

surcomplémentaire santé universelle 4

Pour un remboursement maximum
de vos dépenses de santé

Cotisations 2014

POUR CEUX
QUI ONT
DÉJÀ UNE
COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ
EMPLOYEUR



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

Surcomplémentaire Santé Universelle 4

les garanties qui vous manquent !

Vous possédez déjà une complémentaire santé, mais elle ne vous propose pas un niveau de garanties dont vous avez besoin ? Vous souhaitez être certain d'être bien assuré en cas d'évènement imprévu ?

APRIL vous propose Surcomplémentaire Santé Universelle 4 pour renforcer le niveau des garanties de votre complémentaire santé.

UN RENFORT DE GARANTIES COMPLET

- Toutes les garanties essentielles sont renforcées : hospitalisation, soins, consultations...
- Bénéficiez de forfaits très avantageux :
 - Forfait optique **jusqu'à 157,50 €⁽¹⁾**,
 - Forfait dentaire **jusqu'à 500 €⁽¹⁾**,
 - Forfait obsèques **jusqu'à 457,35 €⁽¹⁾⁽²⁾**,
 - Forfait maternité **jusqu'à 262,65 €⁽¹⁾** en cas de naissance ou d'adoption,
 - Forfait cure thermale **jusqu'à 262,65 €⁽¹⁾**.

(1) Par bénéficiaire et par année d'adhésion selon le niveau souscrit conformément au tableau des garanties.

(2) Forfait versé jusqu'au 65ème anniversaire de l'assuré.

UN CONTRAT FACILE À SOUSCRIRE ET À VIVRE

- aucune formalité médicale,
- couverture possible dès le lendemain de la réception de votre demande d'adhésion,
- bénéficiez des garanties de votre contrat tant que vous le souhaitez
- âge à l'adhésion : 65 ans maximum.

VOS
REMBOURSEMENTS
EN
24 H⁽¹⁾

Connectez-vous sur <https://monespace.april.fr>
et découvrez en ligne votre ESPACE ASSURÉ.

(1) Dès réception des éléments nécessaires au traitement de votre dossier

Cotisations mensuelles TTC 2014

un prix minimum pour une garantie maximale

TOUS RÉGIMES OBLIGATOIRES

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Adulte ≤ 65 ans ⁽¹⁾ et Enfant ≤ 21 ans	10.64 €	21.27 €	31.92 €

Majoration Île-de-France (sauf département 77 - Seine et Marne) : 20 % niveaux 1, 2 et 3.

(1) Vous devez être âgé de 65 ans maximum pour souscrire au contrat.



Surcomplémentaire Santé Universelle 4

Des garanties complètes

Prestations en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou en euro. Ces garanties viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé ou mutuelle. Les forfaits et plafonds de garanties figurants dans ce tableau ne sont valables qu'une fois par assuré et par année d'adhésion⁽¹⁾. Ils ne peuvent donc pas être reportés d'une année sur l'autre.

GARANTIES

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
LIMITE D'ÂGE À L'ADHÉSION 65 ANS			
FRAIS HOSPITALIERS EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ			
Hospitalisation médicale et chirurgicale Frais de séjour⁽²⁾, honoraires chirurgicaux	+25 %	+50 %	+75 %
HONORAIRES MÉDICAUX			
Généralistes, spécialistes, radiologie, auxiliaires médicaux, soins externes, actes médicaux courants, analyses, pharmacie	+25 %	+50 %	+75 %
APPAREILLAGE			
Orthopédie, prothèses auditives, petit appareillage	+25 %	+50 %	+75 %
TRANSPORT			
Frais de transport	+25 %	+50 %	+75 %
FRAIS DENTAIRES			
Soins dentaires	+25 %	+50 %	+75 %
Orthodontie et Prothèses dentaire acceptées ou refusées par la Sécurité sociale dès la deuxième année d'adhésion⁽¹⁾	+25 % Plafond de remboursement par assuré et par année d'adhésion ⁽¹⁾ : 80 € puis 160 € à partir de la 3 ^{ème} année	+50 % Plafond de remboursement par assuré et par année d'adhésion ⁽¹⁾ : 160 € puis 320 € à partir de la 3 ^{ème} année	+75 % Plafond de remboursement par assuré et par année d'adhésion ⁽¹⁾ : 250 € puis 500 € à partir de la 3 ^{ème} année
FORFAIT OPTIQUE			
Verres, monture, lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	52,50 € par année d'adhésion ⁽¹⁾	104,84 € par année d'adhésion ⁽¹⁾	157,50 € par année d'adhésion ⁽¹⁾
CURE THERMALE			
Prise en charge par la Sécurité sociale (forfait excluant tout autre remboursement)	87,39 €	174,94 €	262,65 €

