.

3.1.4 HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

En cas d'**Hospitalisation** en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier, la participation forfaitaire, les frais de séjour et les frais médicaux tels que définis au 3.1.1 pris en charge par la **Sécurité sociale**.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

CONSEIL :

En cas d'hospitalisation, pensez à faire une demande de prise en charge sur votre Espace Assuré : www.april.fr. Les frais pris en charge par votre contrat seront ainsi directement réglés par APRIL Santé Prévoyance à l'hôpital ou à la clinique, ce qui vous évite des avances de frais importantes.

À NOTER :

Ce forfait vous permet notamment d'accompagner votre enfant ou votre conjoint assurés au cours de son hospitalisation.

3.2 FRAIS MÉDICAUX

3.2.1 CONSULTATIONS GÉNÉRALISTES, SPÉCIALISTES (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES ET À DOMICILE)

Sont pris en charge au titre de cette garantie les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin (y compris les consultations de médecins stomatologistes) ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes), ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité Sociale**.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** prévu par la convention nationale médicale.

Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés » sont soumises à des conditions de remboursement spécifiques:

La Convention ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la **Sécurité Sociale**) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables ».

3.2.2 ACTES MÉDICAUX, IMAGERIE MÉDICALE (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES ET À DOMICILE)

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais consécutifs à des actes de prélèvement ;
- les frais d'actes techniques ;
- les frais d'imagerie médicale et de radiologie (y compris en soins externes).

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement partiel par la **Sécurité Sociale**.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** prévu par la convention nationale médicale.

3.2.3 AUXILIAIRES MÉDICAUX, ANALYSES (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES ET À DOMICILE)

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologues, kinésithérapeutes et sages-femmes ;
- les frais d'analyses.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement partiel de la **Sécurité Sociale**.

3.2.4 TRANSPORT

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de transport prescrits par votre médecin et ayant donné lieu à un remboursement partiel de la **Sécurité Sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

3.2.5 LES PRESTATIONS DE PRÉVENTION

La Convention prend en charge, en complément de la **Sécurité Sociale**, les prestations de prévention, prévues à l'article R.871-2 du Code de la **Sécurité Sociale** et définies par arrêté du 8 juin 2006.

3.3 PHARMACIE

3.3.1 PHARMACIE REMBOURSEE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de pharmacie restant à votre charge **après remboursement de la Sécurité Sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

3.3.2 PHARMACIE NON REMBOURSEE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Selon le niveau souscrit, les frais de pharmacie médicalement prescrits mais non remboursés par la **Sécurité Sociale** sont pris en charge au titre de cette garantie.

Cette garantie est exprimée sous la forme d'un montant indiqué au sein de votre tableau des garanties valable par **Année d'adhésion** et par **Assuré**.

CONSEIL :

Respectez le parcours de soins ! Si vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou si vous consultez directement un médecin sans être orienté par votre médecin traitant, vous serez considéré comme étant en dehors du parcours de soins coordonnés. Vos consultations seront donc moins bien remboursées.

À NOTER :

Votre contrat est responsable. En conséquence la franchise médicale ou la participation forfaitaire appliquée par la Sécurité sociale sur le remboursement des frais de transport, des actes paramédicaux (c'est-à-dire effectués par des Auxiliaires médicaux) et des analyses biologiques ne pourra vous être remboursée.

À NOTER :

Certains transports prescrits par votre médecin peuvent ne pas donner lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie. Renseignez-vous auprès de votre centre de Sécurité sociale !

3.4 FRAIS DENTAIRES

3.4.1 SOINS DENTAIRES

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ;
- les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement partiel par la **Sécurité Sociale**. Ils sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

3.4.2 PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSEES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de prothèses dentaires (dont les appareils dentaires) qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de la **Sécurité Sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale** comme indiqué au sein de votre tableau des garanties.

FIDELISATION : Après deux (2) **Années d'Adhésion**, la garantie « prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale » évolue pour chaque Assuré, selon le niveau souscrit, conformément au tableau des garanties.

3.4.3 PLAFOND DENTAIRE

La garantie « Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale » sera limitée à 100 % de la **Base de Remboursement** dès que le montant cumulé des remboursements effectués au titre de cette garantie par Année d'Adhésion et par Assuré dépasse le montant du plafond indiqué dans votre tableau des garanties en fonction de votre niveau de garantie.

3.4.4 ORTHODONTIE REMBOURSEE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'orthodontie qui ont fait l'objet d'un remboursement de la **Sécurité Sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale** comme indiqué au sein de votre tableau des garanties.

3.4.5 AUTRES FRAIS DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Selon le niveau souscrit, sont pris en charge au titre de cette garantie les frais dentaires non remboursés par la **Sécurité Sociale** suivants :

- de prothèses dentaires,
- d'implantologie,
- et de parodontologie.

Cette garantie est exprimée sous la forme d'un montant indiqué au sein de votre tableau des garanties valable par **Année d'adhésion** et par **Assuré**.

FIDELISATION : Après deux (2) **Années d'Adhésion**, la garantie « Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale » évolue pour chaque Assuré, selon le niveau souscrit, conformément au tableau des garanties.

3.5 OPTIQUE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'équipement d'optique médical remboursés par la **Sécurité sociale** comme indiqué au sein de votre tableau des garanties en fonction du niveau souscrit, du niveau de correction de vue de l'Assuré et de la complexité des verres (cf annexe Grille optique).

Si vous bénéficiez d'une prise en charge dans le cadre d'un forfait :

La prise en charge au titre du forfait est limitée à l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) au cours de deux **Années d'adhésion** consécutives.

La prise en charge des frais de monture dans le cadre de cette garantie est limitée à 150 euros.

