



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Notice (valant conditions générales)

APRIL Moove Santé



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Sommaire

Préambule	p.3
1. Qui peut adhérer et être assuré	p.4
2. Que garantit le contrat ?	p.5
2.1 Dispositions générales	p.5
2.2 Contenu des garanties	p.5
2.3 Le service Tiers Payant Santé	p.11
3. Ce que le contrat ne prend pas en charge	p.11
4. Que faut-il faire pour obtenir ses remboursements ?	p.12
4.1 Les documents à communiquer	p.12
4.2 Les modalités de remboursement	p.12
4.3 Le contrôle médical et administratif	p.13
4.4 Reprise des inlus.....	p.13
5. À partir de quand et pour combien de temps êtes-Vous garanti ?	p.13
5.1 Modalités d'adhésion	p.13
5.2 Prise d'effet et durée de l'adhésion	p.14
5.3 Cessation de l'adhésion	p.15
6. La cotisation	p.16
6.1 Comment est déterminée la cotisation ?	p.16
6.2 Comment évolue la cotisation ?	p.16
6.3 Les modes de paiement	p.16
6.4 Que se passe-t-il si en cas de non-paiement de la cotisation ?	p.16
7. La gestion administrative de l'adhésion au contrat	p.17
8. Sanctions en cas de fausse déclaration	p.17
9. Prescription	p.18
10. Examen des réclamations et demande de médiation	p.18
11. Protection des données	p.19
Lexique	p.20
Tableau des garanties	p.22
Extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL	p.25
Conditions générales – Garantie Assistance AUXIA	p.27

Préambule

**AVEC APRIL
JE COMPRENDS**

La présente Notice d'information valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat d'assurance « APRIL Moove Santé » (convention d'assurance de groupe n°0032687) souscrite par l'**Association des Assurés APRIL** auprès de **QUATREM**.

QUATREM est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé, 21 rue Laffitte - 75009 Paris RCS Paris 412 367 724 Société du groupe Malakoff Humanis, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

QUATREM assure les garanties Frais de santé et est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

L'**Association des Assurés APRIL** est une association loi 1901, 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 ce contrat est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance**, SASU au capital de 540 640 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON CEDEX 03 - RCS Lyon 428 702 409 - N°ORIAS 07 002 609 - soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

APRIL Santé Prévoyance est désignée ci-après par le terme « APRIL ».

Le contrat ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées et gérées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales valant Notice d'information des garanties d'assistance.

AUXIA Assistance, SA au capital de 1 780 000 euros - entreprise régie par le Code des assurances - siège social 21 rue Laffitte 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris.

L'*Adhérent* est la personne physique qui adhère au présent contrat. Elle est membre de l'Association des Assurés APRIL telle que définie au Lexique.

Les assurés sont les personnes qui bénéficient des garanties du contrat.

L'adhésion au contrat est constituée par la signature de la demande d'adhésion et l'acceptation de la présente Notice valant conditions générales. Elle donne lieu à l'émission d'un *Certificat d'adhésion*.

Nature des garanties

Les **garanties du contrat « APRIL Moove Santé » (convention d'assurance n° 0032687)** sont « responsables », c'est-à-dire qu'elles s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

- Aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice d'information ne saurait donc s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et les frais de santé donnant lieu à remboursement de l'*Assurance Maladie Obligatoire* sont garantis au minimum à hauteur de 100% de la *Base de remboursement* (remboursement de l'*Assurance Maladie Obligatoire* inclus).
- Les garanties respectent les planchers minimaux et les plafonds maximum de garanties des « Contrats responsables » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

En application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans les conditions et selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

Ce contrat est « solidaire », c'est-à-dire que les adhésions ne sont pas soumises à des formalités d'acceptation médicale et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.



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

Le contrat est soumis à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée dans le cadre de l'exécution de ce contrat est la langue française.

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

1. Qui peut adhérer et être assuré ?

Pour adhérer et être assuré au titre du contrat « APRIL Moove Santé », l'assuré doit :

- Résider en France Continentale, 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,
- Être membre de l'Association des Assurés APRIL,
- Être âgé de moins de 80 ans à la date d'adhésion.

A noter pour les Adhérents travailleurs non salariés :

L'Adhérent travailleur non salarié qui adhère au présent contrat est tenu d'être à jour du paiement des cotisations auprès du Régime Obligatoire dont il relève.

Il peut bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin » à condition :

- De relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC), des Bénéfices Non Commerciaux (BNC) ou des bénéfices agricoles (BA) ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts ou de l'article 154 bis du Code général des impôts ;
- Être affilié à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français ;

Il appartient à l'assuré travailleur non salarié au contrat n°0032687 de vérifier qu'il peut bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis du Code général des Impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur, y compris pour ses bénéficiaires au titre du régime d'assurance maladie et maternité.

Peuvent également être assurés au titre de ce contrat, le Conjoint et les Enfants de l'Adhérent, ayants droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion.

Attention :

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et de chacun des assurés. Ils doivent en conséquence, répondre aux questions posées par l'Organisme assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge.

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non établies par APRIL dans les informations qui lui seront fournies entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle ci-dessous reproduits.

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 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.



2. Que garantit le contrat ?

2.1 Dispositions générales :

Le contrat prend en charge le remboursement des frais médicaux et/ou chirurgicaux ainsi que les dépenses de frais de soins de santé des assurés.

Pour pouvoir être remboursés, les dépenses et frais de santé doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité des garanties et les frais engagés doivent avoir fait l'objet d'une prise en charge par le *Régime Obligatoire* sauf disposition contraire mentionnée dans la présente Notice ou dans le tableau des garanties.

Pour chaque garantie, les modalités des remboursements (montant, durée, limitation ou plafond de remboursements) sont précisées au sein du tableau des garanties en fonction de la nature des dépenses médicales et du niveau de garanties souscrit.

LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES DEDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE (SAUF DISPOSITION CONTRAIRE MENTIONNEE AU TABLEAU DES GARANTIES OU DANS LA PRESENTE NOTICE) OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AUPRES DUQUEL LES ASSURES POURRAIENT ETRE GARANTIS ET DANS LA LIMITE DES GARANTIES SOUSCRITES. DANS TOUS LES CAS LES REMBOURSEMENTS SONT LIMITES AU MONTANT DES DEPENSES REELLES.

A noter :

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.

La contribution de chaque assureur est ensuite déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du Code des assurances, 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.

En conséquence, si les assurés bénéficient de garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, ils doivent en informer APRIL immédiatement et faire connaître le nom du ou des assureur(s) concerné(s) ainsi que les garanties souscrites. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'adhésion au contrat.

Attention :

Si les assurés ont contracté plusieurs assurances contre un même risque de manière dolosive ou frauduleuse, l'Adhérent s'expose à l'annulation de l'adhésion et au paiement de dommages et intérêts en application des sanctions prévues à l'article L121-3 du Code des assurances.

2.2 Contenu des garanties

Les garanties sont détaillées dans le tableau figurant en annexe.

Il convient donc de se reporter au tableau des garanties en fonction du niveau souscrit par l'Adhérent.

● Limitation :

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la *Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire* (à l'exception des garanties 100% santé et Honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'*Hospitalisation* à la suite d'un *Accident*) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré.

● Délai d'attente :

Certaines garanties sont prises en charge sous réserve de l'application d'un *Délai d'attente*. Les frais engagés au titre des garanties non remboursées par l'*Assurance Maladie Obligatoire* et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un *Délai d'attente* de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Modification des niveaux de garanties

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

Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de l'*Assurance Maladie Obligatoire*, le contrat peut être modifié en cours d'année à l'initiative de l'Organisme assureur. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification. L'Adhérent peut toujours refuser la proposition en respectant les modalités de révision prévues à l'article 7.3.



Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

2.2.1 HOSPITALISATION

Sont pris en charge au titre de cette garanties les frais de soins dits "de courte durée" dispensés au cours d'une *Hospitalisation* selon les modalités suivantes :

2.2.1.1 Hospitalisation en Secteur conventionné :

Séjours en Médecine, Chirurgie, Hospitalisation à domicile et Maternité

Frais de séjour

Il s'agit des frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour.

Forfait journalier hospitalier

Est pris en charge le forfait journalier 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.

Forfait actes lourds

Il s'agit de la 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 au plafond fixé par la réglementation de l'*Assurance Maladie Obligatoire*.

Forfait Patient Urgence

Il s'agit de la participation forfaitaire à la charge des assurés en cas de passages aux urgences hospitalières non-suivis d'une hospitalisation.

Honoraires

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une *Hospitalisation* (y compris en cas d'*Hospitalisation* à domicile) ou à une intervention chirurgicale.

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

Limitation : Cette garantie est limitée à 100% de la Base de Remboursement pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré (à l'exception des garanties 100% santé, des Honoraires en cas d'*Hospitalisation* à la suite d'un *Accident*). Passé ce délai, le niveau de remboursement correspond à celui indiqué dans votre tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

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 le 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.

Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés ainsi que les séjours en psychiatrie en Secteur conventionné

Sont pris en charge :

- Le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux pour :
 - Les séjours en soins de suite, 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 *Hospitalisations* pour motif psychiatrique prises en charge par l'*Assurance Maladie Obligatoire*.
- Chambre particulière :

Selon le niveau souscrit, les frais de chambre particulière sont pris en charge au titre de cette garantie dans la limite du montant exprimé par jour dans le tableau des garanties.



2.2.1.2 Hospitalisation en Secteur non conventionné

Sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de séjour et de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

2.2.2 SOINS COURANTS

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

Les honoraires médicaux

Sont pris en charge les honoraires pratiqués pour :

- Une consultation au cabinet du médecin (généraliste, chirurgien-dentiste, spécialiste) ou pour une visite effectuée par ce dernier à domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes).
- Les actes techniques médicaux, actes de chirurgie, actes obstétricaux et actes d'imagerie médicale.

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 soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

Le contrat 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 l'Assurance Maladie Obligatoire) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables ».

Limitation : Cette garantie est limitée à 100% de la Base de Remboursement pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement correspond à celui indiqué dans le tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

Les honoraires paramédicaux, les frais d'analyse et examens de laboratoires,

Limitation : Cette garantie est limitée à 100% de la Base de Remboursement pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement correspond à celui indiqué dans le tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

A noter :

Les frais de santé listés ci-dessus sont pris en charge y compris en soins externes et à domicile.

Sont également pris en charge :

Les médicaments remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire,

Les frais de transport dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin,

Le matériel médical

Sont pris en charge au titre de cette garantie les prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèses auditives et accessoires optiques),

Limitation : Cette garantie est limitée à 100% de la Base de Remboursement pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement correspond à celui indiqué dans le tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

Les dépenses médicales effectuées à l'étranger remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire :

Sont pris en charge les 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 l'Assurance Maladie Obligatoire.**

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, et exclut tout autre remboursement de la part d'APRIL.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

2.2.3 DENTAIRE

Soins dentaires et Inlays-Onlays remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux.



Limitation : Cette garantie est limitée à 100% de la Base de Remboursement pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement correspond à celui indiqué dans le tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

Soins et Prothèses 100% santé

Les frais de prothèses exposés dans le cadre du panier des soins dits « 100% santé » seront intégralement pris en charge après remboursement du *Régime Obligatoire* dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires » sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes.

Prothèses (dont offre Modérée ou offre Libre)

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 l'*Assurance Maladie Obligatoire* sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation.

Limitation : Cette garantie est limitée à 100% de la Base de Remboursement pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement correspond à celui indiqué dans le tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

Orthodontie remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire

2.2.4 OPTIQUE

Seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV) qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».

Équipement optique

- Dispositions générales

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'équipement d'optique médical remboursés par l'*Assurance Maladie Obligatoire* 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).

- Équipement 100% santé et dispositions spécifiques aux contrats « responsables et solidaires » (niveau de garanties responsables)

Les conditions de prise en charge de l'équipement d'optique médical s'effectuent dans les conditions prévues par le dispositif des contrats « responsables et solidaires ».