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

(2) Poste soumis à un délai d'attente. Pour en savoir plus, veuillez consulter les conditions générales du contrat ou vous renseigner auprès de votre assureur conseil.

GARANTIES

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
MATERNITÉ			
Forfait naissance, adoption (versé à la mère si cette dernière figure sur le contrat)	87,39 €	174,94 €	262,65 €
INDEMNITÉS OBSÈQUES			
(forfait versé jusqu'à 65 ans)	152,45 €	304,90 €	457,35 €

MON CONSEIL

Niveau :

Cotisation : €/mois

À SAVOIR

Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille.

Ce contrat ne prend pas en charge la participation forfaitaire de 1€ (consultations, actes techniques, et analyses biologiques) et les franchises médicales appliquées par la Sécurité sociale :

- 0,50 € par boîte de médicament
- 0,50 € par acte paramédical
- 2 € par transport sanitaire

La base de remboursement est le tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie comme référence pour calculer les remboursements. Le remboursement de l'Assurance Maladie résulte d'un taux appliqué à cette base de remboursement.

Exemples de remboursements

Avec la Surcomplémentaire santé d'APRIL, les remboursements de votre complémentaire actuelle sont renforcés.

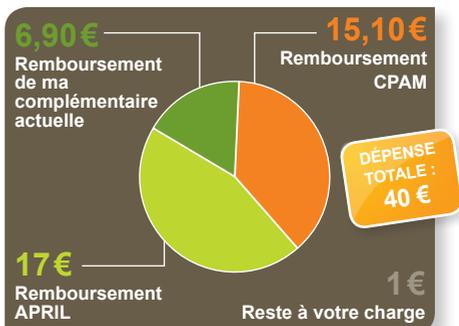
POUR COMPRENDRE

La dépense réelle ➔ le remboursement de la Sécurité sociale ➔ celui de votre complémentaire actuelle ➔ celui de votre surcomplémentaire APRIL ➔ ce qui vous reste à charge.

Je travaille dans une PME et profite de la mutuelle santé collective de ma société. Pour un rendez-vous chez mon gynécologue, ma complémentaire santé me rembourse à 100 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Grâce à la Surcomplémentaire d'APRIL, ma consultation m'est complètement remboursée.

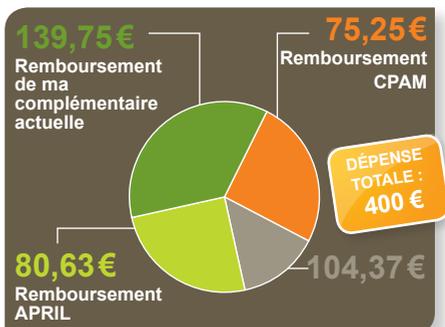
Christine 40 ans, Niveau 3



Je vais chez le dentiste pour effectuer la pose d'une couronne.

Ma complémentaire santé me rembourse à 200 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

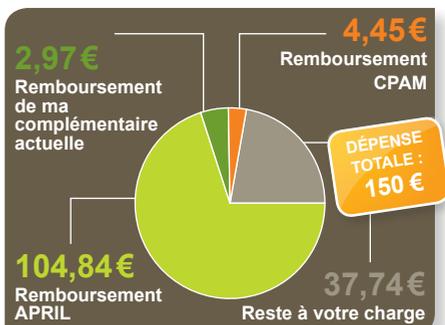
Michel, 45 ans, Niveau 3



Je me rends chez mon opticien pour l'achat d'une paire de lunettes pour voir de près (monture + verres à faible correction).