Par dérogation, la prise en charge est limitée à un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) par **Année d'adhésion** si l'Assuré est mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

FIDELISATION : Après deux (2) **Années d'Adhésion**, la prise en charge de l'équipement optique évolue pour chaque Assuré, selon le niveau souscrit, conformément au tableau des garanties.

Lentilles prescrites acceptées ou refusées par la Sécurité sociale

Sont pris en charge dans la limite des garanties exprimées par **Année d'Adhésion** et par **Assuré** prévue au sein de votre tableau des garanties les frais liés à l'achat de lentilles correctrices (acceptées ou refusées par la **Sécurité Sociale**), y compris les lentilles jetables.

À NOTER :

Le détartrage, le traitement d'une carie, la dévitalisation font partie des soins dentaires dits « conservateurs », et les extractions sont des soins dentaires chirurgicaux.

EXEMPLE :

Si votre contrat prend effet au 1^{er} juin 2018, la garantie « prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale » évolue à compter du 2 juin 2020.

EXEMPLE :

Si votre contrat prend effet au 1^{er} juin 2018, la garantie « Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale » évolue à compter du 2 juin 2020.

EXEMPLE :

Si votre contrat prend effet au 1^{er} juin 2018, la prise en charge de l'équipement optique évolue à compter du 2 juin 2020.

3.6 APPAREILLAGE

3.6.1 PROTHÈSES ORTHOPÉDIQUES, PETIT ET GROS APPAREILLAGE (HORS PROTHÈSE AUDITIVE ET ACCESSOIRE OPTIQUE)

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de prothèses orthopédiques, de petits et gros appareillages (hors prothèse auditive et accessoire optique) ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité Sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

3.6.2 PROTHÈSE AUDITIVE ET ENTRETIEN DE L'APPAREILLAGE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais suivants :

- prothèse auditive,
- frais d'accessoires,
- frais d'entretien.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la **Sécurité sociale**.

ATTENTION :

Selon le niveau souscrit, cette garantie est exprimée en forfait valable pour trois (3) **Années d'Adhésion** et par Assuré.

Si le montant cumulé des remboursements effectués au titre de cette garantie au cours des trois (3) **Années d'adhésion** consécutives et pour un Assuré dépasse le montant du forfait indiqué par votre niveau de garantie, la garantie sera limitée à une prise en charge à hauteur de 100% de la **Base de Remboursement**.

3.7 CONFORT ET PRÉVENTION

3.7.1 CURE THERMALE REMBOURSEE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cette garantie prend en charge les frais de soins de cure thermale remboursés par la **Sécurité Sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

Selon le niveau souscrit, vous disposez d'un forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale (frais d'hébergement et de transport). Ce forfait est exprimé par **Année d'Adhésion** et par Assuré.

3.7.2 MÉDECINE NATURELLE

Selon le niveau souscrit, vous bénéficiez d'un forfait, exprimé dans votre tableau des garanties, prenant en charge des frais non pris en charge par la **Sécurité Sociale** et consécutifs à des actes ou consultation de médecine naturelle: ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, étioopathe, diététicien, naturopathe, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute et hypnothérapeute.

Ce forfait est exprimé par **Année d'Adhésion** et par Assuré.

3.8 AUTRES PRESTATIONS : SOINS À L'ÉTRANGER

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'**Hospitalisation** lors d'un séjour temporaire dans le monde entier **dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité Sociale** française.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**, et exclut tout autre remboursement de la part d'APRIL.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

3.9 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

Ce service Vous permet de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la **Sécurité Sociale** auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la **Base de Remboursement** ou au montant des plafonds et forfait prévus au tableau des garanties.

Pour bénéficier de ce service, Vous devrez présenter au professionnel de santé votre carte Tiers Payant Santé.

4. CE QUE LA CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

Sont exclus des garanties de la Convention d'assurance APRIL Santé Senior :

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires ;
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours ;
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale », la thalassothérapie ;
- la participation forfaitaire légale (hors participation forfaitaire que le Régime obligatoire peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal

ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité Sociale) et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;

- la diminution du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné ;
- les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.

5. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE VOS GARANTIES ?

5.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

Si Vous bénéficiez de la télétransmission des informations entre la **Sécurité Sociale** et APRIL, vos remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez adresser à APRIL, service prestations, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03 :

- Les décomptes délivrés par la **Sécurité Sociale** ;
- **Y compris lorsque la Sécurité Sociale n'intervient pas** : les notes ou factures acquittées détaillant le nom et prénom de l'Assuré concerné et les actes ou prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein de votre tableau des garanties ;
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.

Pour vos frais Optique, si Vous n'utilisez pas le service Tiers payant Optique, Vous devrez nous adresser les factures acquittées et ordonnances relatives aux frais dont le remboursement est demandé.

En cas de renouvellement de l'équipement d'optique médical (verres et monture) par un **Assuré** adulte (18 ans et plus) avant la fin de la deuxième **Année d'adhésion** qui suit l'acquisition de l'équipement précédent, l'Assuré devra nous communiquer la prescription médicale et tout justificatif permettant d'attester que ce renouvellement anticipé est consécutif à une évolution de la vue. A défaut, les frais liés à l'acquisition de l'équipement d'optique médical ne seront pas pris en charge au titre de la garantie optique.

APRIL pourra demander toutes autres pièces en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de sa demande de prestations.

5.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un accident causé par un tiers, APRIL pourra agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui Vous ont été versées. Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 8 « Gestion administrative de votre adhésion ».

5.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

APRIL pourra demander à l'**Assuré** ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document utiles pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'**Assuré** pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL. De même, APRIL pourra faire procéder à des contrôles et/ou enquêtes nécessaires.

APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'**Accident** ou de la **Maladie** par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin désigné par APRIL doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Ledit médecin expert missionné par APRIL sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et Vous aurez la possibilité de Vous faire accompagner lors de cet examen par un médecin de votre choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires de votre médecin resteront à votre charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du tribunal compétent. Dans la première éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception : s'il y a lieu, la désignation du troisième médecin est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire

À NOTER :

La télétransmission permet à APRIL Santé Prévoyance de recevoir de votre Sécurité sociale les informations nécessaires à votre remboursement. Vous n'avez donc rien à faire ! Vous serez remboursé sous 24 heures.

À NOTER :

Vous pouvez être en désaccord avec les conclusions de l'expert et demander l'organisation d'une expertise contradictoire en présence du médecin de votre choix.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

ou définitif, (à moins que trois mois ne soient écoulés depuis sa nomination), sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES VOUS GARANTI ?

ATTENTION :

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par APRIL dans les informations qui lui seront fournies expose l'assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

6.1 MODALITÉS D'ADHÉSION

Si Vous adhérez à la Convention en signant la demande d'adhésion papier, par votre signature, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre contrat dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si Vous avez choisi d'adhérer à la Convention par voie électronique sur le site internet d'APRIL, les documents d'information précontractuelle sont portés à votre connaissance avant la signature électronique de votre demande d'adhésion.

En signant électroniquement votre demande d'adhésion, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Aussitôt après la conclusion de Votre adhésion, Vous recevrez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que Vous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par APRIL. Ce courriel contiendra les documents contractuels sur support durable ainsi qu'un lien Vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de ces documents sur votre Espace Assuré.

Les documents signés sont archivés par APRIL chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat.

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL. Votre adhésion sera conclue à la date d'émission du **Certificat d'adhésion** qui Vous sera envoyé sur support durable par courriel ou si Vous en faites la demande sur support papier.

CONSEIL :

Conservez précieusement votre Certificat d'adhésion, il est la justification de votre contrat.

6.2 PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Vos garanties prennent effet à la date que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion et au plus tôt :

- au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL, en cas d'adhésion par papier ;
- au lendemain de la date de signature électronique de votre demande d'adhésion, en cas d'adhésion par voie électronique sur le site internet d'APRIL.

La date d'effet des garanties est indiquée sur votre **Certificat d'adhésion**.

Ajout d'un Assuré :

En cas d'ajout d'un Assuré, ses garanties prennent effet à la date que Vous avez indiquée sur votre demande d'ajout et au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'ajout par APRIL.

L'acceptation d'un nouvel Assuré par APRIL est concrétisée par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion précisant la date de prise d'effet des garanties du nouvel Assuré.

Faculté de renonciation :

Vous bénéficiez d'un délai de renonciation dans les cas suivants :

Si Vous avez adhéré à la Convention suite à un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent :
"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation"

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires. Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :

Article L112-2-1 du Code des assurances :

« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

À NOTER :

Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre contrat si ce dernier a été signé suite à une visite ou une sollicitation d'un assureur-conseil à votre domicile ou sur votre lieu de travail (même si cette visite s'est faite à votre demande). Le délai de renonciation commence à courir à partir de la date d'émission du certificat d'adhésion.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, (date d'émission du **Certificat d'adhésion**)
b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a »

Dans ces deux cas, pour exercer votre droit à renonciation :

Vous devez adresser une lettre de renonciation à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance Service Adhésion santé – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention **APRIL Santé Senior** que j'avais souscrite le par l'intermédiaire du cabinet....
Fait à le signature

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulee.

Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre adhésion à la Convention, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

6.3 DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion à la Convention d'assurance APRIL Santé Senior se renouvelle par tacite reconduction pour une année, à son échéance soit au 31 décembre de chaque année.

Votre adhésion à la Convention est viagère, c'est-à-dire que l'**Organisme assureur** ne pourra résilier votre adhésion sauf dans les cas mentionnés au paragraphe « Cessation de votre adhésion ».

6.4 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION

Les garanties et le droit aux prestations cessent pour l'ensemble des Assurés dès la résiliation de votre adhésion dans les cas suivants :

A votre initiative :

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion à la Convention à chacune de ses échéances par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL Santé Prévoyance – 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, au plus tard 2 mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard.

Vous pouvez également adresser Votre courrier par **Lettre Recommandée Electronique** adressée à l'adresse suivante : relationclient@april.com.

En cas de modification des conditions de votre contrat à l'initiative de l'Organisme assureur, Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications par l'envoi d'un courrier à APRIL à l'adresse susvisée.

A l'initiative d'APRIL :

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation » ;
- en cas de dénonciation de la Convention par l'Association des Assurés APRIL ou l'Organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Vous en serez informé par l'Association et l'Organisme assureur Vous maintiendra le bénéfice de vos garanties ;
- **En cas de fausse déclaration, conformément au paragraphe 9 « Sanctions en cas de fausse déclaration ».**

De même, chaque Assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus d'un **Régime obligatoire** d'assurance maladie français.

7. VOTRE COTISATION

7.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge de chaque Assuré à la date de prise d'effet des garanties (l'âge est calculé par différence de millésimes entrée l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance) ;
- du niveau de garanties souscrit ;
- de la souscription de « 2€ Malins » le cas échéant ;
- de la composition de la famille assurée ;
- du **Régime Obligatoire** de chaque Assuré ;
- du département de **Résidence** de l'Adhérent.

Les taxes actuelles à la charge de l'Adhérent sont comprises dans la cotisation.

En cas de modification du niveau de garantie ou de la composition de la famille assurée ou de changement de **Régime Obligatoire** d'un Assuré, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge des Assurés à la date de prise d'effet de ladite modification.