La prise en charge des verres et des frais de monture est limitée comme indiqué au tableau des garanties.

Les équipements « 100% santé » seront intégralement pris en charge après remboursement du *Régime Obligatoire* dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires ».

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) par période de **deux ans à compter du dernier renouvellement** de l'équipement de l'équipement ou par période d'un an pour les Assurés de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Un renouvellement anticipé est possible en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières.

Pour les équipements « Offre libre classe B », application d'une limitation.

Cette garantie est limitée à 100% de la Base de Remboursement pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement correspond à celui indiqué dans le tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

BONUS FIDELITE POUR LES EQUIPEMENTS OPTIQUES RELEVANT DE L'OFFRE LIBRE CLASSE B : En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assuré bénéficie après 2 Années d'Adhésion au contrat puis après 4 Années d'Adhésion, d'une augmentation de la garantie telle qu'indiqué au sein du tableau des garanties.

Lentilles

Sont pris en charge les frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites y compris les lentilles jetables.



La prise en charge diffère selon que les lentilles sont remboursées ou non par l'Assurance *Maladie Obligatoire*.

Pour les lentilles acceptées par l'Assurance *Maladie Obligatoire*, application d'une limitation : Cette garantie est limitée à 100% de la *Base de Remboursement* pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement correspond à celui indiqué dans le tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

La présente garantie s'applique sous réserve du *Délai d'attente* prévu au contrat. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser,

La présente garantie s'applique sous réserve du *Délai d'attente* prévu au contrat. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

BONUS FIDELITE CHIRURGIE REFRACTIVE : En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assuré bénéficie à compter de la 3^{ème} *Année d'Adhésion* puis à compter de la 5^{ème} *Année d'Adhésion*, d'une augmentation de la garantie telle qu'indiqué au sein du tableau des garanties.

2.2.5 AIDES AUDITIVES

Sont pris en charge les dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèse/appareil auditif) sans pouvoir excéder les prix limites de vente (PLV) qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du « 100% santé ».

Équipement « 100% santé » et dispositions spécifiques aux contrats « responsables et solidaires » (niveau de garanties responsables)

La prise en charge des équipements auditifs s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 relatif aux contrats responsables et solidaires. Les équipements « 100% santé » (équipements de classe I) seront intégralement pris en charge après remboursement du *Régime Obligatoire*.

Les plafonds de prise en charge et les durées de renouvellement de la garantie AIDES AUDITIVES sont conditionnés au respect du dispositif relatif aux « contrats responsables et solidaires » et figurent au sein du tableau des garanties.

2.2.6 RENFORTS

En fonction du niveau de garantie souscrit, l'Adhérent a la possibilité de souscrire trois (3) renforts de garanties :

- un renfort Bien-être ;
- un renfort Famille ;
- un renfort Optique / Dentaire / Auditif.

A noter : les renforts peuvent se cumuler entre eux à l'exception des renforts Famille et Bien-être.

Les modalités, montants et plafonds de prise en charge des renforts de garanties sont précisés au sein du tableau de garanties figurant en annexe.

Garanties proposées par les renforts :

2.2.6.1 Renfort Bien-être

● Cure thermale

Prise en charge des frais de soins de cure thermale remboursés par l'Assurance *Maladie Obligatoire*.

● Frais annexes à la cure thermale remboursés par l'Assurance *Maladie Obligatoire*

Vous bénéficiez également d'un forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursés par l'Assurance *Maladie Obligatoire* (frais d'hébergement et de transport).

BONUS FIDELITE FRAIS ANNEXES A LA CURE THERMALE : En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assuré bénéficie à compter de la 3^{ème} *Année d'Adhésion* puis à compter de la 5^{ème} *Année d'Adhésion*, d'une augmentation de la garantie telle qu'indiqué au sein du tableau des garanties.

● Médicaments non remboursés par l'Assurance *Maladie Obligatoire*

Mise à disposition d'un forfait afin de prendre en charge les frais de pharmacie et médicaments prescrits mais non remboursés par l'Assurance *Maladie Obligatoire*.

● Médecines naturelles et autres soins non remboursés par l'Assurance *Maladie Obligatoire*

Vous bénéficiez d'un forfait permettant la prise en charge des actes et consultations suivants : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute et psychologue.



BONUS FIDELITE MEDECINES NATURELLES : En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assuré bénéficie après 2 *Années d'Adhésion* au contrat puis après 4 *Années d'Adhésion*, d'une augmentation de la garantie telle qu'indiqué au sein du tableau des garanties.

- Aide au sevrage tabagique
- Vaccins prescrits non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

BONUS FIDELITE VACCINATION : En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assuré bénéficie à partir de 2 *Années d'Adhésion* au contrat puis après 4 *Années d'Adhésion*, d'une augmentation de la garantie telle qu'indiqué au sein du tableau des garanties.

2.2.6.2 Renfort Famille

- Orthodontie non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire
- Orthodontie remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire

BONUS FIDELITE ORTHODONTIE : En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assuré bénéficie après 2 *Années d'Adhésion* au contrat puis après 4 *Années d'Adhésion*, d'une augmentation de la garantie telle qu'indiqué au sein du tableau des garanties.

● Forfait naissance ou d'adoption

Cette garantie prévoit le versement d'un montant forfaitaire à la naissance d'un enfant d'un assuré ou en cas d'adoption d'un enfant mineur par un assuré.

Le forfait naissance / adoption n'est versé qu'une seule fois par enfant.

- Médicaments prescrits non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (dont Homéopathie)
- Médecines naturelles et autres soins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire
Vous bénéficiez d'un forfait permettant la prise en charge des actes et consultations suivants : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute et psychologue.

BONUS FIDELITE MEDECINES NATURELLES : En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assuré bénéficie après 2 *Années d'Adhésion* au contrat puis après 4 *Années d'Adhésion*, d'une augmentation de la garantie telle qu'indiqué au sein du tableau des garanties.

- Vaccins prescrits non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

BONUS FIDELITE VACCINATION : En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assuré bénéficie après 2 *Années d'Adhésion* puis après 4 *Années d'Adhésion*, d'une augmentation de la garantie telle qu'indiqué au sein du tableau des garanties.

2.2.6.3 Renfort Optique / Dentaire / Auditif

● Autres frais dentaires non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire :

Selon le niveau souscrit, sont pris en charge, les frais dentaires suivants (sauf pour motifs esthétiques) :

- Prothèses,
- Implantologie,
- Parodontologie.

Cette garantie est exprimée sous la forme d'un forfait indiqué au sein du tableau des garanties valable par *Année d'adhésion* et par assuré.

● Renfort optique

Sont pris en charge, les frais liés à l'achat d'un équipement optique en complément de la prise en charge de la garantie du socle « Optique ».

● Aides auditives

Sont pris en charge, les frais liés à l'achat de prothèses auditives en complément de la prise en charge de la garantie du socle « Aides auditives ».

A compter du 01 janvier 2021 la prise en charge des aides auditives s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 relatif aux contrats responsables et solidaires.

Les plafonds de prises en charge et les durées de renouvellement de la garantie sont conditionnés au respect du dispositif relatif aux contrats « responsables et solidaires » et figurent au sein du tableau des garanties.

BONUS FIDELITE AIDES AUDITIVES : En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assuré bénéficie après 2 *Années d'Adhésion* au contrat puis après 4 *Années d'Adhésion*, d'une augmentation de la garantie telle qu'indiqué au sein du tableau des garanties.



Modalités de souscription des renforts :

Les renforts peuvent être souscrits au moment de l'adhésion au contrat ou en cours d'adhésion.

Modification ou ajout des renforts de garanties :

Tout changement de renforts ou de niveau est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

Le choix du ou des renfort(s) doit être fait en fonction du niveau des garanties de base qui a été souscrit.

Résiliation des renforts :

L'Adhérent peut résilier les renforts de garanties en adressant un courrier par lettre recommandée à APRIL – 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, sous réserve que ces renforts aient pris effet depuis plus de douze (12) mois.

L'Adhérent peut également adresser un courrier par *Lettre Recommandée Electronique* à l'adresse suivante : relationclient@april.com.

Une fois résiliés, les renforts ne pourront plus être souscrits.

2.3 Le service Tiers Payant Santé

Ce service permet à l'assuré de ne pas régler les frais de soins pris en charge par l'Assurance *Maladie Obligatoire* 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 forfaits prévus au tableau des garanties.

Pour bénéficier de ce service, les assurés devront présenter au professionnel de santé leur carte Tiers Payant Santé.

A noter :

En cas de cessation des garanties, les bénéficiaires du « Tiers Payant Santé » devront retourner à APRIL leur carte de Tiers Payant Santé. A défaut, APRIL pourra demander le remboursement des éventuelles prestations payées pour des frais engagés après la date de cessation des garanties.

L'utilisation frauduleuse ou abusive du Tiers Payant par les bénéficiaires tels que définis au Lexique entraîne la cessation immédiate de ce service et la restitution par ces derniers de l'ensemble des justificatifs et des sommes indûment perçues à l'Organisme assureur.

3. Ce que le contrat ne prend pas en charge

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- Les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires ;
- Les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours ;
- Les séjours en appartements privés ;
- Les séjours en hôtels hospitaliers non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les dépassements d'honoraires en hôtels hospitaliers pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants ;
- Les soins esthétiques, les cures de toutes natures, la thalassothérapie ;
- La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;
- La diminution du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné ;
- Les frais de soins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou ne figurant pas à la nomenclature de l'Assurance Maladie Obligatoire sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties ;
- Tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;
- La cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre du contrat.



4. Que faut-il faire pour obtenir ses remboursements ?

4.1 Les documents à communiquer

Si les assurés bénéficient de la télétransmission des informations entre l'Assurance *Maladie Obligatoire* et APRIL, les remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si les assurés n'utilisent pas le système de télétransmission lors de la dépense de santé, ils devront adresser à APRIL, Service Prestations, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03 :

Pour les soins :

- Les originaux des décomptes délivrés par l'Assurance *Maladie Obligatoire*,
- Y compris lorsque l'Assurance *Maladie Obligatoire* n'intervient pas : les originaux des notes ou factures acquittées comportant le numéro SIRET du praticien, précisant le nom et prénom de l'assuré concerné et les actes ou prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein du tableau des garanties ainsi que les prescriptions médicales,
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.

En cas d'hospitalisation :

- Le bulletin de situation, factures et notes d'honoraires et sur demande, un certificat médical détaillé.

En cas de cures :

- Les factures des frais médicaux, frais de transport et frais d'hébergement le cas échéant.

Pour le forfait naissance :

- Une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.

Pour le forfait adoption :

- Une copie du jugement ayant prononcé l'adoption.

Pour les frais d'optique :

Si les assurés n'utilisent pas le service Tiers Payant Optique, ils doivent adresser à APRIL, les factures et ordonnances relatives aux frais dont le remboursement est demandé.

Dans le cadre du dispositif relatif aux contrats « solidaires et responsables », en cas de renouvellement anticipé de l'équipement d'optique médical (verres et monture), l'assuré devra communiquer à APRIL, 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.

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'Organisme assureur.

L'Organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 7 « Gestion administrative de l'adhésion au contrat ».

4.2 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 les droits des assurés. 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 versées aux assurés.

Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 7 « Gestion administrative de l'adhésion au contrat ».



4.3 Le contrôle médical et administratif

APRIL pourra demander à l'assuré ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré devra 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, ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

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.

Le médecin expert missionné par APRIL sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires du médecin de l'assuré resteront à sa 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.

Attention :

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par APRIL dans les informations qui 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.

4.4 Reprise des indus

En cas de reprise à l'assuré d'un remboursement effectué à tort par l'Assurance Maladie Obligatoire, APRIL se réserve le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées.

5. À partir de quand et pour combien de temps êtes-vous garanti ?