Ma complémentaire santé me rembourse à hauteur de 100 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Maxime, 35 ans, Niveau 2



Des services pour vous simplifier la vie et améliorer votre pouvoir d'achat !

MON ESPACE ASSURÉ

...sur <https://monespace.april.fr> et sur mon mobile avec APRIL Mon Espace

- Simulez et consultez vos remboursements 7j/7 et 24h/24
- Demandez une prise en charge hospitalière, un devis optique ou dentaire
- Contactez-nous directement par e-mail ou dialoguez avec un conseiller via le *chat*
- Abonnez-vous à l'@lerte remboursement: un e-mail ou un SMS vous informe du montant de chaque remboursement, au moment où il est effectué
- Actualisez vos informations personnelles : RIB, adresse, téléphone, e-mail.



Téléchargez l'application APRIL Mon Espace et connectez-vous grâce à vos identifiants Espace Assuré



MES RÉDUCTIONS PARTENAIRES

APRIL Santé Prévoyance a négocié pour vous des réductions exclusives auprès de nombreux partenaires⁽¹⁾ autour des univers :

- de la santé et du bien-être
- des loisirs
- de la vie quotidienne
- des vacances

Pour découvrir toutes vos réductions, connectez-vous sur votre Espace Assuré, <https://monespace.april.fr> (rubrique Mes services & avantages, Mes réductions partenaires).



(1) Les réductions auprès des opticiens partenaires est une offre valable uniquement en France Métropolitaine (hors Caraïbes, Réunion et Mayotte).

MES ACHATS GAGNANTS⁽²⁾

Achetez en ligne, sur votre portail de cashback pour vous constituer une cagnotte !

Pour chaque commande en ligne sur le site de l'une de nos 300 enseignes partenaires : Marionnaud, Virgin, Décathlon, Conforama..., vous créditez un pourcentage du montant de vos achats sur une cagnotte.



(2) Les conditions générales d'utilisation du service Achats Gagnants sont disponibles sur www.achatsgagnants.fr.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	p.9
1. QUI PEUT ADHERER ET ÊTRE ASSURÉ ?.....	p.10
2. QUE GARANTIT LA CONVENTION SURCOMPLÉMENTAIRE SANTE UNIVERSELLE 4	p.10
3. LE CONTRÔLE MÉDICAL	p.12
4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	p.12
5. VOTRE COTISATION	p.13
6. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE	p.13
7. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS SUIS-JE GARANTI ?.....	p.14
7.1 PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	p.14
7.2 DÉLAIS D'ATTENTE	p.15
7.3 DURÉE DES GARANTIES	p.15
7.4 LES GARANTIES DU CONTRAT CESSENT	p.16
7.5 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	p.16
8. PRESCRIPTION	p.16
9. LES INFORMATIONS QUE VOUS DEVEZ PORTER À NOTRE CONNAISSANCE	p.17
10. SUBROGATION.....	p.18
11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?.....	p.18
LEXIQUE.....	p.18

PREAMBULE

Les présentes conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe à adhésion facultative SURCOMPLEMENTAIRE SANTE UNIVERSELLE 4 souscrite par l'**Association des Assurés d'APRIL** auprès d'**AXERIA Prévoyance**.

AXERIA Prévoyance est une compagnie d'assurance vie au capital de 31 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle, 69487 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR : 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09).

AXERIA Prévoyance est également désignée par le terme "**Organisme assureur**" dans les présentes conditions générales.

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

L'**organisme gestionnaire de cette convention** est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance** – SA au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03 – RCS Lyon 428 702 419 - N° ORIAS 07 002 609, ci-après dénommé **APRIL**.

APRIL est également désignée par le terme "**Nous**" dans les présentes conditions générales.

L'adhésion à cette convention est constituée par la demande d'adhésion, les présentes conditions générales et le **Certificat d'adhésion**. Elle est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à la Convention SURCOMPLEMENTAIRE SANTE UNIVERSELLE 4. Il est également désigné par le terme « **Vous** » dans les présentes conditions générales.