À NOTER :

Vous n'avez pas à intervenir, votre contrat se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année.

À NOTER :

Si vous souhaitez résilier votre contrat, pensez à nous adresser en recommandé votre courrier de résiliation avant le 31 octobre.

7.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de trois pour cent (3%) au premier (1^{er}) janvier de chaque année.

Peut également s'ajouter un taux lié à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'**Année d'Adhésion**, de l'âge de chaque Assuré, de la zone géographique de la **Résidence**, de la composition de la famille assurée, du **Régime Obligatoire** et des garanties souscrites.

A noter : En cas d'adhésion à la Convention APRIL Santé Senior entre l'âge de cinquante-huit (58) et soixante-cinq (65) ans, les taux d'évolution de la cotisation précités ci-dessus ne seront pas appliqués pendant les trois (3) premières années civiles à compter de la prise d'effet de vos garanties.

En tout état de cause, tout changement du taux des taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables à la Convention, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable à la Convention, entraînera une modification du montant de la cotisation.

Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours suivant la réception de votre avis d'échéance pour résilier votre Adhésion en raison de cette augmentation, dans les conditions définies au paragraphe 6.4 des présentes.

Les augmentations de cotisations ont lieu :

- chaque année au 1^{er} janvier ;
- ou éventuellement en cours d'année **en cas de modification de la réglementation applicable** ou si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la **Sécurité Sociale**.

7.3 LES MODES DE PAIEMENT

La cotisation est payable d'avance annuellement, par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement que Vous avez choisi :

- semestriel ;
- trimestriel (par prélèvement automatique seulement) ;
- mensuel (par prélèvement automatique seulement).

7.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, votre adhésion sera résiliée.

En tout état de cause, en cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible immédiatement pour l'année entière conformément au Code des assurances.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

INÉDIT APRIL SANTE SENIOR :

Si vos garanties prennent effet au 1^{er} juin 2018, vous pouvez bénéficier d'un maintien du montant de la cotisation jusqu'au 31 décembre 2020 et ce, pour l'ensemble des assurés au contrat.

À NOTER :

En cas de radiation pour non paiement nous ne serons plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.

8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION

La gestion de votre adhésion est confiée à APRIL. L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent donc être transmis directement à APRIL.

Votre adhésion est établie d'après les déclarations que Vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Au cours de votre adhésion, Vous devez déclarer à APRIL, dès que Vous en avez connaissance, et au plus tard dans les trois (3) mois, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.

Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de votre adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

Comment s'adresser à APRIL ? :

L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent être transmis à APRIL par l'intermédiaire de Votre Espace assuré ou par courrier à l'une des adresses suivantes :

- Pour toutes demandes relatives au règlement des prestations : APRIL Santé Prévoyance, Service Prestations, TSA 60002, 69439 Lyon Cedex 03 ;
- Pour toute autre demande relative à Votre contrat : APRIL Santé Prévoyance, Service Adhésion Santé, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Votre Espace Assuré :

L'ensemble des informations devant être portées à la connaissance d'APRIL, les demandes de modifications et de remboursement peuvent être formulées sur Votre Espace Assuré. Il s'agit d'un espace sécurisé dont l'accès est protégé par un identifiant et un mot de passe personnels, disponible sur <https://>

CONSEIL :

Pour que votre contrat soit toujours adapté à votre situation, pensez à nous informer de tout changement.

De même en cas de naissance d'un enfant, si vous l'assurez au titre de ce contrat dans les deux mois suivant sa naissance, il bénéficiera des garanties à partir de sa naissance.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

monespace.april.fr. L'identifiant et les modalités de connexion Vous sont adressés par APRIL lors de l'adhésion.

Les rubriques dédiées de Votre Espace Assuré Vous permettent de consulter Vos documents contractuels, les échanges avec Nos services de gestion et d'avoir accès à l'ensemble de Vos données personnelles et remboursements ou demandes de remboursement.

Des formulaires sont disponibles en ligne afin de Vous permettre d'effectuer chacune des demandes de modifications concernant Votre contrat, notamment les changements de garanties, les modifications de bénéficiaires, les modifications d'IBAN (concernant le prélèvement des cotisations ou le versement de Vos prestations).

Comment APRIL s'adresse à Vous dans le cadre de la gestion de votre adhésion ? :

Les informations relatives à l'exécution de votre adhésion pourront Vous être transmises par APRIL à l'adresse email que Vous avez communiquée. Vous pouvez à tout moment demander, par écrit, à APRIL de cesser ce mode de communication.

De plus, l'ensemble des documents liés à votre adhésion seront consultables sur Votre Espace Assuré.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez avertir APRIL dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers ou courriels transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

« 2€ Malins » : modalités d'application des frais de gestion des prestations

Si Vous avez souscrit « 2€ Malins », dans le cadre du versement des prestations, APRIL appliquera des frais de gestion pour chaque acte de soins remboursé à un Assuré au titre des garanties du contrat à hauteur de 2€ par acte de soins remboursé.

Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour par un même Assuré, les frais de gestion ne seront appliqués qu'une seule fois au titre du premier acte de soin remboursé.

Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement par APRIL inférieur à 2 €, les frais appliqués seront limités au montant du remboursement.

Le montant des frais de gestion appliqués est indiqué sur chaque relevé de prestation. Il est dû par l'Adhérent et réglé à APRIL par voie de compensation sur le montant des prestations à payer. Ces frais de gestion pourront évoluer au 1^{er} janvier de chaque année. Ils seront alors mentionnés sur l'avis d'échéance annuel.

En cas de Tiers Payant, les remboursements sont directement adressés au professionnel de santé concerné. Les frais de gestion correspondants seront donc déduits du remboursement suivant.