5.1 Modalités d'adhésion

Si l'Adhérent choisit d'adhérer au contrat en signant la demande d'adhésion papier, par sa signature, il manifeste son accord sur les conditions du contrat dont il a au préalable pris connaissance et il s'engage également sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations.

Si l'Adhérent a choisi d'adhérer au contrat par internet, il signe électroniquement la demande d'adhésion. Pour signer électroniquement, il doit renseigner le « code signature » qui lui aura été personnellement communiqué par SMS (au numéro de téléphone qu'il aura communiqué sur sa demande d'adhésion). Ce « code signature » a une durée de validité limitée et est strictement personnel et confidentiel. En utilisant ce « code signature », l'Adhérent manifeste son accord sur les conditions de l'adhésion dont il aura au préalable pris connaissance et il s'engage également sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations.

Aussitôt après la signature de la demande d'adhésion, l'Adhérent recevra un courriel de confirmation à l'adresse électronique qu'il aura communiquée, attestant de l'enregistrement de sa demande d'adhésion par APRIL. L'Adhérent dispose d'un accès sécurisé sur un site dédié lui permettant d'accéder à tout moment à l'ensemble des documents.

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.

Attention :

Si l'adhésion s'effectue dans le cadre d'un changement de contrat souscrit depuis plus de douze (12) mois, l'Adhérent doit nous déclarer s'il souhaite que nous procédions aux formalités de résiliation de son contrat. Dans ce le cas contraire, l'Organisme assureur ne sera pas responsable en cas d'interruption de couverture.



5.2 Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL.

La date d'adhésion au contrat correspond à la date de prise d'effet des garanties souhaitée par l'Adhérent et est mentionnée sur la demande d'adhésion, elle intervient 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 la demande d'adhésion, en cas d'adhésion par internet.

Cette date figure sur le *Certificat d'adhésion* qui sera envoyé à l'Adhérent sur support papier par voie postale ou mis à sa disposition sur support durable via un accès sécurisé sur son Espace Assuré.

L'adhésion au contrat est conclue pour une première période s'achevant au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction pour douze (12) mois au 31 décembre de chaque année.

L'Organisme assureur ne pourra résilier l'adhésion sauf dans les cas mentionnés au paragraphe 5.3 « Cessation de l'adhésion ».

Ajout d'un assuré :

En cas d'ajout d'un assuré, ses garanties prennent effet à la date indiquée par l'Adhérent sur la 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 :

En cas d'adhésion 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 ».

En cas d'adhésion à distance :

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à son 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 :

- a) *Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu,*
- 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 le droit à renonciation :

L'Adhérent doit adresser une demande de renonciation dénuée d'ambiguïté à l'adresse suivante :

- Par courrier : APRIL Santé Prévoyance- Service Adhésion Santé- Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439- LYON Cedex 03 ;
- Par courrier électronique : relationclient@april.com

L'Adhérent peut utiliser le modèle de rédaction suivant :

*« Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat APRIL Moove Santé que j'avais souscrit lepar l'intermédiaire du cabinet....
Fait à le signature ».*



L'adhésion au contrat et le bénéfice des garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et APRIL rembourse à l'Adhérent, les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion au contrat, l'Adhérent ne pourra plus exercer son droit à renonciation.

5.3 Cessation de l'adhésion

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

En cas de résiliation à l'initiative de l'Adhérent :

- A chaque échéance (soit le 31 décembre de chaque année) par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre).

Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification.

- L'Adhérent peut, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de l'adhésion, dans le cadre du contrat d'assurance à adhésion facultative, résilier le contrat.

La notification de la résiliation peut être effectuée :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de la notification.

APRIL adressera à l'Adhérent un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

- En cas de modification des conditions du contrat à l'initiative de l'Organisme assureur, l'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la notification pour résilier son adhésion en raison de ces modifications.

La résiliation doit être notifiée à APRIL selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante : 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03,
- Par *Lettre Recommandée Electronique* ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante : relationclient@april.com,
- A l'aide du formulaire mis à disposition de l'Adhérent sur l'Espace Assuré,
- L'Adhérent peut également adresser sa demande par tout moyen prévu par le Code des assurances.

L'Adhérent sera redevable de la part de cotisation correspondant à la période jusqu'à laquelle ses garanties sont en vigueur. En cas de trop versé de la part d'APRIL, APRIL rembourse à l'Adhérent sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation des garanties.

Autres cas de résiliation :

- En cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « la cotisation »,
- En cas de fausse déclaration,
- A la date à laquelle l'Adhérent ne remplit plus les conditions d'adhésion,
- En cas de dénonciation de la convention d'assurance par l'Association des Assurés APRIL ou l'Organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Dans ce cas, l'Adhérent en sera informé par l'Association et l'Organisme assureur maintiendra le bénéfice des garanties.

Chaque assuré cessera d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus de l'Assurance Maladie Obligatoire française.



6. La cotisation

6.1 Comment est déterminée la cotisation ?

La 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 millésime entrée l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),
- Du niveau de garanties souscrit par l'*Adhérent*,
- De la composition de la famille assurée,
- Du *Régime Obligatoire* des assurés,
- Du département de *Résidence* de l'*Adhérent*.

En cas de modification de garanties 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.

Les taxes actuelles à la charge des *Adhérents* sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

6.2 Comment évolue la cotisation ?

La cotisation évolue contractuellement de deux et demi pour cent (2.5%) au premier (1^{er}) janvier de chaque année.

A ce taux, peut s'ajouter l'augmentation due aux résultats techniques 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.

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

L'*Adhérent* dispose d'un délai de trente (30) jours suivant la réception de son avis d'échéance pour résilier son Adhésion en raison de cette augmentation, dans les conditions définies au paragraphe 5.3 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 à la suite de l'évolution de la réglementation applicable.

6.3 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 choisi par l'*Adhérent* :

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

6.4 Que se passe-t-il en cas de non-paiement de la cotisation ?

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL adressera à l'*Adhérent*, 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, l'adhésion sera résiliée.

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.



7. La gestion administrative de l'adhésion au contrat

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

L'adhésion est établie d'après les déclarations faites lors de l'adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Au cours de l'adhésion, l'*Adhérent* doit déclarer à APRIL, dès qu'il en a 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, l'*Adhérent* a trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de l'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 l'adhésion doivent être transmis à APRIL par l'intermédiaire de l'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 au contrat : APRIL Santé Prévoyance, Service Adhésion Santé, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

L'Espace Assuré :

L'ensemble des informations devant être portées à la connaissance d'APRIL, les demandes de modifications et de remboursement doivent être formulées sur l'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://monespace.april.fr>. L'identifiant et les modalités de connexion sont adressés par APRIL à l'*Adhérent* lors de l'adhésion.

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

Des formulaires sont disponibles en ligne afin de permettre d'effectuer chacune des demandes de modifications concernant le contrat, notamment les changements de garanties, les modifications de bénéficiaires, les modifications d'IBAN (concernant le prélèvement des cotisations ou le versement des prestations) ainsi que la résiliation de l'adhésion.

Comment APRIL s'adresse à l'Adhérent / assuré dans le cadre de la gestion de l'adhésion ? :

Les informations relatives à l'exécution de l'adhésion seront transmises par APRIL à l'*Adhérent* à l'adresse email qu'il lui a communiquée. L'*Adhérent* peut à tout moment demander, par écrit, à APRIL, de cesser ce mode de communication.

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

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

8. Sanctions en cas de fausse déclaration

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.

L'Organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Concernant la déchéance des garanties, l'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'Organisme assureur.



9. 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 suivants 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 en 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 de 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).

10. Examen des réclamations et demande de médiation

Pour toute réclamation, l'Adhérent ou l'assuré peut s'adresser en premier lieu à son conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis l'Espace Assuré.

Si la réponse ne satisfait pas, l'Adhérent ou l'assuré pourra s'adresser en second lieu au Service Réclamations (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03).

APRIL s'attachera à apporter une réponse sous un délai de dix (10) jours ouvrables. Si une analyse plus approfondie du dossier est nécessaire et entraîne un dépassement du délai, APRIL s'engage à communiquer le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou l'assuré peut faire appel au Médiateur compétent :

- Toute demande de médiation doit avoir été précédée d'une réclamation écrite auprès des services d'APRIL. Si la réponse apportée ne satisfait pas ou si aucune réponse n'a été apportée dans les deux (2) mois, l'Adhérent ou l'assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance dans un délai maximal d'un an suivant la date de sa réclamation.
- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche n'empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si l'Adhérent ou l'assuré le souhaite.
- Le médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.

L'Adhérent ou l'assuré peut contacter la Médiation de l'Assurance :

- Par courrier : La Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris cedex 09
- Ou par courrier électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org/> Rubrique : Je saisis le Médiateur



Si l'*Adhérent* a adhéré au contrat à distance par Internet, il peut 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>.

Il est conseillé à l'*Adhérent* ou à l'assuré de toujours s'adresser au préalable au Service Réclamations d'APRIL qui l'orientera au mieux et pourra lui fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

11. Protection des données

Dans le cadre du contrat d'assurance, l'Organisme assureur, QUATREM, ci-après désigné « MALAKOFF HUMANIS », et son délégataire de gestion, APRIL Santé Prévoyance, collectent et traitent des données concernant l'*Adhérent* ainsi que les personnes assurées au contrat, en qualité de responsables conjoints de traitement.

Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'information sur le Traitement des données personnelles qui a été communiquée avec l'ensemble des documents du contrat et qui est également accessible sur l'Espace Assuré.

Par ailleurs, nous vous informons que :

- MALAKOFF HUMANIS est seul responsable de certains traitements de données. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits des personnes concernées, il convient de consulter la Politique de protection des données personnelles du groupe MALAKOFF HUMANIS sur son site internet via le lien suivant : <https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees>.
- APRIL Santé Prévoyance est seule responsable de certains traitements de données. Pour en savoir plus sur ces traitements, et sur les droits des personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'information sur le Traitement des données personnelles qui a été communiquée avec l'ensemble des documents du contrat et qui est également accessible sur l'Espace Assuré.



Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule et en italique, la signification suivante :

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.

ADHÉRENT

Personne physique relevant de l'Assurance Maladie Obligatoire membre de l'Association des Assurés APRIL qui adhère au présent contrat.

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) :

L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des Régimes Obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Pour le travailleur non salarié (TNS) non agricole, il s'agit de la Sécurité sociale des indépendants. Pour le travailleur non salarié (TNS) agricole, il s'agit de la Mutualité sociale agricole. Pour l'individu hors TNS, il s'agit de la Caisse primaire d'assurance maladie de son lieu de résidence.

Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé des assurés.

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 l'Assurance Maladie Obligatoire 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**.

On parle de :

- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.
- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif de responsabilité (TR) pour désigner la base tarifaire retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le remboursement des soins réalisés par un praticien.
Cela vise :
 - le Tarif de Convention pour les soins réalisés par un praticien conventionné ;
 - le Tarif d'Autorité pour les soins réalisés par un praticien non conventionné.
- Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) pour désigner le prix de référence retenu par avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le remboursement de certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion au contrat et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et le niveau choisi. L'émission du certificat d'adhésion constate l'acceptation du risque par l'assureur et confère à l'adhérent la qualité d'assuré.

CONJOINT

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), le (a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

DÉLAI D'ATTENTE

Délai de 3 mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré pendant lequel le remboursement des prestations est suspendu

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 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 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO vise 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 l'Assurance Maladie Obligatoire.

Par ailleurs, les contrats d'assurance santé complémentaire 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 20^{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.

FRANCHISE (ARTICLE L.160-13 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

Montant forfaitaire que l'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse pas. Cette Franchise, à la charge de l'assuré, concerne les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La Franchise n'est pas remboursée au titre du contrat.

HOSPITALISATION

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilitée(e) 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.

Sont également considérés comme une Hospitalisation au sens du contrat, 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.) Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

LETRE 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.