Le terme "**Assuré**" désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la convention SURCOMPLEMENTAIRE SANTE UNIVERSELLE 4, c'est-à-dire "Vous" et les "Membres de votre famille" répondant aux conditions pour être assuré. Les Assurés sont inscrits au **Certificat d'adhésion**.

Les garanties de la présente convention d'assurance **ne s'inscrivent pas** dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dit « Contrats responsables » issu de l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. Cependant, les garanties ne prennent pas en charge la participation de l'assuré aux dépenses de soins prévue par les dispositions de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

AVEC APRIL JE COMPRENDS

À NOTER :

En adhérant à ce contrat vous devenez membre d'une association pouvant vous venir en aide en cas de détresse grâce à son fond social. Vous pouvez consulter les statuts sur notre site www.april.fr.

À NOTER :

La gestion de votre contrat par APRIL Santé Prévoyance c'est la garantie d'un service de qualité notamment en terme de délais. Vos prestations sont ainsi gérées en 24 heures et vos réclamations traitées en 48 heures. Vos remboursements sont accessibles à tout moment sur l'espace Assuré www.april.fr.

Ce contrat ne vous permet pas de bénéficier du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (chèque santé) ou du dispositif fiscal Madelin si vous êtes travailleur non salarié.

En conséquence, vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions de ces dispositions.

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

1 - QUI PEUT ADHERER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour être admissible à l'assurance, tout proposant doit :

- résider en France,
- relever d'un Régime d'assurance maladie obligatoire français,
- avoir à l'adhésion un âge inférieur ou égal à celui prévu au tableau des garanties,
- bénéficier d'une **Garantie complémentaire** souscrite auprès d'un organisme autre qu'APRIL.

Peuvent également être assurés au titre de cette convention, votre **Conjoint** et vos enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance maladie Obligatoire français et bénéficiaires d'une **Garantie complémentaire**. Ils sont alors inscrits au **Certificat d'adhésion** et désignés dans les présentes conditions générales par le terme "Membre de votre famille".

2 - QUE GARANTIT LA CONVENTION SURCOMPLEMENTAIRE SANTE UNIVERSELLE 4 ?

La convention rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un **Régime obligatoire** ainsi qu'au titre de la **Garantie complémentaire**.

Les prestations sont basées sur la valeur du Tarif de convention ou du Tarif d'autorité ou toute autre participation fixée par la réglementation Sécurité sociale en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du **Régime obligatoire** et de la **Garantie complémentaire**.

Pour les actes, conventionnés ou non conventionnés, concernés par la nouvelle nomenclature CCAM, les garanties exprimées en pourcentage du Tarif de Convention (TC), du Tarif d'Autorité (TA) ou du Tarif de Responsabilité (TR) désignent des remboursements en pourcentage de la **Base de Remboursement** du **Régime Obligatoire**.

La participation forfaitaire et les franchises médicales, prévues à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, restent à la charge des Assurés.

Le remboursement est effectué poste par poste selon le niveau choisi, conformément au tableau des garanties.

Les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées sont prises en charge au titre de la garantie dans la limite de

À NOTER :

Si au cours de la vie du contrat votre situation devait changer, n'oubliez pas d'en informer APRIL Santé Prévoyance en suivant les indications de l'article 9 des présentes conditions générales.

Cela signifie que votre contrat ne vous remboursera pas les sommes forfaitaires que la Sécurité sociale laisse à la charge des assurés sociaux notamment en cas d'achat de médicament ou de consultation. Pour plus de détail rendez vous sur le site de l'Assurance maladie "amel.fr".

CONSEIL :

Le tableau des garanties vous permet de connaître exactement votre niveau de remboursement en fonction des dépenses de soins que vous envisagez. N'hésitez pas à le consulter !

3 consultations par Assuré et par Année d'adhésion d'après les remboursements prévus dans chaque niveau et déduction faite du remboursement du **Régime obligatoire** et de la **Garantie complémentaire**.

Si les remboursements du **Régime obligatoire** sont modifiés au cours de l'année, APRIL se réserve le droit de conserver le remboursement surcomplémentaire qui était le sien en valeur absolue avant ladite modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Les frais réels supérieurs au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale devront être justifiés.