La résiliation de « 2€ Malins » Vous fait perdre le bénéfice de la réduction tarifaire octroyée dans le cadre de cette option.

Les modalités de souscription et de résiliation de « 2€ Malins » :

« 2€ Malins » peut être souscrit au moment de l'adhésion à la Convention **APRIL Santé Senior** ou en cours d'adhésion. Dans cette seconde hypothèse, « 2€ Malins » prendra effet au premier (1^{er}) janvier de l'année qui suit.

Vous avez la possibilité de résilier « 2€ Malins » à chaque échéance annuelle, en adressant un courrier par lettre recommandée à APRIL – 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, sous réserve que « 2€ Malins » ait pris effet depuis plus de 6 mois.

Vous pouvez également adresser Votre courrier par **Lettre Recommandée Electronique** adressée à l'adresse suivante : relationclient@april.com.

Une fois résilié, « 2€ Malins » ne pourra plus être souscrit.

Pour souscrire à « 2€ Malins », Vous devez résider en France continentale ou Corse.

9. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

ATTENTION :

Conformément aux articles L113-8 et L113-9 du code des assurances, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, établie par APRIL est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le sinistre, par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat.

Article L113-8 du Code des assurances :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L 113-9 du Code des assurances :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une

À NOTER :

2€ malins vous permet de bénéficier d'un tarif avantageux grâce à votre participation au financement des frais de gestion.

Ces frais apparaissent sur vos relevés de prestations sous le nom «Frais gestion Assuré».

En cas de Tiers Payant, ces frais apparaissent sur vos relevés de remboursement sous le nom de «Frais de gestion Tiers».

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

10. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de DEUX (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

- **Article L114-1** « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».
- **Article L114-2** « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité».
- **Article L114-3** « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246 du Code civil).

11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » accessible sur votre Espace Assuré.

Si la réponse ne vous satisfait pas, Vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamation (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03).

Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous 48 heures (en jours ouvrés) ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à vous communiquer, sous 48 heures, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder 30 jours.

Médiation :

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, Vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au médiateur dont les coordonnées Vous seront communiquées par le Service Réclamations, sur simple demande écrite. Le médiateur peut être saisi dans un délai d'un (1) an conformément à l'article L612-2 du Code de la consommation.

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance par Internet, Vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : [http : //ec.europa.eu/consumers/odr/](http://ec.europa.eu/consumers/odr/).

À NOTER :

Si vous laissez passer ces délais, toute action deviendra impossible.

À NOTER :

Vous pouvez retrouver les coordonnées complètes de votre Assureur conseil sur votre Certificat d'adhésion ou sur l'Espace Assuré en vous connectant sur : www.april.fr

12. PROTECTION DE VOS DONNÉES

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'Organisme assureur et à APRIL en tant que responsables des traitements. Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 soit par mail à dpo.asp@april.com ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Organisme assureur et APRIL de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

LEXIQUE

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et violente d'une cause extérieure, dont l'Assuré est victime pendant la période de validité de ses garanties.

Année d'Adhésion

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au **Certificat d'adhésion** pour chaque Assuré.

Base de Remboursement

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la **Sécurité Sociale** résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base).

Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes **TA, TC, TFR** ou **TR**.

Certificat d'adhésion

Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion à la Convention et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et le niveau choisi.

Conjoint

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le (a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Le DPTAM est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les

EXEMPLE :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 01/09/2018.

L'Année d'Adhésion correspond à la période du 01/09/2018 au 31/08/2019.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

Le CAS, l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO visant de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale.

Par ailleurs, les contrats d'assurance santé complémentaires qui prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires doivent prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTAM par rapport aux médecins non adhérents, y compris les médecins non-conventionnés.

Pour connaître les médecins adhérent à un DPTAM, Vous pouvez consulter le site ameli-direct.fr.

Enfant(s)

Les **Enfants** à charge de l'Adhérent ou de son **Conjoint**, jusqu'au 31 décembre de leur 21^{ème} anniversaire, bénéficiant des prestations en nature d'un **Régime Obligatoire**.

La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

Hospitalisation

Séjour dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilités à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Est également considérée comme une **Hospitalisation** tout séjour d'au moins 24 heures ; ainsi que les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les hospitalisations à domicile (H.A.D.) prise en charge par la **Sécurité Sociale**.

Lettre Recommandée Electronique

Pour être conforme et recevable, une Lettre Recommandée Electronique doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier le tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire et d'établir si le document a été déposé et remis au destinataire, conformément aux dispositions de l'article L100 du Code des Postes et des Communications Electroniques.

Maladie

Altération de la santé constatée par une autorité médicale pendant la période de garantie.

Régime Obligatoire

Le Régime français de **Sécurité Sociale** auquel est affilié l'Assuré.

Résidence

Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille et où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels.

Secteur conventionné

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la **Sécurité sociale** et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la Base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'assuré social.

Secteur non conventionné

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la **Sécurité sociale** et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité Sociale

Terme générique utilisé dans la présente Notice pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

Sinistre

Evènement de nature à ouvrir droit aux garanties de la Convention.

TA (Tarif d'Autorité)

Base de Remboursement de la **Sécurité Sociale** établie entre la **Sécurité Sociale** française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (Tarif de Convention)

Base de Remboursement établie entre la **Sécurité Sociale** française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité)

Base de Remboursement calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

TM (Ticket Modérateur)

Différence entre la **Base de Remboursement** et la part effectivement prise en charge par la **Sécurité Sociale**.

TR (Tarif de Responsabilité)

Cela vise :

- le Tarif de Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

TM (Ticket Modérateur)

Différence entre la **Base de Remboursement** et la part effectivement prise en charge par la **Sécurité Sociale**.