PARTICIPATION FORFAITAIRE LÉGALE (ARTICLE L.160-13 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

Montant forfaitaire que l'Assurance Maladie Obligatoire française ne rembourse pas. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. **Elle n'est pas remboursée au titre du contrat.**

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS)

Valeur financière fixée par la Sécurité sociale par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales.

L'évolution du PMSS est consultable sur www.ameli.fr.

RÉGIME OBLIGATOIRE

Il s'agit d'un régime français d'assurance maladie obligatoire auprès duquel est affilié l'assuré.

RÉSIDENCE

Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille.

SECTEUR CONVENTIONNÉ

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et l'Assurance Maladie Obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce Secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. 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 l'Assurance Maladie Obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par l'Assurance Maladie Obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

TM (TICKET MODÉRATEUR)

Différence entre la Base de remboursement et la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire avant application de la Participation forfaitaire légale ou de la Franchise qui n'est pas remboursée au titre du présent contrat.



Garanties APRIL Moove Santé


 PRODUIT
CONFORME

**100%
SANTÉ**

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.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100 % Santé et Honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'Hospitalisation à la suite d'un Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Les renforts ne contiennent ni limitation ni délai d'attente.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*						
Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds		Frais réels				
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier						
Honoraires médicaux et chirurgicaux**	Médecins DPTAM	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
	Médecins non DPTAM		105 %	130 %	180 %	200 %
		-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Chambre particulière (par jour et par assuré)		-	40 €	50 €	60 €	70 €
		Dans la limite de 45 jours par an				
Frais accompagnant (lit et frais de repas) - (par jour)		-	10 €	20 €	30 €	35 €
		Dans la limite de 15 jours par an				
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier						
Honoraires et frais médicaux		100% BR				
Chambre particulière (par jour et par assuré)		-	40 €	50 €	60 €	70 €
		Dans la limite de 45 jours par an				
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)**	Médecins DPTAM	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
	Médecins non DPTAM		105 %	130 %	155 %	180 %
		-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
		-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Transport		100 %				
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)		100 %	130 %	150 %	175 %	200 %
		-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100 %				
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100 %				

* 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.

** 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.

DENTAIRE

	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Soins, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale	Frais réels				
Prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale	100 %	125 %	150 %	250 %	300 %
	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Plafond prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion). Hors soins et prothèses « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale	-	-	1 000 € au-delà : 100%	1 300 € au-delà : 100%	2 000 € au-delà : 100%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %				

OPTIQUE

S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 € en Classe B et 30 € 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.

Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres	Frais réels				
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	100 %	100 €	150 €	200 €	250 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)		125 €			
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)		200 €	275 €	350 €	425 €
Pour les équipements « Offre libre » Classe B	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Bonus fidélité sur les équipements « Offre libre » Classe B, après 2 années d'adhésion au contrat	-	+ 25 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €
Bonus fidélité sur les équipements « Offre libre » Classe B, après 4 années d'adhésion au contrat	-	+ 25 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €
Équipement mixte : combinaison de verres et monture classes A et B	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.				
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100 %	50 % des frais réels			
	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100 %	100 % + 20 €	100 % + 40 €	100 % + 80 €	100 % + 120 €
Pour les lentilles acceptées par la Sécurité sociale	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Pour les lentilles refusées par la Sécurité sociale	-	Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire (par œil, par année d'adhésion et par assuré)	-	50 €	100 €	150 €	200 €
	-	Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Bonus fidélité pour la chirurgie réfractive, traitement de l'œil au laser et implant oculaire, après 2 années d'adhésion au contrat	-	+ 25 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €
Bonus fidélité pour la chirurgie réfractive, traitement de l'œil au laser et implant oculaire, après 4 années d'adhésion au contrat	-	+ 25 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €

AIDES AUDITIVES

Depuis le 1^{er} janvier 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 »	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	100 %
Accessoires et entretien	100 %

PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN

Actes et prestations de prévention prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale et remboursés par la Sécurité sociale	Inclus
---	--------



RENFORT BIEN-ÊTRE

Cure thermale	100 %				
Forfait pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	60 €	100 €	125 €	150 €	200 €
<i>Bonus fidélité frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	-	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 50 €
<i>Bonus fidélité frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	-	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 50 €
Pharmacie prescrite non remboursée (dont Homéopathie) - (par année d'adhésion et par assuré)	50 €	70 €	90 €	120 €	170 €
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, lumphothérapeute, hypnothérapeute, psychologue (par année d'adhésion et par assuré)	40 €	60 €	70 €	80 €	120 €
<i>Bonus fidélité pour les médecines naturelles après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
<i>Bonus fidélité pour les médecines naturelles après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
Aide au sevrage tabagique (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	55 €	70 €	90 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (dont vaccins internationaux) - (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	60 €	80 €	100 €	120 €
<i>Bonus fidélité vaccins prescrits non remboursés, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
<i>Bonus fidélité vaccins prescrits non remboursés, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €

RENFORT FAMILLE

Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	200 €	350 €	500 €	690 €	780 €
Renfort orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	+ 20 %	+ 100 %	+ 150 %	+ 200 %	+ 250 %
<i>A partir de la 3^e année d'adhésion votre renfort Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale passe à :</i>	50 %	150 %	200 %	250 %	300 %
<i>A partir de la 5^e année d'adhésion votre renfort Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale passe à :</i>	100 %	200 %	250 %	300 %	350 %
Forfait naissance ou d'adoption	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
Pharmacie prescrite non remboursée (dont Homéopathie) - (par année d'adhésion et par assuré)	50 €	70 €	90 €	120 €	170 €
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, lumphothérapeute, hypnothérapeute, psychologue (par année d'adhésion et par assuré)	40 €	60 €	70 €	80 €	120 €
<i>Bonus fidélité pour les médecines naturelles après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
<i>Bonus fidélité pour les médecines naturelles après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (dont vaccins internationaux) - (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	60 €	80 €	100 €	120 €
<i>Bonus fidélité vaccins prescrits non remboursés, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
<i>Bonus fidélité vaccins prescrits non remboursés, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €

RENFORT OPTIQUE, DENTAIRE, AUDITIF

Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie (sauf esthétique) - (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	
Renfort optique : forfait supplémentaire sur les verres « Offre libre » Classe B uniquement - par assuré, valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue	2 verres simples (catégorie 1)	-	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 70 €
	1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	-	+ 50 €	+ 100 €	+ 150 €	+ 175 €
	2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)	-	+ 50 €	+ 100 €	+ 150 €	+ 175 €
Aides auditives (le forfait se renouvelle tous les 4 ans à compter de la date d'effet des garanties et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien) - (par oreille)	+ 50 €	+ 100 €	+ 150 €	+ 175 €	+ 200 €	
<i>Bonus fidélité aides auditives, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	
<i>Bonus fidélité aides auditives, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	

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 A JOUR LE 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 associative 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 ADHERENTS

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.

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.

GARANTIE ASSISTANCE APRIL MOOVE SANTE

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION –
REF : 420 12 26

SOMMAIRE

OBJET DE L'ASSISTANCE	3
DÉFINITIONS	3
MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES	4
LES GARANTIES PROPOSÉES	4
DESCRIPTION DES GARANTIES	5
CADRE JURIDIQUE	7
CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION	7
LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES	10
REGLEMENT DES LITIGES	13
ANNEXE TELECONSULTATION MEDICALE	14

Objet de l'assistance

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter au souscripteur assuré du contrat individuel d'assurance APRIL Moove Santé une aide à domicile dans une optique de confiance préalable. Les dispositions relatives à la Téléconsultation sont exclusivement traitées à compter de la page 14 :
CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION DU SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE.

Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les maladies, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque ...), ne sont pas des accidents.

Assisteur

AUXIA ASSISTANCE : entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21, rue Laffitte 75009 Paris.

L'organisme chargé du contrôle de l'Assisteur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Assuré

L'assuré du contrat individuel de santé souscrit auprès de QUATREM.

Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont :

- L'Assuré,
- Son conjoint :
 - L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
 - Ou le partenaire pacsé (personne liée par un pacte civil de solidarité au participant (PACS) non dissous et non rompu),
 - Ou le concubin (personne ayant une vie commune notoire et permanente avec l'Assuré pendant une durée d'au moins deux ans). Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. L'Assuré et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un, ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.
- Les enfants âgés de moins de 16 ans (au jour de la mise en œuvre de la garantie), fiscalement à la charge de l'Assuré.

Domicile

Lieu de la résidence principale ou secondaire du Bénéficiaire, situé en France Métropolitaine (Corse incluse), ou dans les DROM COM. Au titre du présent contrat, les DROM COM sont : la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat d'assistance.

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine (Corse incluse) ou dans l'un des DROM COM listés ci-dessus.

Si le Bénéficiaire est domicilié en France, la garantie est exécutée uniquement en France. Si le Bénéficiaire est domicilié dans l'un des DROM COM, la garantie est exécutée uniquement dans ce DROM ou dans cette COM.

Transport

Les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, train (billet de première classe) ou par avion en classe économique.

Si le Bénéficiaire est domicilié en France, le transport n'a lieu qu'en France.

Si le Bénéficiaire est domicilié dans l'un des DROM COM, le transport n'a lieu que dans ce DROM ou dans cette COM.

Mise en œuvre des garanties

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre le SAMU ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. L'Assisteur peut, en dernier lieu, conseiller le bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Les services d'assistance de l'Assisteur ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. **L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.**

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 30 jours maximum suivant l'évènement par le bénéficiaire ou par ses proches par téléphone au :

- ✓ **09 86 86 06 48** pour la France métropolitaine
- ✓ **02 62 97 79 91** pour les DROM (Hors Mayotte), Saint-Barthélemy et Saint-Martin

en indiquant :

- Le numéro de la convention d'assistance : **420 12 26**
- L'identité de l'assuré et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone).

Le service d'assistance est accessible du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures (hors jours fériés).

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 30 jours entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne permet plus à l'Assisteur de mettre en œuvre ses garanties dans des conditions conformes à ses engagements.

LES GARANTIES PROPOSÉES

Sur demande téléphonique, l'Assisteur met à disposition des bénéficiaires

En cas de décès de l'un des bénéficiaires :

- ✓ Aide aux tâches ménagères
- ✓ Prise en charge des enfants
- ✓ Garde des animaux domestiques familiaux

DESCRIPTION DES GARANTIES

✓ [Aide aux tâches ménagères](#)

Intervention d'un prestataire missionné par l'Assisteur pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire qui en fait la demande. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 10 heures réparties sur un mois à compter du décès.

✓ [Prise en charge des enfants](#)

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où aucun proche ne peut se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Quand aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date du décès.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Et la conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois à partir du décès. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur.

✓ [Garde des animaux domestiques familiers](#)

L'Assisteur organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter » agréé, le soin quotidien de l'animal familial au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

L'Assisteur évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Cette prestation est réalisée dans la limite d'une durée totale maximale de 30 jours.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date du décès.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- **Il y a mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,**
- **Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,**
- **Les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,**
- **Les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus,**
- **Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,**
- **Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.**

Les garanties décrites dans la présente convention sont mises en œuvre sous réserve des disponibilités locales.

Pour les prestations concernant les Enfants :

- **La durée de chaque intervention est d'un minimum de 2 heures.**
- **La personne missionnée au domicile de l'Enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les prises en charge des Enfants confiés.**
- **La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires est cumulable avec une autre des trois garanties.**

LE CADRE JURIDIQUE

AUXIA ASSISTANCE intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Seules les garanties organisées par ou en accord avec AUXIA ASSISTANCE sont prises en charge.

AUXIA ASSISTANCE n'intervient pas dans les cas où le demandeur aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Durée des garanties

Les garanties de la présente convention sont acquises jusqu'à la date à laquelle le contrat individuel de santé souscrit auprès de QUATREM prend fin pour quelque raison que ce soit.