Plafonds :

Les remboursements sont plafonnés selon le niveau choisi, conformément aux tableaux des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un Assuré ne peut excéder la dépense réelle.

Forfait cure thermale :

Les frais de cure thermale (pris en charge par le **Régime obligatoire**) sont remboursés par le forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi.

Il exclut le remboursement de tout autre frais. Il n'est versé qu'un seul forfait par Assuré et par Année d'adhésion.

Forfait naissance/adoption :

Le séjour maternité ou l'adoption sont remboursés par un forfait selon le niveau choisi. Il est versé à l'Assurée accouchant d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples. **Il exclut le remboursement de tout autre frais**, sauf les dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale ou de complication pathologique qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi.

Il est également versé à l'Assurée adoptant un enfant.

Indemnité obsèques :

En cas de décès d'un Bénéficiaire, il est versé au **Conjoint**, à défaut à ses enfants par parts égales, à défaut à ses ascendants, à défaut à ses héritiers, le forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

La garantie Indemnité Obsèques cesse à 65 ans.

Etendue géographique :

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par le **Régime obligatoire** de l'Assuré sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties. Les prestations sont remboursées en France et en euros.

3 - LE CONTRÔLE MÉDICAL

APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état, à défaut le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

En cas d'**Accident** ou de **Maladie** atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

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

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

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable, soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou définitif, à moins que trois (3) mois ne soient écoulés depuis sa nomination, sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

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

4 - QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

Les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à APRIL dans les trois (3) mois qui suivent le paiement de la Sécurité sociale ou l'arrivée d'un enfant :

- les décomptes originaux du **Régime Obligatoire**,
- les notes ou factures acquittées,
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance ou les décomptes joints au règlement de la **Garantie Complémentaire**,
- une copie du livret de famille pour le forfait naissance,

À NOTER :

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

CONSEIL :

Respectez bien ce délai. C'est à compter de votre déclaration que votre dossier sera étudié et que vous pourrez être indemnisé.

- un bulletin de décès, un certificat post-mortem ou toutes autres pièces qu'APRIL estimera nécessaire pour l'indemnité obsèques.

En cas d'**Hospitalisation**, l'Assuré doit adresser à APRIL les pièces justificatives nécessaires :

- un certificat médical détaillé,
- le bulletin de situation,
- le procès verbal de l'**Accident** ou à défaut, le constat amiable.

CONSEIL :

Pour une étude rapide de votre demande d'indemnisation, adressez nous un dossier complet.

5 - VOTRE COTISATION

La cotisation à l'adhésion (taxes actuelles comprises) est fonction de l'âge, du domicile et du niveau choisi.

La cotisation évolue en fonction de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge, du domicile et du niveau choisi.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des Assurés venait à être augmentée par une réglementation ultérieure de la Sécurité sociale.

En cas de modification du niveau de garantie souscrit, suite à une demande de l'Adhérent, ou de changement de **Régime obligatoire**, il sera tenu compte, pour le calcul de la cotisation, de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet de ladite modification.

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

A défaut du paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties trente (30) jours plus tard. Après un nouveau délai de dix (10) jours, APRIL résiliera de plein droit le contrat. En outre, elle pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière.

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.

À NOTER :

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

6 - CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- *les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère,*

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours,
- les Hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements conventionnés et non conventionnés,
- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures avec Hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés, les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues,
- les soins esthétiques, la thalassothérapie,
- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux en application des dispositions de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale.

Montants appliqués au 01/01/2014 :

- Franchise de 50 cts par boîte de médicament
- Franchise de 50 cts par acte paramédical
- Franchise de 2 € par transport sanitaire.
- Participation forfaitaire de 1 € par consultation, analyse biologique et acte technique.

7 - À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS SUIS-JE GARANTI ?

7.1 Prise d'effet de vos garanties :

À la date indiquée sur le **Certificat d'adhésion** et au plus tôt le lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL sous condition suspensive du paiement de la première cotisation et sous réserve d'acceptation par APRIL concrétisée par l'émission d'un **Certificat d'adhésion**.

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

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent :

"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou une Convention 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 avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de la Convention, 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 de la Convention, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation".

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de quatorze (14) jours à compter du jour où le contrat à distance est conclu.