TR (Tarif de Responsabilité)

Cela vise :

- le Tarif de Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

ANNEXE AUX GARANTIES APRIL SANTÉ SENIOR

TABLEAU DE GARANTIES

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion ⁽¹⁾ (hors prothèse auditive et hors garantie optique équipement complet). Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les actes de prévention définis pas l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*							
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ							
Frais de séjour		FR	FR	FR	FR	FR	FR
Forfait journalier		FR	FR	FR	FR	FR	FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100% BR	125% BR	150% BR	250% BR	300% BR	400% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾	100% BR	105% BR	130% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière (par jour)		-	35 €	45 €	55 €	80 €	100 €
Frais d'accompagnant (par jour)		-	10 €	15 €	25 €	30 €	40 €
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS							
Frais de séjour							
Forfait journalier		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires et frais médicaux							
Chambre particulière (par jour)		-	35 €	45 €	55 €	80 €	90 €
Dans la limite de 30 jours							
SÉJOURS EN PSYCHIATRIE							
Frais de séjour							
Forfait journalier							
Honoraires et frais médicaux							
100%							
FRAIS MÉDICAUX							
Consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾	100% BR	105% BR	105% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Actes médicaux, imagerie médicale (y compris soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾	100% BR	105% BR	105% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux, analyses (y compris soins externes et à domicile)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Transport		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
PHARMACIE							
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale		-	25 €	25 €	50 €	50 €	100 €

* En cas d'Hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

(1) Année d'adhésion : période d'un an qui sépare 2 dates d'anniversaire de la prise d'effet des garanties.

(2) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
DENTAIRE						
Soins dentaires	100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale dont les appareils dentaires : 1^{ère} et 2^{ème} année d'adhésion	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Bonus : Fidélisation dentaire, après 2 années d'adhésion, la garantie est de		175%	200%	250%	350%	400%
<i>Plafond prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale</i>	-	-	-	1 500 € au-delà : 100%	2 000 € au-delà : 100%	2 500 € au-delà : 100%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie	-	50 €	100 €	150 €	250 €	300 €
Bonus : Fidélisation dentaire, après 2 années d'adhésion, la garantie est de	-	100 €	150 €	200 €	350 €	400 €
OPTIQUE						
<i>S'agissant des lunettes et dans le cadre de votre forfait, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux années d'adhésion, et par période d'une année d'adhésion pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La prise en charge des montures est limitée à 150 €.</i>						
Équipement complet : 1 monture + 2 verres simples (catégorie A)⁽³⁾		100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Bonus : Fidélisation optique, après 2 années d'adhésion, la garantie est de		150 €	250 €	300 €	370 €	420 €
Équipement complet : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie B)⁽³⁾ ou 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie C)⁽³⁾	100% BR	200 €	200 €	250 €	350 €	450 €
Bonus : Fidélisation optique, après 2 années d'adhésion, la garantie est de		-	300 €	350 €	500 €	600 €
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR +50 €	100% BR +100 €	100% BR +150 €	100% BR +175 €	100% BR +200 €
APPAREILLAGE						
Prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses auditives + entretien de l'appareillage (le forfait se renouvelle tous les 3 ans et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien)	100% BR	100% BR + 300 €	100% BR + 450 €	100% BR + 600 €	100% BR + 750 €	100% BR + 1 050 €
CONFORT ET PRÉVENTION						
Soins cure thermale remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale par année d'adhésion et par assuré	-	-	50 €	100 €	200 €	250 €
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute	-	30 €	50 €	100 €	100 €	150 €
AUTRES PRESTATIONS						
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

(3) Se référer au tableau d'explication figurant ci-dessous et sur les conditions générales pour connaître le détail des Catégories A, B et C.

GRILLE OPTIQUE

VERRES	PLAFONDS APPLICABLES LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES D'ADHÉSION SELON NIVEAU DE GARANTIE (CF : TABLEAU DE GARANTIE COMPLET)	PLAFONDS APPLICABLES À PARTIR DU 1ER JOUR DE LA 3 ^E ANNÉE D'ADHÉSION SELON NIVEAU DE GARANTIE (CF : TABLEAU DE GARANTIE COMPLET)
CATÉGORIE A ● Deux verres simples foyer dont la sphère est [-6,00 et +6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 100 € Niveau 3 : 150 € Niveau 4 : 200 € Niveau 5 : 250 € Niveau 6 : 300 €	Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 150 € Niveau 3 : 250 € Niveau 4 : 300 € Niveau 5 : 370 € Niveau 6 : 420 €
CATÉGORIE B > Verre 1 : ● Un verre simple foyer dont la sphère est [-6,00 et +6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 > Verre 2 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est]-6,00 à +6,00[● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ● Un verre multifocal ou progressif ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]-8,00 à +8,00[● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]-4,00 à + 4,00[Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 200 € Niveau 3 : 200 € Niveau 4 : 250 € Niveau 5 : 350 € Niveau 6 : 450 €	Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 200 € Niveau 3 : 300 € Niveau 4 : 350 € Niveau 5 : 500 € Niveau 6 : 600 €
CATÉGORIE C > 2 verres (au choix) : ● Deux verres simples foyer dont la sphère est]-6,00 à +6,00[● Deux verres simples foyer dont le cylindre est > à +4,00 ● Deux verres multifocaux ou progressifs ● Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est]-8,00 à + 8,00[● Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est]-4,00 à +4,00 OU > Verre 1 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est]-6,00 à +6,00[● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à +4,00 ● Un verre multifocal ou progressif > Verre 2 (au choix) : ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]-8,00 à +8,00[● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]-4,00 à + 4,00[Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 200 € Niveau 3 : 200 € Niveau 4 : 250 € Niveau 5 : 350 € Niveau 6 : 450 €	Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 200 € Niveau 3 : 300 € Niveau 4 : 350 € Niveau 5 : 500 € Niveau 6 : 600 €

ADDITIF A LA NOTICE VALANT CONDITIONS GENERALES

MODIFICATION DES GARANTIES

- CONTRAT RESPONSABLE
- LISIBILITE DES GARANTIES

Juillet 2019

Les garanties de la présente Convention seront adaptées à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les dispositions relatives à l'optique et au dentaire et, à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives, afin de prendre en compte la modification du cahier des charges des contrats dits « responsables » et « solidaires » (décret n°2019-21 du 11 janvier 2019).