Transmission des pièces justificatives

Compte tenu de la nature des services d'assistance proposés, AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de demander des pièces médicales justificatives de l'état de santé du Bénéficiaire avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance (certificat de décès...).

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé et afin de permettre à AUXIA ASSISTANCE de préserver la confidentialité des informations transmises, le bénéficiaire est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil désigné par AUXIA ASSISTANCE dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone.

Les services d'AUXIA ASSISTANCE sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs d'AUXIA ASSISTANCE aucuns détails sur la pathologie du bénéficiaire.

CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

○ Absence de responsabilité d'AUXIA ASSISTANCE

• **Dompage professionnel ou commercial**

AUXIA ASSISTANCE ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi à la suite d'un événement ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

• **Circonstances exceptionnelles**

AUXIA ASSISTANCE ne peut non plus être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de grève, émeute, mouvements populaires, repréailles, restriction à la libre circulation, sabotage, et tout autre cas fortuit ou de force majeure.

○ Limitations de garantie

• **Déclaration mensongère et non remboursement d'une avance de frais**

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance d'AUXIA ASSISTANCE.

AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ces comportements.

○ Subrogation

AUXIA ASSISTANCE est subrogé dans les droits et actions de toute personne bénéficiaire de tout ou partie des garanties d'assistance figurant au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par AUXIA ASSISTANCE en exécution du présent contrat.

○ Déchéance des garanties

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations contractuelles entraîne la déchéance de ses droits au titre de l'événement survenu, si AUXIA ASSISTANCE prouve que le Bénéficiaire a tardé à déclarer le sinistre et que ce retard :

- n'est pas dû à un cas fortuit ou à la force majeure,
- et cause un préjudice à AUXIA ASSISTANCE.

Lorsque le comportement du Bénéficiaire est susceptible de constituer un délit ou un crime (exemple discrimination, harcèlement ou atteintes aux personnes mandatées par l'assistant pour délivrer le service), AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de suspendre l'exécution des prestations jusqu'à ce qu'une autorité administrative prononce une décision définitive sur la qualification des faits. AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement

❖ Cas d'exclusion

Dans les cas listés ci-après, les garanties ne sont pas applicables :

- **Les frais engagés sans l'accord préalable d'AUXIA ASSISTANCE,**
- **Toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,**
- **Les frais non justifiés par des documents originaux,**
- **Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat, les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route français à l'article R234-1),**
- **Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,**
- **La participation du Bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,**
- **La tentative de suicide du Bénéficiaire,**
- **Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis,**
- **Les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne du Bénéficiaire.**

❖ Fausse déclaration intentionnelle de sinistre

Si le Bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre. Le cas échéant, les frais engagés à tort par AUXIA ASSISTANCE devront être remboursés.

❖ Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent 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. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « 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 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. »

Les causes ordinaires de 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'exécution 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).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 ».

❖ [Loi Informatique et libertés](#)

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la

loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les Bénéficiaires sont informés par AUXIA ASSISTANCE, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des Bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des Bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les Bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non réidentification des Bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des Bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique des Bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des Bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de AUXIA ASSISTANCE dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des Bénéficiaires sont destinées au Service médical désigné par AUXIA ASSISTANCE et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ce que les données à caractère personnel des Bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des Bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des Bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, AUXIA ASSISTANCE s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les Bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de AUXIA ASSISTANCE et des prescriptions légales applicables.

AUXIA ASSISTANCE et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des Bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les Bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les Bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les Bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse

suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les Bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

❖ Règlement des litiges

1 – Votre service client

AUXIA ASSISTANCE a mis en place un service client accessible du lundi au vendredi de 9 h à 18 h et le samedi de 9 h à 12 h 30 (hors jours fériés) :

- par téléphone : un numéro de téléphone est indiqué sur nos courriers ;
- par courrier à AUXIA ASSISTANCE– Direction du service client

TSA 10001

78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX ;

- par mail à l'adresse info@auxia.com

Pour plus de rapidité dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas de nous communiquer :

- vos nom, prénoms, votre adresse, les références de votre contrat, l'objet de votre démarche ;
- un numéro de téléphone pour vous joindre le cas échéant.

Notre service client examine avec vous l'origine du problème et s'efforce de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Lorsque la demande le nécessite, nous vous informons régulièrement de l'avancement du dossier.

2 – Votre service réclamation

Si la réponse apportée par notre service client ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante :

AUXIA ASSISTANCE

Service réclamation

TSA 10001

78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Ou par mail à l'adresse suivante : service-reclamations@auxia.com

Notre service réclamation vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Dès lors que vous pouvez justifier d'une réclamation écrite préalable faite à l'assureur : Votre dispositif de médiation

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Assureur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au médiateur de La Médiation de l'Assurance, dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

La demande doit être adressée :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 PARIS CEDEX 09

GARANTIE ASSISTANCE APRIL MOOVE SANTE

ANNEXE – MENTIONS LÉGALES ET CONDITIONS
GÉNÉRALES D'UTILISATION DU SERVICE DE
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

MENTIONS LÉGALES ET CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION DU SERVICE DE
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Mise à jour octobre 2021

Toute utilisation du Service de Téléconsultation Médicale est soumise au préalable à la prise de connaissance et à l'acceptation expresse des présentes Conditions Générales d'Utilisation.

1. MENTIONS LÉGALES

Opérateur du Service de Téléconsultation Médicale :

La société AUXIA ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 1 780 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

Le Service de téléconsultation médicale est accessible et délivré via la plateforme de télémédecine de la société Europ Assistance France :

La société Europe Assistance France, société par actions simplifiée au capital de 5.136.384 euros, dont le siège social est situé 1 promenade de la Bonnette – 92230 Gennevilliers, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 403 147 903, autrement dénommé « EAF ».

Hébergeur certifié de données de santé :

La société CLARANET, Société par Actions Simplifiée au capital de 5 332 300 €, siège social au 2 rue Breguet 75 011 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 419 632 286.

Éditeur du Site Internet <https://mh.teleconsultation.fr> :

Europ Assistance France société par actions simplifiée au capital de 5.136.384 euros, dont le siège social est situé 1 promenade de la Bonnette – 92230 Gennevilliers, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 403 147 903 -Tél. +33 1418591 59

Directeur de la publication : Nicolas Sinz, Président

Responsable de la rédaction : Alexandre Etave, responsable marketing santé, Europ Assistance France

N° TVA (CEE) : FR 9440314790300013 -SIRET : 403 147 903 00013

Autorité de contrôle : ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09

2. MISE EN GARDE

LE SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE NE CONSTITUE EN AUCUN CAS UN SERVICE D'URGENCE. TOUTE SITUATION D'URGENCE MÉDICALE DOIT CONDUIRE IMMÉDIATEMENT LE BÉNÉFICIAIRE A CONTACTER LES NUMÉROS D'URGENCE TELS QUE : SAMU 15 ; POLICE SECOURS 17 ; POMPIER 18 OU LE 112.

LE SERVICE NE CONSTITUE PAS UN DISPOSITIF MÉDICAL. EN OUTRE, LE SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION NE PEUT AVOIR POUR FINALITÉ DE REMPLACER LE MÉDECIN TRAITANT DU BÉNÉFICIAIRE ET EST PROPOSÉ UNIQUEMENT EN COMPLÉMENT DE LA PRISE EN CHARGE ET DU SUIVI EFFECTUÉS PAR LE MÉDECIN TRAITANT OU LES AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHARGE DU SUIVI DU BÉNÉFICIAIRE.

CGU – SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE – AUXIA ASSISTANCE

L'ACCÈS À UNE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE N'EST PAS DE DROIT : LE MÉDECIN TÉLÉCONSULTANT PEUT ESTIMER QU'IL N'EST PAS EN MESURE DE DÉLIVRER LE SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION LORSQU'UN EXAMEN CLINIQUE AVEC PRÉSENCE PHYSIQUE DU BÉNÉFICIAIRE OU DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES SONT NÉCESSAIRES. LE CAS ÉCHÉANT, IL APPARTIENT AU BÉNÉFICIAIRE DE CONSULTER SON MÉDECIN TRAITANT.

LE BÉNÉFICIAIRE RECONNAIT ET ACCEPTE QUE L'OPÉRATEUR N'EFFECTUE AUCUNE VÉRIFICATION, VALIDATION OU CONTRÔLE DE L'EXACTITUDE, COHÉRENCE, QUALITÉ DES DONNÉES QU'IL SAISIT SOUS SON PROPRE ET ENTIER CONTRÔLE, DIRECTION ET RESPONSABILITÉS, NI DES DÉCISIONS QU'IL PREND CONCERNANT SA SANTÉ.

EN RAISON DE LA SENSIBILITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ COLLECTÉES ET TRAITÉES DANS LE CADRE DU SERVICE, LE BÉNÉFICIAIRE EST MIS EN GARDE SUR LA NÉCESSITE DE VEILLER À LA CONFIDENTIALITÉ DE SES INFORMATIONS D'ACCÈS AU SERVICE À L'ÉGARD DE TIERS.

3. DÉFINITIONS

Lorsqu'ils commencent par une majuscule, les termes ci-après définis ont le sens et la portée donnés dans leur définition dans le cadre de la conclusion et de l'exécution des présentes conditions générales d'utilisation :

« **Opérateur** » désigne l'Opérateur du service de téléconsultation, à savoir : la société AUXIA ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 1 780 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

« **Bénéficiaire** » désigne :

– un adhérent d'un contrat collectif d'assurance santé souscrit par l'employeur auprès d'AUXIA ASSISTANCE,

– À partir du 1er janvier 2020, un ancien collaborateur de l'employeur qui bénéficiait des garanties du contrat d'assistance santé à domicile et qui a souhaité conclure le contrat à titre individuel ;

– Et plus généralement les assurés d'une entité du groupe Malakoff Humanis, qui bénéficient du contrat d'assistance Santé à domicile, déclarés par cette entité auprès d'Auxia Assistance.

« **CGU** » désigne les présentes conditions générales d'utilisation du service de téléconsultation médicale.

« **Contenu** » désigne l'ensemble des fonctionnalités et plus largement tout élément existant au sein du Service.

« **Données personnelles** » désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un prénom, un numéro de contrat d'un organisme de Malakoff Humanis, un numéro de téléphone, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

« **Données de santé** » désigne toute donnée à caractère personnel relative à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé passé, présent ou futur de cette personne. La donnée médicale fait partie des données personnelles de santé.

« **IDE** » : désigne les infirmiers diplômés d'Etat, exerçant en France, salarié d'Europ Assistance France et participant à la délivrance du Service de Téléconsultation Médicale.

« **Médecin** » : désigne le docteur en médecine générale inscrit auprès de l'Ordre des médecins, exerçant en France, salarié d'Europ Assistance France et en charge de la délivrance du Service de Téléconsultation Médicale au sens de l'article R. 6316-1 du Code de la Santé publique.

CGU – SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE – AUXIA ASSISTANCE

« **Prescription** » désigne les formulations par le Médecin dans les limites de sa compétence concernant la prise de médicaments et autres produits de santé ou le besoin de traitements médicaux complémentaires, prenant la forme d'une ordonnance au sens des dispositions du Code de la santé publique.

« **Professionnel de santé** » désigne les IDE ainsi que les Médecins téléconsultants participant à la délivrance des Services de Téléconsultation Médicale dans les limites de leurs compétences respectives.

« **Réglementation** » : désigne toute réglementation applicable aux Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« **Responsable de traitement** » : désigne la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement; lorsque les finalités et les moyens de ce traitement sont déterminés par le droit de l'Union ou le droit d'un État membre, le responsable du traitement peut être désigné ou les critères spécifiques applicables à sa désignation peuvent être prévus par le droit de l'Union ou par le droit d'un État membre.

« **Service** » : désigne le service de téléconsultation médicale.

« **Site** » désigne le Site Internet accessible à l'adresse suivante : <https://mh.teleconsultation.fr> et permettant l'accès et la mise en œuvre du Service de téléconsultation médicale.