CONSEIL :

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

À NOTER :

Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre contrat si ce dernier a été signé suite à une visite ou une sollicitation d'un assureur conseil à votre domicile ou sur votre lieu de travail (même si cette visite s'est faite à votre demande).

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

Vous devez Nous adresser la lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL Service Adhésion santé – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

«Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention "SURCOMPLEMENTAIRE SANTE UNIVERSELLE 4 " n°..... que j'avais souscrit lepar l'intermédiaire du cabinet....

Fait à le signature ».

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

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

7.2 Délais d'Attente :

- Un **Délai d'attente** de six (6) mois est applicable en cas d'**Hospitalisation**. Toutefois, ce **Délai d'attente** est supprimé pour les **Hospitalisations** consécutives à un **Accident**.

Ce **Délai d'attente** peut être abrogé en cas de garantie antérieure équivalente.

- Un **Délai d'attente** de douze (12) mois est applicable pour l'orthodontie et les frais de prothèses dentaires.

- Pas de **Délai d'Attente** pour les enfants à condition qu'ils soient inscrits dans les deux (2) mois qui suivent leur naissance ou adoption.

Ces **Délais d'attente** s'appliquent en cas d'augmentation ou d'adjonction de garantie, aux prestations résultant de cette augmentation ou adjonction.

7.3 - Durée des garanties :

Elles sont viagères dès la date d'adhésion à l'exception de la garantie Indemnités Obsèques qui cesse au 65ème anniversaire de l'Assuré.

L'échéance est au 31/12. L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction à compter du 1^{er} janvier suivant la date d'adhésion, pour autant que la convention reste en vigueur.

En cas de cessation d'activité de l'Association des Assurés d'APRIL, l'organisme assureur s'engage à maintenir aux Assurés l'intégralité des garanties dont ils bénéficieront à la date de cessation.

CONSEIL :

Cela signifie que vos frais d'orthodontie et de prothèse dentaire ne seront pas pris en charge pendant cette période.

À NOTER :

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

7.4 - Les garanties du contrat cessent :

- a) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association des Assurés d'APRIL ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent).
- b) en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de un (1) mois au moins,
- c) en cas de non-paiement des cotisations, les garanties étant suspendues dix (10) jours avant la résiliation (Cf. Art 5),
- d) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Assuré,
- e) en cas de résiliation de la **Garantie Complémentaire**.

Les garanties et le droit aux prestations cessent à la date d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation par l'Organisme assureur ou l'Association dans les cas énoncés au a), d), l'organisme assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'Adhérent, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de résiliation.

En cas de décès de l'Adhérent, s'il n'est pas seul Assuré, le contrat continue à produire ses effets à l'égard des autres Assurés, à charges pour eux d'exécuter les obligations dont était tenu l'Adhérent, jusqu'à l'échéance annuelle suivante.

7.5 - Sanctions en cas de fausse déclaration :

Le présent contrat est établi d'après les déclarations des Assurés.

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le sinistre, par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat. De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

À NOTER :

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

8 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances, toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

À NOTER :

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

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque

couru, que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance ;

- En cas de réalisation du risque, que du jour où les Assurés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Si l'action de l'Assuré contre l'Organisme 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, par la désignation d'un expert à la suite de la réalisation d'un risque ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressé par l'Adhérent ou l'Assuré à APRIL Santé Prévoyance en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL Santé Prévoyance à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

En aucun cas il ne pourra être apporté de modification sur la durée de la prescription ni d'ajouts sur ses causes de suspension ou d'interruption et ce même en cas d'accord entre l'Adhérent et l'Organisme assureur.

9 - LES INFORMATIONS QUE VOUS DEVEZ PORTER À NOTRE CONNAISSANCE

L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent Nous être transmis directement.

En Nous communiquant votre adresse électronique, Vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion Vous soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, Nous demander de cesser ce mode de communication.

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

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

Ainsi, en cours de votre adhésion, Vous devez Nous déclarer par écrit dès que Vous en avez connaissance, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle, de **Garantie Complémentaire** ou résiliation de celle-ci ou, de cessation d'activité professionnelle.

Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition.

En cas de refus, la résiliation de votre adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

CONSEIL :

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

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

10 - SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un **Accident** causé par un tiers, nous pourrions agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui vous ont été versées.

CONSEIL :

Si vous êtes victime d'un accident impliquant un tiers responsable, contactez le service santé APRIL Santé Prévoyance.

11 - QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

En cas de difficultés dans l'application de votre Convention, nous vous recommandons de vous adresser à votre Assureur conseil. Si un différend éventuel persiste après réponse, vous pouvez adresser votre réclamation écrite au Service Clients – APRIL– 114 bvd Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03.

Si malgré tout, la réponse apportée ne vous donnait pas satisfaction, vous pourrez demander l'avis du médiateur, sans préjudice de votre droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

À NOTER :

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

LEXIQUE

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Année d'adhésion :

Période d'un an (1) qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion pour chaque Bénéficiaire.

Base de Remboursement :

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

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

Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la présente convention de groupe et qui précise pour chacun des bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi.

Conjoint :

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

Exemple :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 15/09/2013. L'Année d'adhésion correspond à la période du 15/09/2013 et le 15/09/2014.

Délai d'Attente :

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

Garantie complémentaire :

Garantie dont l'Assuré bénéficie auprès d'une société d'assurance, ou d'un autre organisme habilité et destinée à lui rembourser la part de ses frais de soins non pris en charge par son Régime obligatoire.

Hospitalisation :

Fait de recevoir des soins nécessitant un séjour d'au moins vingt-quatre (24) heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales permettant ces pratiques, ainsi que le personnel nécessaire).

Maladie :

Altération de la santé constatée par une autorité médicale.

Toutefois, sont considérées comme des *Maladies* et non comme des *Accidents*, les affections aiguës ou chroniques telles que lumbagos, tour de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un *Accident* caractérisé).

Régime obligatoire :

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

TA (Tarif d'Autorité) :

Base de remboursement du **Régime obligatoire** établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (Tarif de Convention) :

Base de remboursement du **Régime obligatoire** établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) :

Base de remboursement calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établit par Arrêté ministériel.

TR (Tarif de Responsabilité) :

Cela vise :

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

APRIL, changer l'image de l'assurance

A sa création en 1988, APRIL a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de 6 millions d'assurés qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux 3 830 collaborateurs du groupe.

APRIL a su gagner leur confiance en leur proposant des contrats qui respectent un juste équilibre entre le prix, le niveau de protection et le service associé et a ainsi démontré que l'assurance n'est plus ce qu'elle était.

L'Association des Assurés d'APRIL vous soutient au quotidien grâce à son Action Sociale

Pour votre santé

- Aide en cas d'hospitalisation
- Participation aux frais de santé onéreux
- Optique Solidaire **NOUVEAU**
- Soutien psychologique **NOUVEAU**

Pour votre maintien à domicile

- Services à Domicile **NOUVEAU**
- Aide à l'Autonomie **NOUVEAU**

Et plus globalement

- Soutien Juridique
- Soutien Cotisations **NOUVEAU** d'Assurance

+ d'infos et conditions d'accès au fonds social de l'association sur www.associationdesassuresapril.fr

Association
des **assurés** d'APRIL

Comment exprimer votre réclamation ?

Malgré notre attention permanente, des insatisfactions ou des difficultés peuvent parfois survenir. Vous pouvez exprimer votre réclamation.

Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone au 09 74 50 20 20, soit par mail, soit par courrier, soit à l'aide du formulaire « Une insatisfaction » disponible sur votre Espace Assuré.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamations (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations APRIL Santé Prévoyance 114 Bd Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03).

Si la réponse ne vous satisfait pas et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel à un médiateur dont les coordonnées vous seront communiquées par le Service Réclamations, sur demande écrite.

CONTACTEZ VOTRE ASSUREUR-CONSEIL

ADP Assurances
101 rue des juifs
50400 GRANVILLE
Tél : 01 83 62 11 09
Email : contact@adpsante.fr

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03
Tél. : 0974 50 94 94 - Fax : 04 78 53 65 18 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - 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 - 61 rue Tailbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.