Les garanties de la Convention couvriront ainsi les dispositifs d'optique médicale, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires du panier de soins « 100% santé ».

Les montants minimums et maximums de prise en charge ainsi que les durées de renouvellement des équipements d'optique médicale (équipement complet composé de deux verres et d'une monture) et des aides auditives seront modifiés conformément au cahier des charges des contrats dits « responsable » et « solidaires ».

Les libellés des principaux postes de garanties seront également modifiés afin de tenir compte des engagements pris le 14 février 2019 par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et ses Fédérations sur la lisibilité des garanties.

Ces modifications sont intégrées dans le tableau de garanties figurant ci-après, les remboursements de frais s'effectueront conformément à ce dernier, selon le niveau souscrit.

Il n'est pas autrement dérogé aux dispositions contractuelles de la Notice à laquelle le présent additif est annexé.

TABLEAU DE GARANTIES

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*							
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ							
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	250% BR	300% BR	400% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	105% BR	130% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour		Frais Réel					
Forfait journalier hospitalier		Frais Réel					
Chambre particulière (par jour)		-	35 €	45 €	55 €	80 €	100 €
Frais d'accompagnant (par jour)		-	10 €	15 €	25 €	30 €	40 €
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS							
Frais de séjour		100% BR					
Forfait journalier hospitalier		100% BR					
Honoraires et frais médicaux		100% BR					
Chambre particulière (par jour)		-	35 €	45 €	55 €	80 €	90 €
		Dans la limite de 30 jours					
SÉJOURS EN PSYCHIATRIE							
Frais de séjour		100% BR					
Forfait journalier hospitalier		100% BR					
Honoraires et frais médicaux		100% BR					
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes techniques, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	105% BR	105% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux (y compris soins externes et à domicile)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Analyses et examens de laboratoire (y compris soins externes et à domicile)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Transport		100% BR					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% BR					
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		-	25 €	25 €	50 €	50 €	100 €
DENTAIRE							
Soins remboursés par la Sécurité sociale		100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Soins et prothèses «100% Santé» remboursés par la Sécurité sociale⁽²⁾		Frais réels					
Prothèses «Offre Modérée» et «Offre Libre» remboursées par la Sécurité sociale⁽²⁾		100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Bonus : Fidélisation dentaire : après 2 années d'adhésion, la garantie est de			175%	200%	250%	350%	400%
Plafond orthodontie et prothèses «Offre Modérée» et «Offre Libre» remboursées par la Sécurité sociale⁽²⁾ (par année d'adhésion)		-	-	-	1 500 € au-delà : 100%	2 000 € au-delà : 100%	2 500 € au-delà : 100%
Hors soins et prothèses «100 % Santé» remboursés par la Sécurité sociale⁽²⁾		-	-	-			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR					
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie (par année d'adhésion)		-	50 €	100 €	150 €	250 €	300 €
Bonus : Fidélisation dentaire : après 2 années d'adhésion, la garantie est de (par année d'adhésion)		-	100 €	150 €	200 €	350 €	400 €

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTMA-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
OPTIQUE						
<i>S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.</i>						
Équipement «100% Santé» Classe A ⁽³⁾ : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	Frais réels					
Équipement «Offre libre» Classe B ⁽³⁾ : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) ⁽⁴⁾	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	
+ Bonus : Fidélisation optique : après 2 années, la garantie est de	150 €	250 €	300 €	370 €	420 €	
Équipement «Offre libre» Classe B ⁽³⁾ : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ou 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) ⁽⁴⁾	100% BR	200 €	200 €	250 €	350 €	450 €
+ Bonus : Fidélisation optique : après 2 années, la garantie est de	-	300 €	350 €	500 €	équipements catégorie 2 : 550 € catégorie 3 : 600 €	
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100% BR	50% Frais réels				
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ⁽³⁾	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels. Les éléments de Classe A seront pris en charge à hauteur des frais réels.					
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	100% BR	100% BR + 50 €	100% BR + 100 €	100% BR + 150 €	100% BR + 175 €	100% BR + 200 €
AIDES AUDITIVES						
AIDES AUDITIVES JUSQU'AU 31/12/2020						
Aides auditives et entretien de l'appareillage (Le forfait se renouvelle tous les 3 ans et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien)	100% BR	100% BR + 300 €	100% + 450 €	100% BR + 600 €	100% BR + 750 €	100% BR + 1 050 €
AIDES AUDITIVES À COMPTER DU 01/01/2021 (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)						
Équipements «100% Santé» Classe I⁽⁵⁾						
Frais réels						
Équipements «Offre libre» Classe II, par oreille, dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	100% BR	100% BR + 150 €	100% BR + 225 €	100% BR + 300 €	100% BR + 375 €	100% BR + 525 €
Accessoires	100% BR					
CONFORT ET PRÉVENTION						
Soins cure thermale remboursés par la Sécurité sociale	100% BR					
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	-	-	50 €	100 €	200 €	250 €
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnotérapeute (par année d'adhésion)	-	30 €	50 €	100 €	100 €	150 €
AUTRES PRESTATIONS						
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100% BR					

(3) Tels que définis réglementairement. Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre lie) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(4) Se référer au tableau d'explication figurant ci-dessous et sur les conditions générales pour connaître le détail des Catégories 1, 2 et 3.