4. OBJET

Les présentes CGU définissent les règles d'utilisation du Service et du Site Internet « <https://mh.teleconsultation.fr> » ainsi que les droits et obligations du Bénéficiaire au titre de la fourniture du Service.

5. DOCUMENTS CONTRACTUELS

Les CGU ainsi que la politique de protection des données à caractère personnel constituent les dispositions contractuelles encadrant l'utilisation du Service.

Si une disposition des présentes CGU était jugée invalide par un tribunal compétent, l'invalidité de cette disposition n'affecterait pas pour autant la validité des autres dispositions des CGU qui resteraient valides et en vigueur.

Aucune renonciation à l'une des dispositions de ces CGU ne peut être considérée comme valant renonciation définitive à cette disposition ou à d'autres dispositions des présentes CGU.

6. ENTRÉE EN VIGUEUR ET ACCEPTATION DES CGU

Tout Bénéficiaire s'engage à respecter inconditionnellement et intégralement les termes des présentes CGU suivant les modalités décrites ci-après.

L'utilisation du Service nécessite l'acceptation expresse et préalable des présentes CGU qui se fait :

- soit lors de la prise en charge téléphonique du Bénéficiaire, par le Bénéficiaire lui-même,
- soit lors de l'accès au Service par le Site, par un dispositif conforme d'acceptation en ligne lors de la création d'un compte Utilisateur et après authentification de ce dernier.

Ainsi, le Bénéficiaire reconnaît que l'expression de son consentement est matérialisée par l'activation de cases à cocher associée à une convention de preuve définie aux présentes CGU.

Les présentes CGU entrent en vigueur sans réserve à compter de leur acceptation et s'appliquent durant toute la durée de l'utilisation du Service.

De manière générale, l'attention du Bénéficiaire est attirée sur le fait que l'acceptation des présentes CGU emporte acceptation des règles d'accès au Site.

Le Bénéficiaire est invité à lire attentivement les présentes CGU. Il disposera de la possibilité de les consulter à tout moment sur le Site Internet <https://mh.teleconsultation.fr> ainsi que la politique de protection des données personnelles associée.

L'Opérateur et l'Éditeur se réservent le droit de faire évoluer le Service. Des modifications techniques pourront intervenir sans préavis de la part de l'Éditeur.

Ainsi, l'Éditeur se réserve le droit de modifier à tout moment les présentes CGU. Les nouvelles Conditions Générales d'Utilisation seront, le cas échéant, portées à la connaissance du Bénéficiaire par modification en ligne.

Le fait de continuer à utiliser le Service après toute modification des CGU entraîne l'acceptation des modifications des CGU.

7. DESCRIPTION DU SERVICE

Dans le cadre de son offre d'assistance, AUXIA ASSISTANCE propose au Bénéficiaire un Service de téléconsultation médicale dans les modalités décrites ci-dessous.

Le Service est accessible 24h/24h et 7 jours sur 7 par téléphone au numéro indiqué sur votre espace client ou dans votre convention d'assistance, ou via le Site Internet <https://mh.teleconsultation.fr>.

Le Service propose un accès par téléphone ou via le Site Internet <https://mh.teleconsultation.fr> à :

- Une orientation dans le parcours de soins,
- Une consultation médicale à distance délivrée par un Médecin téléconsultant par téléphone ou par visioconférence, selon le choix opéré par le Bénéficiaire.

Lors d'un accès au Service par la plateforme téléphonique, la prise en charge des appels se réalise de la manière suivante :
Avant l'enregistrement de sa demande, le Bénéficiaire est informé des modalités de fourniture du Service, de ses droits et obligations. Il donne son consentement à l'opération.

En semaine et en journée, un Infirmier diplômé d'État réceptionne l'appel.

L'Infirmier(e), délivre, selon le cas, orientation dans le parcours de soins et le cas échéant, met le Bénéficiaire en relation avec le Médecin ou permet un rappel du Bénéficiaire par le Médecin qui procède(ra) à une consultation médicale à distance.

La nuit, le samedi, le dimanche ainsi que les jours fériés, les demandes d'assistance sont enregistrées pour permettre au Médecin de rappeler le Bénéficiaire en vue d'une consultation médicale à distance. À cette occasion, le Bénéficiaire est informé des modalités de fourniture du Service et le cas échéant, de l'enregistrement de la conversation téléphonique dans le cadre d'un suivi de la qualité du Service. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Le Bénéficiaire pourra s'y opposer en manifestant son refus auprès de son interlocuteur.

Lors d'un accès au Service par le Site Internet, la prise en charge de la demande se réalise de la manière suivante :

CGU – SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE – AUXIA ASSISTANCE

Lorsque le Bénéficiaire accède au Site Internet, il peut solliciter une téléconsultation médicale :

- soit sous un délai de 30 minutes auprès d'un Médecin téléconsultant 24heures sur 24 et 7 jours sur 7,
- soit par une prise de rendez-vous ultérieur au choix du Bénéficiaire entre 9h et 22h, 7 jours sur 7, dans un délai maximal de 14 jours.

Il peut également choisir d'être recontacté par téléphone ou visioconférence.

La consultation médicale à distance n'a pas vocation à se substituer à une consultation médicale avec le médecin traitant du Bénéficiaire et ne peut remplacer le parcours de soins coordonnés.

Lorsqu'un examen physique est nécessaire pour établir un diagnostic, le Médecin réoriente le patient vers son médecin traitant et met un terme à l'appel.

Lorsque la situation décrite par le Bénéficiaire fait apparaître un risque grave pour sa santé ou sa vie, l'IDE ou le Médecin procédera à un transfert accompagné de l'appel auprès des services d'urgence compétents.

MISE EN ŒUVRE DU SERVICE LORS D'UN DÉPLACEMENT À L'ÉTRANGER

La garantie est applicable à l'étranger, dans certaines limites :

- Les services proposés (orientation dans le parcours de soins et téléconsultation médicale) sont accessibles selon la réglementation locale.
- Aucune prescription médicale n'est faite au Bénéficiaire résidant en dehors de l'Union Européenne.

Accès et identification

L'accès au Service est soumis aux présentes CGU et plus généralement à la réglementation en vigueur et à la loi française. Le Bénéficiaire garantit qu'il a le droit d'utiliser le Service au regard de sa réglementation locale.

Chaque Bénéficiaire dispose d'un droit à cinq (5) téléconsultations par année civile. Au-delà de ce seuil, le Service ne sera pas délivré.

Les téléconsultations non utilisées au cours d'une année ne pourront pas être reportées sur l'année suivante et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Elles ne peuvent être cédées à un tiers.

L'accès au Service est réservé au Bénéficiaire présumé majeur. Lorsque le Bénéficiaire est majeur sous protection juridique, il est accompagné de son tuteur ou curateur.

Le Service est ouvert aux mineurs dans les conditions suivantes : les utilisateurs mineurs doivent être accompagnés de la personne titulaire de l'autorité parentale. L'accès au Service est réalisé sous la responsabilité propre et exclusive du titulaire de l'autorité parentale.

Pour pouvoir demander la mise en œuvre du Service, le Bénéficiaire est invité à s'assurer au préalable que :

- sa situation ne relève pas de l'urgence médicale,
- et que son médecin traitant est absent ou indisponible.

Ce Service requiert l'utilisation de moyens de communications à distance et en particulier :

- Un numéro de téléphone portable permettant au Bénéficiaire de recevoir des SMS,
- Un accès Internet de bonne qualité comprenant un navigateur Internet récent, ainsi qu'un équipement informatique de type ordinateur, tablette ou smartphone équipé d'une caméra et d'un micro pour la réalisation de la consultation médicale par visioconférence et le cas échéant la réception de prescriptions médicales.

Les Bénéficiaires ne peuvent utiliser le Service à d'autres fins que pour leur destination définie aux présentes CGU, et notamment, s'interdisent d'utiliser le Service, ses informations et Contenus, pour assurer la promotion d'un produit, d'un service, d'un établissement de santé, d'un professionnel de santé ou d'une pharmacie ou de manière générale à toute fin publicitaire ou promotionnelle ou professionnelle.

Le Service est destiné à l'usage personnel des Bénéficiaires et ne peut pas être utilisé au bénéfice d'une entreprise ou de tout autre organisme. Les sociétés commerciales, et de manière générale tout organisme ou entité ou profession réglementée ne peuvent pas en tant que tels devenir utilisateurs.

Toute autre utilisation en fraude des droits de l'Opérateur ou de l'Éditeur expose le Bénéficiaire à des poursuites.

Le Bénéficiaire reconnaît qu'il accède au Service par des modalités d'accès sécurisées. Il s'engage à ne pas communiquer ses éléments d'authentification à des tiers.

Lors d'un accès au Service via la plateforme téléphonique, le Bénéficiaire devra s'authentifier et renseigner : son nom, son prénom, sa date de naissance, son numéro de téléphone portable, son code postal ainsi que son adresse électronique.

Lors d'un accès au Service via le Site Internet, le Bénéficiaire sera amené à créer et renseigner son compte utilisateur dans les conditions décrites ci-dessous.

De même, l'Opérateur s'engage à traiter les sujets et les informations de façon neutre et se garde de toute attitude publicitaire ou promotionnelle envers un produit, un service ou un organisme particulier conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique.

Enfin, le Bénéficiaire reconnaît et accepte que l'intégralité des frais de téléphone et/ou de connexion au réseau Internet reste à sa charge.

Création et gestion du compte utilisateur sur le Site

Tout accès au Service via le Site Internet nécessite obligatoirement au préalable la création d'un compte utilisateur. Le Bénéficiaire crée son compte utilisateur en renseignant le formulaire qui lui est proposé par les données d'identification suivantes : nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone, adresse e-mail et code postal de sa résidence.

Lors de la création de son compte utilisateur, le Bénéficiaire reconnaît :

- avoir pris connaissance et accepter expressément et sans réserve les présentes CGU,
- avoir pris connaissance et accepter la politique de protection des données personnelles du Service,
- avoir dûment accepté le traitement de ses Données de santé afin de bénéficier du Service.

Lors de la création du compte utilisateur, le Bénéficiaire saisit les données qui permettent son identification sous son entière responsabilité et son entier contrôle et s'engage à communiquer des informations complètes, exactes et actualisées, et à ne pas usurper l'identité d'un tiers, ni à masquer ou modifier son âge.

Dans l'hypothèse où il communiquerait des informations fausses, inexactes, trompeuses, incomplètes ou périmées, l'Opérateur se réserve la possibilité de suspendre ou de refuser l'accès du Bénéficiaire, sans préavis ni indemnité, de façon temporaire ou définitive, à tout ou partie du Service.

La connexion par le Bénéficiaire à son compte utilisateur sur le site s'effectue en saisissant un mot de passe.

Le mot de passe requis est celui que le Bénéficiaire aura renseigné lors de la création de son compte utilisateur. Conformément aux exigences de sécurité requises, ce mot de passe doit comporter au moins 10 caractères, comportant au moins une minuscule, une majuscule sans accent ainsi qu'un caractère spécial.

Le Bénéficiaire est informé et reconnaît que son mot de passe est strictement personnel et confidentiel. À ce titre, il est entièrement responsable de l'utilisation de son mot de passe et s'engage à prendre toutes mesures utiles pour assurer la parfaite confidentialité de son mot de passe et s'engage à ne pas le communiquer, céder ou mettre à disposition d'un tiers.

Le mot de passe permet d'authentifier le Bénéficiaire et de lui imputer les actions réalisées sous son identification. Autrement dit, toute action réalisée sur le compte utilisateur du Bénéficiaire connecté à partir de son identifiant et de son mot de passe sera réputée avoir été effectuée par le Bénéficiaire et sous sa responsabilité exclusive.

Aussi, en cas de perte, de vol ou de toute utilisation frauduleuse de son mot de passe, le Bénéficiaire devra choisir un nouveau mot de passe en se connectant au sein du Site Internet à la rubrique « Je modifie mon profil » puis la rubrique « Mes informations personnelles ».