(5) Tels que définis réglementairement. Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre lie) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement.

GRILLE OPTIQUE

Catégorie 1

- › 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]
- › 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ + 4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ + 6,00

Catégorie 2

- › 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- › 1 Verre de la catégorie 3

Catégorie 3

- › 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00

*Somme S = (sphère + cylindre)

- › 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 6,00 et 0 s] et dont le cylindre est > à + 4,00
 - dont la sphère est < à -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00
- › 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est [-8,00 et + 8,00]
 - dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00]
- › 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00
 - dont la sphère est < à - 8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

OU

- › 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- › 1 Verre de la catégorie 3

EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL

LES STATUTS COMPLETS ET LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR SONT CONSULTABLES SUR INTERNET À L'ADRESSE SUIVANTE : WWW.ASSOCIATION-ASSURES-APRIL.FR

MIS À JOUR AU 17 AVRIL 2018

ARTICLE 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses Membres Adhérents, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires ou à partir du 1^{er} euro, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des régimes obligatoires notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses Membres Adhérents aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses Membres Adhérents en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne de ses Membres Adhérents dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

ARTICLE 5. COMPOSITION

L'Association se compose de Membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non-salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

Pour faire partie de l'Association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de Membre Adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation, le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Sont également Membres Adhérents, mais sans voix délibérative, sur décision du Conseil d'Administration :

- les personnes physiques ou morales rendant ou ayant rendu des services signalés à l'Association, dites membres d'honneur ou honoraires ;
- les personnes physiques ou morales ayant effectué un don ou legs à l'Association, dites membres bienfaiteurs.

ARTICLE 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE ADHÉRENT

La qualité de membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;

- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de Membre Adhérent reste acquise à l'Association.

ARTICLE 8. OPPOSABILITÉS AUX MEMBRES ADHÉRENTS

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Membres Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

ARTICLE 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations de ses Membres Adhérents ;
- du revenu de ses biens ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- des subventions ou versements autorisés par la loi ;
- de toutes autres ressources non interdites par la loi.

ARTICLE 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Membres Adhérents.

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Actions Solidaires est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Solidaires menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

ARTICLE 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES**> 1. Assemblées Générales****1.1. Assemblée Générale Ordinaire**

Au moins une fois par an, les Membres Adhérents sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire dans les conditions prévues ci-dessous.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

- le rapport sur la gestion établi par le Conseil d'Administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'Association. Ce rapport est tenu à la disposition des Membres Adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes ;
- le rapport moral ;
- le rapport financier.

L'Assemblée Générale Ordinaire, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile) et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration dans les conditions prévues à l'Article 12 des présents statuts.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

1.2. Assemblée Générale Extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts, les opérations de fusion ou de dissolution.

› 2. Convocation

2.1. Convocation aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Les Membres Adhérents de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, en règle de leur cotisation associative, sont réunis au moins une fois par an, en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires se composent de tous les Membres Adhérents de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Membres Adhérents.

Les Assemblées Générales se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires, sur la demande d'au moins 10% des Membres Adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée Générale Extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée Générale Extraordinaire doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent Membres Adhérents, dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président de l'Association quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée Générale.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

› 3. Droit de vote

3.1. Droit de vote aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Tout Membre Adhérent dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale Ordinaire et Extraordinaire.

Les Membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Membre Adhérent personne physique, a la faculté de donner mandat à un autre Membre Adhérent ou à son conjoint. Un même Membre Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - Ordinaire et Extraordinaire - se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président ou à son délégataire au sein du Conseil d'Administration et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

3.1.1 Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée. Toutefois, si le quart au moins des Membres Adhérents présents le demande, les votes sont émis au scrutin secret.

Pour l'élection des membres du Conseil d'Administration, le vote secret est obligatoire.

3.1.2 Assemblée Générale Extraordinaire

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée, sauf toutefois si le quart au moins des Membres Adhérents présents demande les votes sont émis au scrutin secret.

› 4. Tenue des Assemblées

La Présidence des Assemblées appartient au Président de l'Association qui peut déléguer ses fonctions au Vice-Président et à défaut à un autre Administrateur.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées obligent par leurs décisions tous les Membres Adhérents concernés y compris les absents.

4.1. Tenue des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Les Assemblées Générales Ordinaire et Extraordinaire ne peuvent valablement délibérer que si au moins mille Membre Adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des Membres Adhérents présents ou représentés.

A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Sur décision du Président, les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires pourront être tenues à distance et donner lieu à un vote électronique.

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

- › Votre demande d'adhésion est prise en charge le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
- › Dans les jours qui suivent la validation de votre contrat, vous recevez votre dossier d'assuré.

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?
Contactez-nous au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé).
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h.

FRAIS DE GESTION

Les opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance engendrent des frais imputés selon le barème suivant :

- › Avenant au contrat : 10 €.
- › Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- › Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- › Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.
- › Relevés des prestations :
 - Si vous avez opté pour un virement automatique et un relevé mensuel : gratuit.
 - Si vous avez opté pour un remboursement par chèque : 0,76 € /relevé.

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace assurés APRIL rubrique Mes infos pratiques / Mes guides pratiques.

Si vous avez souscrit 2€ malins des frais de gestion d'un montant maximum de 2€/date de soins/assuré seront retenus par APRIL Santé Prévoyance lors de vos remboursements*.

* Voir conditions complètes dans la Notice valant Conditions Générales.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419.
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr).
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance.



L'assurance en plus facile.