Le Bénéficiaire peut choisir à tout moment de clôturer son compte utilisateur en en faisant la demande auprès du Délégué à la protection des données personnelles de l'Opérateur à l'adresse suivante : AUXIA ASSISTANCE Service réclamation, TSA 10001, 78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX ou l'adresse Internet suivante : info@auxia.com

Information et aide à l'orientation dans le parcours de soins

Lorsque le Bénéficiaire accède au Service via la plateforme téléphonique, avant tout acte de téléconsultation ou de conseil en ligne, une information ou une orientation dans le parcours de soins peut lui être délivrée par une IDE.

L'information ou l'orientation dans le parcours de soins délivrée au Bénéficiaire ne constitue en aucun cas un acte de télémédecine au sens des articles L.6316-1 et suivants du Code de la santé publique.

L'attention du Bénéficiaire est attirée sur le fait que les informations diffusées sont strictement indicatives et ne sauraient donc remplacer en tout ou partie, les conseils, diagnostics, traitements ou recommandations fournis par les professionnels de santé compétents participant à la prise en charge du Bénéficiaire.

Les informations tendent à être scientifiquement exactes au moment de leur diffusion, fiables, pertinentes et communes aux Bénéficiaires. Néanmoins, AUXIA ASSISTANCE et l'Éditeur déclinent toute responsabilité concernant les erreurs ou omissions portant sur les informations délivrées dans le cadre du Service. De même, AUXIA ASSISTANCE et l'Éditeur ne sauraient être tenus responsables de l'interprétation ou de l'utilisation par le Bénéficiaire des informations ainsi délivrées.

Le Bénéficiaire est seul responsable de toute décision de quelque nature qu'elle soit, prise à partir d'une information fournie au sein du Service.

Lorsque le Bénéficiaire accède au Service via le Site, il sera directement mis en contact avec un Médecin téléconsultant après avoir fait une demande de rappel immédiat ou une prise de rendez-vous ultérieur.

Téléconsultation médicale

La consultation médicale délivrée par un Médecin téléconsultant est réalisée, selon le choix opéré par le Bénéficiaire : par téléphone ou par visioconférence. À cette occasion, le Médecin téléconsultant pourra délivrer au besoin une prescription médicale dans les conditions ci-dessous exposées.

Un compte-rendu de la téléconsultation médicale est établi par le Médecin téléconsultant. Le compte-rendu est mis à la disposition du Bénéficiaire au sein de son compte utilisateur sur le Site Internet.

Si le Bénéficiaire ne dispose pas de compte utilisateur, le compte-rendu sera accessible via un lien sécurisé qui lui sera adressé par courrier électronique.

Sur demande expresse du Bénéficiaire, le compte-rendu de la téléconsultation médicale pourra être adressé par courrier postal à son médecin traitant.

Prescription médicale

Lorsque le Médecin estime nécessaire d'établir une prescription médicale, celle-ci pourra être accessible par le Bénéficiaire :

-via son compte utilisateur au sein de la rubrique « je gère mes rendez-vous et mes documents » ;

-ou s'il ne dispose pas de compte utilisateur, par envoi d'un lien sécurisé à l'adresse de messagerie que le Bénéficiaire aura renseigné.

Pour des raisons de sécurité et de confidentialité, l'accès à la prescription médicale sur Internet requiert la saisie d'un code d'authentification forte. À cet effet, lors de l'appel, un code à usage unique est adressé par sms sur le numéro de téléphone portable communiqué par le Bénéficiaire.

Exclusion du service de téléconsultation et Limitations

Les exclusions déjà prévues dans le contrat santé d'AUXIA ASSISTANCE sont applicables au Service de téléconsultation. Le Bénéficiaire est informé et reconnaît que la fourniture du Service est soumise à l'appréciation indépendante des IDE et des Professionnels médicaux délivrant le Service.

Ainsi, le Professionnel de santé en charge de délivrer le Service au Bénéficiaire peut estimer, en application de ses obligations professionnelles et déontologiques, qu'il n'est pas en mesure de délivrer le Service lorsqu'un examen clinique avec présence physique du Bénéficiaire ou des examens complémentaires sont nécessaires. En conséquence, le Bénéficiaire reconnaît et accepte que, dans de telles situations, le Professionnel de santé l'informe et lui expose les motifs de l'impossibilité de lui délivrer le Service.

En aucun cas, la responsabilité de l'Opérateur du Service, ne saurait être engagée au titre de chacune de ces limites au bénéfice du Service. À ce titre, le Bénéficiaire reconnaît et accepte l'existence de ces limites au bénéfice du Service qui constituent des caractéristiques du Service fournies via le Site.

EN PLUS DE CES EXCLUSIONS, LES SITUATIONS SUIVANTES SONT EXCLUES DU SERVICE :

- LES SITUATIONS NÉCESSITANT UN EXAMEN PHYSIQUE DU BÉNÉFICIAIRE,
- LES SITUATIONS D'URGENCE MÉDICALE,
- LES DEMANDES DE TÉLÉCONSULTATION AVEC UN MÉDECIN AUTRE QU'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE,
- LE SUIVI DE PATHOLOGIES CHRONIQUES, DE GROSSESSES, DES NOURRISSONS DE MOINS DE 12 MOIS,
- LES PRESCRIPTIONS D'ARRÊT DE TRAVAIL, OU DE PROLONGATION D'ARRÊT DE TRAVAIL, DE CERTIFICAT MÉDICAL,
- LES DEMANDES DE SECOND AVIS MÉDICAL,
- LES PRESCRIPTIONS D'EXAMEN COMPLÉMENTAIRE REQUIS POUR COMPLÉTER LE DIAGNOSTIC TELS QUE PRESCRIPTIONS D'ANALYSES BIOLOGIQUES ET D'EXAMENS D'IMAGERIE MÉDICALE,
- LES PRESCRIPTIONS POUR UN RENOUVELLEMENT DE TRAITEMENT (SAUF DÉPANNAGE PONCTUEL, DANS LA LIMITE DE 7 JOURS),
- LES PRESCRIPTIONS DE TRAITEMENT SUPÉRIEURES A 7 JOURS,

CGU – SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE – AUXIA ASSISTANCE

- LES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS SOUMIS À PRESCRIPTION RESTREINTE, DE MÉDICAMENTS SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE, DE MÉDICAMENTS D'EXCEPTION ET DE STUPÉFIANTS,
- LES PRESCRIPTIONS DE PRÉPARATIONS MAGISTRALES OU OFFICINALES,
- LES PRESCRIPTIONS LORS D'UNE TÉLÉCONSULTATION RÉALISÉE PAR UN PATIENT SE SITUANT HORS DE L'UNION EUROPÉENNE.

Dans de telles situations, le Bénéficiaire reconnaît et accepte que le Professionnel de santé l'informe et lui expose les motifs de l'impossibilité de lui délivrer le Service.

8. INFORMATION

L'Utilisateur est informé qu'en cours d'utilisation du Service, son consentement sera à nouveau systématiquement recueilli à chaque fourniture du Service, au titre de :

- La réalisation d'actes de téléconsultation en ce qu'ils constituent des actes de télémédecine ;
- L'échange et le partage de ses données entre les Professionnels de santé participant à la fourniture du service de téléconsultation dans le cadre du Service, et appartenant à une équipe de soins, conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, de l'article L. 1110-12 Code de la santé publique et des dispositions de l'Arrêté du 25 novembre 2016 ;
- L'échange de ses données avec son médecin traitant, pour l'envoi de son compte-rendu de téléconsultation, le cas échéant ;

Le Bénéficiaire est informé qu'à tout moment et gratuitement, il a la possibilité de retirer son consentement, selon les modalités suivantes :

- Lors de la réalisation de l'acte de téléconsultation (dans le cadre du dispositif vidéo), auprès d'un Professionnel de santé, le retrait du consentement que le Bénéficiaire a exprimé étant suivi d'un mail de confirmation du retrait de son consentement à l'adresse mail renseignée au moment de la souscription du Contrat auprès du Groupe Malakoff Humanis ;

-À tout moment :

par email à dpo@malakoffhumanis.com

ou par courrier postal à DPO Groupe Malakoff Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 9.

Le cas échéant, le Bénéficiaire reconnaît en particulier qu'il ne pourra plus bénéficier du Service à compter du retrait de son consentement.

9. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le Service est destiné à permettre aux Bénéficiaires consentants de bénéficier de consultation médicale à distance en lien avec leur état de santé. La mise en œuvre du Service nécessite la collecte et le traitement de Données à caractère personnel au sens de la Réglementation.

Au regard de la Réglementation en matière de protection des données, il est précisé que :

- AUXIA ASSISTANCE est responsable de traitement pour le Service de téléconsultation médicale, tel que décrit aux présentes ;
- Europ Assistance France a la qualité de sous-traitant des Données personnelles pour le compte d'AUXIA ASSISTANCE.

Le Bénéficiaire est informé que les Données personnelles le concernant collectées et traitées dans le cadre du Service sont nécessaires à la fourniture des fonctionnalités du Service. À défaut, l'Utilisateur ne pourra pas accéder au Site Internet ou à la plateforme téléphonique et ne pourra dès lors pas bénéficier du Service.

Le Bénéficiaire ne peut utiliser le Service qu'après avoir émis un consentement exprès et préalable au titre du traitement de ses Données de santé par le biais d'une case à cocher spécifique qui lui est proposée au moment de l'accès au Service via le Site Internet ou le cas échéant lors de son appel téléphonique auprès de la plateforme téléphonique du Service.

L'attention du Bénéficiaire est attirée sur la sensibilité de ses Données de santé, couvertes par le secret médical qui s'impose aux professionnels de santé et dont l'utilisation par des personnes mal intentionnées est potentiellement susceptible de lui être dommageable.

Le Bénéficiaire est informé qu'un hébergeur certifié de données de santé assure un hébergement sécurisé de ses Données de santé collectées et traitées dans le cadre du Service, conformément aux dispositions de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique.

Les Données personnelles de l'Utilisateur sont strictement destinées :

- A lui-même ;
- A AUXIA ASSISTANCE, et ce uniquement pour les données administratives et d'identification de l'Utilisateur afin de permettre la vérification de son éligibilité au Service ;
- Aux Professionnels de santé délivrant le Service dans le respect des règles relatives au secret médical et au partage des Données de santé couvertes par le secret médical ;
- Aux chargés d'assistance spécifiquement habilités participant au Service de téléconsultation et dans le respect de leurs missions de gestion administrative ;
- Aux membres du personnel des prestataires techniques et des sous-traitants d'Europ Assistance France, spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ;
- Au personnel strictement habilité de l'hébergeur certifié de données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives ;
- Aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés...).

L'Opérateur garantit au Bénéficiaire que ses Données personnelles ne seront transmises à aucun tiers non autorisé, sans son accord. En particulier, le Bénéficiaire est informé que ses Données de santé ne sont en aucun cas transmises à AUXIA ASSISTANCE.

Le Bénéficiaire est informé que ses Données personnelles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité du traitement.

Elles seront susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, dans le respect de l'anonymat du Bénéficiaire.

Conformément à la Règlementation, le Bénéficiaire est titulaire d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des Données personnelles le concernant. Dans la limite des modalités légales, le Bénéficiaire dispose d'un droit à la portabilité des Données personnelles qu'il a fournies et du droit de décider du sort de ses données après sa mort.

Le Bénéficiaire peut également faire valoir son droit de limitation et son droit d'opposition selon les modalités légales. Lorsque les Données personnelles sont traitées à des fins de prospection, il a le droit, à tout moment et sans frais, de s'y opposer, y compris au profilage lié à une telle prospection.

Enfin, il dispose du droit de retirer son consentement à tout moment.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits, directement via les formulaires disponibles sur le site Internet du Groupe Malakoff Humanis à l'adresse suivante www.malakoffhumanis.com ou par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier postal à DPO Groupe Malakoff Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 9.

Toutes les demandes seront étudiées et recevront une réponse dans un délai d'un mois maximum à compter de la réception de la demande. Si la demande est imprécise ou ne comporte pas tous les éléments permettant de procéder aux opérations qui lui sont demandées, il pourra être demandé des éléments complémentaires. De même, il peut être demandé des informations supplémentaires en cas de doute sur l'identité du demandeur.

Le Bénéficiaire peut s'adresser au délégué à la protection des données à caractère personnel pour toute question concernant ses Données personnelles.

En cas de réclamation relative à la protection des données, il lui est possible, le cas échéant, de saisir la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le Bénéficiaire est invité à consulter la Politique de protection des données personnelles du Groupe Malakoff Humanis, accessible via le site Internet du Service de téléconsultation.

10. SÉCURITÉ

L'Opérateur met en œuvre toutes les mesures de sécurité afin de garantir la protection et la sécurité des Données personnelles du Bénéficiaire.

De manière générale, la préservation de la sécurité du compte utilisateur impose aux Bénéficiaires :

- de respecter les consignes de sécurité et notamment les règles relatives à la définition et au changement de ses éléments d'authentification ;
- de respecter la gestion des accès, en particulier, ne pas utiliser les éléments d'authentification d'un autre Bénéficiaire et ne pas les dévoiler à un tiers, quelles que soient ses qualités et activités professionnelles ;
- d'avertir l'Opérateur de tout dysfonctionnement technique constaté et de toute anomalie découverte.

Les Bénéficiaires reconnaissent l'existence de risques inhérents à l'utilisation des télécommunications et ce, y compris même en présence d'un accès sécurisé tel qu'il est mis en œuvre dans le cadre du Service, et tout particulièrement en termes de :

- délai de fiabilité du réseau Internet,
- continuité non garantie dans l'accès au Service et ses Contenus,
- performances non garanties, compte tenu notamment de la propagation de virus,
- toutes autres contraintes techniques qui ne sont pas sous le contrôle et la responsabilité de l'Opérateur.

En aucun cas, l'Opérateur ne saurait être tenu responsable de ces risques et de leurs conséquences préjudiciables quelle qu'en soit l'étendue, pour le Bénéficiaire.

11. SECRET MÉDICAL

À compter du moment où le Bénéficiaire est pris en charge dans le cadre du Service, l'ensemble des Données de santé recueillies ou produites à l'occasion de sa prise en charge entrent dans la sphère du secret médical.

À ce titre, les mesures de sécurité conformes aux exigences légales et réglementaires en vigueur sont déployées aux fins d'assurer la protection des Données de santé qui seront transmises par le Bénéficiaire aux IDE et Médecins du Service.

Dans le respect des règles relatives au secret médical et au partage des Données de santé couvertes par le secret médical, les Données de santé communiquées par le Bénéficiaire sont destinées exclusivement :

- Aux IDE,
- Aux Médecins,
- Aux personnels strictement habilités de l'hébergeur certifié de données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

Les Données de santé du Bénéficiaire sont hébergées chez un hébergeur de données de santé certifié conformément à l'article L.1111-8 du Code de la santé publique.

12. DÉONTOLOGIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les Professionnels de santé intervenant dans le cadre du Service sont soumis au respect de l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de leur profession telles qu'elles sont définies dans le Code de déontologie qui leur est applicable et interprétées par le Conseil National de l'ordre professionnel dont ils relèvent.

Le Service ne contrevient aucunement à l'une quelconque des obligations déontologiques s'imposant aux Professionnels de santé en particulier : le principe d'indépendance, du libre choix du patient, ou encore le principe d'interdiction de tout procédé direct ou indirect de publicité, notamment en faveur d'un professionnel de santé.

13. RESPONSABILITÉ

Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire demeure pleinement et personnellement responsable de l'utilisation du Service -en particulier de l'utilisation des informations dont il bénéficie dans ce cadre ainsi que de l'exactitude de l'ensemble des informations qu'il communique dans le cadre du Service dans les conditions de droit commun.

En aucun cas, l'Opérateur n'est en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence (notamment au plan scientifique, médical ou sanitaire) des données ou informations communiquées par le Bénéficiaire.

Le Bénéficiaire s'engage à valider l'adéquation du Service à ses besoins. Le Bénéficiaire reconnaît qu'il prend seul toute décision fondée sur le Service, le cas échéant, et que l'Opérateur n'assume aucune responsabilité au titre de la gestion d'une situation d'urgence médicale.

Toute situation d'urgence médicale doit conduire le Bénéficiaire à contacter immédiatement son médecin traitant ou médecin spécialiste qui le suit pour sa pathologie ou à composer les numéros d'urgence.

De manière générale, le Bénéficiaire s'engage à utiliser le Service :

- Dans le respect des présentes CGU, des lois, réglementation et droits des tiers ;
- De manière loyale et conformément à sa destination.

En cas de non-respect d'une ou plusieurs dispositions des présentes CGU, la délivrance du Service au Bénéficiaire, pourra être, unilatéralement, de plein droit et sans préavis, temporairement ou définitivement suspendue.

Responsabilité de l'Opérateur

L'Opérateur est tenu à une obligation de moyens dans le cadre de la mise à disposition du Service fourni dans les limites définies aux présentes CGU. De même, AUXIA ASSISTANCE est tenu à une obligation de moyens dans la proposition du Service à ses assurés Bénéficiaires.

L'Opérateur ne pourra être tenu pour responsable de tout dommage matériel ou immatériel, direct ou indirect, quelles qu'en soient les causes, y compris les dommages du fait des contraintes et limites du réseau téléphonique et/ou Internet résultant de l'utilisation du Service par le Bénéficiaire ainsi que de l'impossibilité, pour le Bénéficiaire, d'avoir accès au Service, à l'exception des dommages directs consécutifs à une faute lourde ou intentionnelle.

Responsabilité des Professionnels de santé

Les Professionnels de santé, chacun en ce qui les concerne, sont intégralement et exclusivement responsables des informations, conseils, orientations et décisions qu'ils donneront au Bénéficiaire dans le cadre de l'utilisation par ce dernier du Service, conformément aux obligations légales, réglementaires et déontologiques qui président à l'exercice de leurs activités professionnelles.

Dans le cadre d'une communication à distance, les Professionnels de santé ne sont pas en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence des informations communiquées par le Bénéficiaire. À ce titre et dans le cas de transmission d'informations erronées par le Bénéficiaire, leur responsabilité ne pourra être engagée.

14. PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

Contenus du Service

L'ensemble des Contenus accessibles par le biais du Site sont protégés par des droits de propriété intellectuelle, détenus par l'Éditeur ou pour lequel il dispose un droit d'usage.

Ces Contenus sont exclusivement destinés à l'information et l'usage personnel du Bénéficiaire qui bénéficie d'un droit d'usage privé, non collectif et non exclusif.

Sauf autorisation expresse et préalable du Bénéficiaire, sont interdites toutes reproductions, représentations et utilisations par le Bénéficiaire autres que celles visées ci-dessus et notamment :

- toute adaptation, mise à disposition du public à sa demande ou non, distribution, rediffusion sous quelque forme que ce soit, mise en réseau, communication publique, à titre gratuit ou onéreux, de tout ou partie des œuvres, prestations, marques et tous éléments protégés ou susceptibles de protection par le droit de la propriété intellectuelle reproduits au sein du Site ;
 - tout lien, accès, modification, ajout, suppression qui porte sur le système de traitement automatisé de l'édition en ligne et modifie les conditions de publication ou la politique éditoriale.
- Tout manquement du Bénéficiaire à ces obligations constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Marque, logo, signe distinctif

Sauf précision contraire, toutes les marques utilisées au sein du Site sont la propriété d'Auxia Assistance ou pour lesquelles elle détient les droits d'utilisation.

Sauf autorisation expresse et préalable d'Auxia Assistance, tout usage de cette marque ainsi que toutes autres marques, figuratives ou non, visualisées appartenant à l'Auxia Assistance ou pour lesquelles elle détient les droits d'utilisation expose l'Utilisateur à des poursuites judiciaires.

15. FORCE MAJEURE

L'Opérateur ne sera pas tenu responsable de toute inexécution ou retard dans l'exécution du Service, causés par des événements hors de leur contrôle qui ne pouvaient être raisonnablement prévus et dont les effets ne peuvent

être évités par des mesures appropriées, et empêchant l'exécution de leurs obligations au sens de la définition légale figurant à l'article 1218 du code civil.

16. CONVENTION DE PREUVE

Le Bénéficiaire reconnaît et accepte, qu'après son authentification par téléphone ou via le Site : l'acceptation des présentes CGU, de la politique de protection des données à caractère personnel et du recueil de son consentement au titre du traitement de ses Données de santé, constituent notamment une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil.

Conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil et des articles 1111-25 et suivants du Code de la santé publique, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées. Notamment la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base de l'usage d'un mot de passe/login est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées.

En conséquence de quoi, sauf erreur manifeste et prouvée de l'Opérateur, le Bénéficiaire ne pourra pas contester la recevabilité, la validité ou la force probante des éléments sous format ou support électronique précités, sur le fondement de quelque disposition légale que ce soit et qui spécifierait que certains documents doivent être écrits ou signés pour constituer une preuve.

Ainsi, les éléments considérés constituent des preuves et, s'ils sont produits comme moyens de preuve par l'Opérateur dans toute procédure contentieuse ou autre, seront recevables, valables et opposables de la même manière, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document qui serait établi, reçu ou conservé par écrit.

Le Bénéficiaire est informé et reconnaît que toute ordonnance générée dans le cadre du Service repose sur une signature électronique simple, émise sur la base d'un procédé fiable d'identification défini par convention avec les Médecins téléconsultants garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache et l'intégrité des données matérialisées.

Le Bénéficiaire est informé et reconnaît que la convention de preuve portant sur les ordonnances lui est opposable et accepte, qu'après l'authentification du Médecin, toute manifestation de sa volonté pour l'émission des comptes rendus et des ordonnances en cas de prescriptions, reposent sur une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code, et manifeste l'accord du Médecin en caractérisant sa preuve.

17. RESILIATION DE L'ACCÈS AU SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION PAR L'OPERATEUR

Le Bénéficiaire accepte que l'Opérateur résilie immédiatement son accès au Service de téléconsultation sans préavis, ni mise en demeure, ni indemnité de quelque nature que ce soit, à l'échéance de son contrat d'assurance santé auprès de l'Opérateur et lui ouvrant au Service de téléconsultation, ou en cas de manquement à l'une quelconque des obligations décrites aux présentes CGU, ou à la législation en vigueur. Sans limitation de ce qui précède, sont notamment susceptibles de fonder une résiliation de l'accès du Bénéficiaire au Service de téléconsultation :

- Les infractions ou violations des présentes CGU ;
- Le non-respect d'une disposition légale ou réglementaire en vigueur ;
- Toute attitude ou propos indécent ou irrespectueux dans le cadre de l'utilisation du Service de téléconsultation ;

- Une tentative d'accès au Service de téléconsultation non autorisée, par une utilisation frauduleuse du système ou par une usurpation des éléments d'authentification ;
- Un empêchement définitif.

18. INFORMATION ET RÉCLAMATION

Toute demande de renseignement, d'information ou réclamation relative au Service de téléconsultation médicale et aux présentes CGU doivent être adressées par courrier postal à :

AUXIA
Service Relations Clients
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Ou par courriel à l'adresse suivante : info@auxia.com.

Le service réclamation prend en charge votre demande et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Tout litige relatif au Service de téléconsultation sera soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun. Les présentes CGU sont soumises à la loi française.

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 :

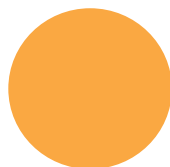
- Avenant au contrat : 10 €.
- Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.
- Relevés des prestations :
 - › Si Vous avez opté pour un virement automatique et un relevé mensuel : gratuit.
 - › Si Vous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



Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
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 géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par QUATREM.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE