

mon assurance santé à la carte

Conditions Générales
valant notice d'information



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

Conditions générales valant notice d'information

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	p.3
1 - QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?	p.3
2. QUE GARANTIT LA CONVENTION MON ASSURANCE SANTE A LA CARTE ?	p.4
3. VOS GARANTIES	p.4
3.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.4
3.2 CONTENU DES GARANTIES	P.4
3.2.1 EN CAS D'HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ	P.5
3.2.2 FRAIS MÉDICAUX	P.6
3.2.3 PHARMACIE	P.7
3.2.4 FRAIS DENTAIRE	P.7
3.2.5 OPTION À LA CARTE : OPTIQUE	P.8
3.2.6 OPTION À LA CARTE : JEUNES & ACTIFS	P.8
3.2.7 OPTION À LA CARTE : BAMBINS	P.9
3.2.8 OPTION À LA CARTE : ZEN	P.9
3.2.9 SOINS À L'ÉTRANGER	P.9
3.3 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	P.9
4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	p.9
4.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.9
4.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	P.10
4.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL	P.10
5. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE	p.10
6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?	p.11
6.1 MODALITÉS D'ADHÉSION	P.11
6.2 PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	P.11
6.3 DURÉE DE VOTRE ADHÉSION	P.12
6.4 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	P.12
7. VOTRE COTISATION	p.12
7.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	P.12
7.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	P.12
7.3 LES MODES DE PAIEMENT	P.13
7.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	P.13
8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHESION A LA CONVENTION	p.13
9. PRESCRIPTION	p.14
10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	p.14
LEXIQUE	p.15

Conditions générales valant notice d'information

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 souscrites par l'**Association des Assurés d'APRIL** auprès de **QUATREM Assurances Collectives** (Convention d'Assurance n°**QUA26983**).

QUATREM Assurances Collectives, entreprise régie par le Code des assurances - SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital social de 380 426 249 € dont le siège social est situé 59/61 rue La Fayette BP 460 09, 75423 PARIS CEDEX 09 - RCS Paris 412 367 724. Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

QUATREM Assurances Collectives est également désignée par le terme "**Organisme assureur**" dans les présentes conditions générales.

L'**Association des Assurés d'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'**organisme gestionnaire de cette Convention d'Assurance** 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 - Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07 002 609.

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

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à la Convention. Il est également désigné par le terme « **Vous** » dans les présentes conditions générales. L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, les conditions générales et le **Certificat d'adhésion** qui mentionne l'**Organisme assureur**. Elle est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances.

Le terme "Assuré" désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la Convention d'Assurance. Les Assurés sont inscrits au Certificat d'adhésion.

Mon Assurance Santé à la Carte est un contrat de type « responsable » c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux Conventions d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

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

Si l'Adhérent souhaite bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin » il doit obligatoirement :

- relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ;
- être affilié à un **Régime Obligatoire** d'assurance maladie français ;
- être à jour du paiement de ses cotisations au titre des **Régimes Obligatoires** d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels il est affilié.

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 ETRE ASSURE ?

Pour adhérer et être assuré au titre de la Convention MON ASSURANCE SANTE A LA CARTE, Vous devez :

- résider en France Métropolitaine, Corse ou dans un Département d'Outre Mer (DOM) 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.

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

À NOTER :

En adhérant à ce contrat vous devenez membre d'une association pouvant vous venir en aide en cas de difficulté à l'aide de son 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.

À NOTER :

Ce contrat peut vous permettre de bénéficier le cas échéant du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (chèque santé) ou du dispositif fiscal Madelin si vous êtes travailleur non salarié.

À NOTER :

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

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

2 - QUE GARANTIT LA CONVENTION MON ASSURANCE SANTE A LA CARTE ?

La Convention MON ASSURANCE SANTE A LA CARTE prend en charge en fonction du niveau de garanties et des Options que Vous avez souscrits, le remboursement :

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

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

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

3 - VOS GARANTIES

3.1 Dispositions générales :

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

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (**Base de Remboursement**) ;
- ou sous la forme d'un forfait. Lorsque la **Sécurité sociale** intervient, le montant pris en charge par cette dernière sera déduit du montant du forfait. Ces forfaits sont valables par **Année d'Adhésion ou par semestre**, par **Assuré**, ou par acte, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

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

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

Conformément 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.

3.2 Contenu des garanties :

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre de la Convention MON ASSURANCE SANTE A LA CARTE. Il convient donc pour chaque garantie mentionnée dans votre tableau des garanties de Vous reporter au paragraphe concerné.

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

Attention : si une ou plusieurs des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaissent pas dans votre tableau des garanties, c'est que Vous n'en bénéficiez pas.

Modalités de souscription et de résiliation des OPTIONS :

Chaque OPTION peut être souscrite au moment de l'adhésion à la Convention MON ASSURANCE SANTÉ À LA CARTE ou en cours d'adhésion. Dans ce dernier cas, l'OPTION prendra effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

CONSEIL :

Tout forfait non utilisé sur une **Année d'adhésion** ne donnera lieu, pour chaque Assuré, à aucun report sur l'**Année d'adhésion** suivante.

Vous avez la possibilité de résilier l'OPTION à chaque échéance annuelle, en adressant un courrier par lettre recommandée à APRIL- 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, **sous réserve que cette OPTION ait pris effet depuis plus de 6 mois.**

Une fois résiliée, l'OPTION ne pourra plus être souscrite.

Modification des niveaux de garanties :

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

3.2.1 En cas d'*Hospitalisation* en secteur conventionné :

Les garanties de la Convention MON ASSURANCE SANTE A LA CARTE interviennent uniquement en cas d'***Hospitalisation* en secteur conventionné** prise en charge par la ***Sécurité sociale***.

3.2.1.1 Séjours en Médecine Chirurgie, Hospitalisation à domicile et Maternité

Honoraires médicaux et chirurgicaux

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

Attention : 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 Votre tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

Votre contrat est responsable, si vous consultez dans le cadre du parcours de soins, un chirurgien, un gynécologue obstétricien et/ ou un anesthésiste ayant opté pour l'option de coordination, votre contrat prend en charge les dépassements d'honoraires encadrés appliqués sur les actes techniques.

Forfait journalier

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

Frais de séjour

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

Le forfait de 18 euros

Votre contrat prend en charge la participation forfaitaire de 18 euros que votre **Régime Obligatoire** peut laisser à votre charge si Vous bénéficiez d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

3.2.1.2 Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés

Sont pris en charge au titre de ces garanties les séjours et ***Hospitalisations*** suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la ***Sécurité sociale*** :

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

La durée de prise en charge est limitée en jours comme indiqué dans votre tableau des garanties. La limite s'entend par Année d'Adhésion et par Assuré.

Sont pris en charge, le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux tels que définis au 3.2.1.1 des présentes Conditions Générales.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de Remboursement** de la ***Sécurité sociale***. Elle comprend le forfait journalier.

CONSEIL :

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

À NOTER :

Le forfait hospitalier n'est jamais pris en charge par la ***Sécurité sociale*** sauf pour les Assurés relevant du Régime Alsace Moselle.

À NOTER :

Cette garantie ne permet pas le remboursement des frais non pris en charge par la ***Sécurité sociale*** tels que les frais de téléphone ou de télévision.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

3.2.1.3 Séjours en psychiatrie

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

La durée de prise en charge est limitée en jours comme indiqué dans Votre tableau des garanties. La limite s'entend par Année d'Adhésion et par Assuré.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**. Elle comprend le forfait journalier.

Sont pris en charge, le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux tels que définis au 3.2.1.1 des présentes Conditions Générales.

3.2.1.4 OPTION à la carte : Confort à l'hôpital

Si Vous avez souscrit l'OPTION Confort à l'Hôpital, Vous bénéficiez d'un remboursement en cas de frais d'accompagnant et/ou de chambre particulière dans les conditions suivantes.

Chambre Particulière : Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de chambre particulière, dans la limite du forfait exprimé par jour dans votre tableau des garanties.

Les frais de chambre particulière pour les séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés sont pris en charge dans la limite de trente (30) jours par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**.

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

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

Le niveau de l'OPTION dépend du niveau de la garantie de base comme indiqué au tableau des garanties. Tout changement du niveau de la garantie de base peut entraîner une modification du niveau de l'OPTION ou une résiliation de cette OPTION.

3.2.2 Frais médicaux

3.2.2.1 Consultations généralistes, spécialistes et visites à domicile

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

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

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

- **Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés » :** la Convention ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la **Sécurité sociale**) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats Responsables.

- **Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées « hors parcours de soins coordonnés » :** ces consultations sont prises en charge dans la limite de trois (3) consultations maximum par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**.

- **Votre contrat est responsable, si Vous consultez dans le cadre du parcours de soins, un chirurgien, un gynécologue obstétricien et/ ou un anesthésiste ayant opté pour l'option de coordination, votre contrat prend en charge les dépassements d'honoraires encadrés appliqués sur les actes techniques.**

Attention : A partir de la septième (7^e) consultation remboursée par Année d'Adhésion et par Assuré, vos garanties sont plafonnées à 100% de la Base de Remboursement.

À NOTER :

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

CONSEIL :

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

À NOTER :

Une participation forfaitaire sera appliquée par la **Sécurité sociale** en cas de consultation chez un médecin stomatologue. Votre contrat, en tant que contrat responsable, ne pourra la prendre en charge.

3.2.2.2 Actes techniques médicaux, Auxiliaires médicaux (y compris en soins externes)

Sont pris en charge au titre de ces garanties :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, et kinésithérapeutes,
- les frais d'actes techniques.

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

3.2.2.3 Appareillage

Vous rembourse les frais d'orthopédie, de petits et gros appareillages et de prothèse auditive ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité sociale**.

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

3.2.2.4 Radiologie, analyses (y compris en soins externes)

Cette garantie prend en charge les frais d'analyse, les frais consécutifs à des actes de prélèvement, les frais d'examens, de radiologie et d'imagerie médicale, y compris en soins externes.

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

3.2.2.5 Transport

Cette garantie prend en charge les frais de transport prescrits par votre médecin et ayant donné lieu à un remboursement partiel de la **Sécurité sociale**.

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

3.2.2.6 Les prestations de prévention

La Convention prend en charge, en complément de la **Sécurité sociale**, deux des prestations de prévention par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**, prévues à l'article R 871-2 du Code de la **Sécurité sociale** et définies par arrêté du 8 juin 2006.

3.2.3 Pharmacie

3.2.3.1 Pharmacie

Cette garantie Vous rembourse les frais de médicament à « **Vignettes blanches** » restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité sociale**.

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

3.2.3.2 OPTION à la carte : Pharmacie complète

Si Vous avez souscrit l'OPTION Pharmacie complète, Vous bénéficiez d'un remboursement pour vos frais de médicaments, remboursés par la **Sécurité sociale** « hors Vignette blanche », restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale.

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

Le niveau de l'OPTION dépend du niveau de la garantie de base comme indiqué au tableau des garanties. Tout changement du niveau de la garantie de base peut entraîner une modification du niveau de l'OPTION ou une résiliation de cette OPTION.

3.2.4 Frais dentaires

3.2.4.1 Soins dentaires

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

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

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

3.2.4.2 Prothèses dentaires REMBOURSEES par la Sécurité sociale

Sont pris en charge au titre de ce forfait les frais de prothèses dentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de la **Sécurité sociale**.

Le montant du forfait est exprimé par **Prothèse** comme indiqué au sein de votre tableau des garanties.

À NOTER :

Si vous recherchez un professionnel de santé proche de votre domicile contactez votre Caisse de **Sécurité sociale** par téléphone au 36.46.

À NOTER :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

Vous êtes responsable. En conséquence la franchise médicale appliquée par la **Sécurité sociale** sur le remboursement de vos médicaments ne pourra pas faire l'objet d'un remboursement.

À NOTER :

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

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

Le forfait exprimé dans Votre tableau des garanties s'entend par Prothèse y compris le remboursement de la **Sécurité sociale**. Il sera versé pour chaque soin de prothèse dentaire (SPR) ayant fait l'objet d'un remboursement partiel de la **Sécurité sociale**.

Limitation et plafonds de garanties :

Le montant garanti par prothèse est limité à 100 € pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque **Assuré**. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau souscrit.

Le montant pris en charge au titre de cette garantie peut être plafonné par **Année d'Adhésion** et par **Assuré** comme indiqué au sein de Votre tableau des garanties.

3.2.4.3 Garantie Orthodontie REMBOURSEE par la Sécurité sociale

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

Le montant pris en charge au titre de cette garantie est plafonné **par semestre (correspondant aux périodes de facturation de la Sécurité sociale) et par Assuré** comme indiqué au sein de votre tableau des garanties.

Le forfait exprimé dans Votre tableau des garanties s'entend y compris le remboursement de la **Sécurité sociale**.

Attention : Le montant pris en charge au titre de cette garantie est plafonné à 200 € par semestre et par Assuré pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.

3.2.4.4 Autres frais dentaires NON REMBOURSES par la Sécurité sociale

Sont pris en charge au titre de ce forfait les frais dentaires **NON REMBOURSES** par la **Sécurité sociale** et notamment les frais :

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

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

3.2.5 OPTION à la carte : Optique

Si Vous avez souscrit l'OPTION Optique, Vous bénéficiez d'un forfait, exprimé dans votre tableau des garanties par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**, prenant en charge dans la limite du forfait, les frais liés :

- à l'achat des verres et montures remboursés partiellement par la **Sécurité sociale**,
- à l'achat de lentilles (acceptées ou refusées par la **Sécurité sociale**)
- au traitement de la myopie au laser
- à l'achat d'une paire de lunettes solaires enfant achetée chez un opticien, par **Année d'Adhésion** et par **Assuré** de moins de cinq (5) ans.

Le niveau de l'OPTION dépend du niveau de la garantie de base comme indiqué au tableau des garanties. Tout changement du niveau de la garantie de base peut entraîner une modification du niveau de l'OPTION ou une résiliation de cette OPTION.

Le forfait exprimé dans Votre tableau des garanties s'entend y compris le remboursement de la **Sécurité sociale**.

3.2.6 OPTION à la carte : Jeunes & Actifs

Si Vous avez souscrit l'OPTION Jeunes & Actifs, Vous bénéficiez d'un forfait, exprimé dans votre tableau des garanties par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**, prenant en charge, dans la limite du forfait, des frais de pharmacie non remboursés par la **Sécurité sociale** et relatifs :

- à la contraception : préservatifs, pilule contraceptive.
- à un test de grossesse,
- à un traitement anti-tabac acheté en pharmacie : gommes et patches.

Le niveau de l'OPTION dépend du niveau de la garantie de base comme indiqué au tableau des garanties. Tout changement du niveau de la garantie de base peut entraîner une modification du niveau de l'OPTION ou une résiliation de cette OPTION.

3.2.7 OPTION à la carte : Bambins

Si Vous avez souscrit l'OPTION Bambins, Vous bénéficiez d'un forfait, exprimé dans votre tableau des garanties par **Année d'Adhésion, prenant en charge, dans la limite du forfait, les frais liés** :

- à la naissance d'un **Enfant** de l'**Assuré**. Ce forfait est versé à l'**Assuré** pour la naissance d'un de ses **Enfants**. Si Vous et votre **Conjoint** êtes tous les deux **Assurés**, il ne pourra être versé qu'une seule fois.
- à des Séances de psychologue pour enfant,
- à l'achat de médicaments en pharmacie avec ou sans ordonnance et non pris en charge par la **Sécurité sociale**.

Vous bénéficiez d'un seul forfait par **Année d'Adhésion** pour l'ensemble des **Assurés**.

Le niveau de l'OPTION dépend du niveau de la garantie de base comme indiqué au tableau des garanties. Tout changement du niveau de la garantie de base peut entraîner une modification du niveau de l'OPTION ou une résiliation de cette OPTION.

3.2.8 OPTION à la carte : Zen

Si Vous avez souscrit l'OPTION Zen, Vous bénéficiez d'un forfait, exprimé dans votre tableau des garanties par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**, prenant en charge des frais non remboursés par la **Sécurité sociale** et consécutifs à des actes ou consultation de médecine naturelle : acupuncteur, ostéopathe, naturopathe, microkinésithérapeute, étiope, diététicien, homéopathe, chiropracteur et podologue.

Le niveau de l'OPTION dépend du niveau de la garantie de base comme indiqué au tableau des garanties. Tout changement du niveau de la garantie de base peut entraîner une modification du niveau de l'OPTION ou une résiliation de cette OPTION.

3.2.9 Soins à l'étranger

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

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

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

3.3 Le service Tiers Payant Santé

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

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

CONSEIL :

Si vous devez vous rendre dans un pays de l'Union Européenne, n'oubliez pas de demander à votre Caisse de Sécurité sociale votre carte européenne d'assurance maladie qui facilitera, le cas échéant, la prise en charge de vos frais de santé imprévus. Pour les autres pays, contactez votre Caisse de Sécurité sociale.

À NOTER :

Si le professionnel de santé, hors prestations dentaires accepte le tiers payant mais qu'il pratique un dépassement d'honoraires, vous ne réglerez que le montant du dépassement au professionnel. S'il ne l'accepte pas, pensez à lui demander de vous remettre un reçu de paiement.

4 - QUE FAUT IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

4.1 Les documents à Nous adresser

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

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez Nous adresser dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par la **Sécurité sociale** :

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

À NOTER :

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

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

4.2 Les modalités de remboursement

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

Nous pourrions demander à l'**Assuré** ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document que Nous jugerons utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'**Assuré** pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL.

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.

4.3 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. A 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 éléction 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 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.

À NOTER :

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

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.

5 - CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

Sont exclus des garanties :

- les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures, la thalassothérapie.
- les Hospitalisations en cours à la date d'effet des garanties, quelque soit le type d'établissement.
- les Hospitalisations en secteur non conventionné.

En outre, votre Convention ayant la qualité de « Convention Responsable » elle ne prendra jamais en charge :

- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non respect du parcours de soins coordonné.

Aucune exclusion mentionnée au sein de la présente notice d'information ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Montants appliqués au 1^{er} janvier 2012 :

- 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, acte technique et examens de radiologie. Ces franchises sont limitées à 50 € par an et par personne.

6 - A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ETES VOUS GARANTI ?

6.1 Modalités d'adhésion

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

Si Vous adhérez à la Convention à distance par téléphone, votre adhésion sera conclue dès lors que Vous aurez manifesté, lors de l'entretien téléphonique, votre volonté d'adhérer aux conditions proposées. Un dossier d'adhésion, contenant notamment le **Certificat d'adhésion** et le Résumé des garanties, Vous sera ensuite envoyé par courrier dans les jours qui suivent votre adhésion par téléphone. L'enregistrement, préalablement autorisé par l'Adhérent, de l'entretien téléphonique au cours duquel il a demandé à adhérer à la Convention, sera conservé par APRIL et pourra être utilisé comme preuve de l'accord de l'Adhérent sur les conditions du contrat et du contenu de l'ensemble de ses déclarations.

Si Vous adhérez à la Convention à distance par Internet sur le site d'APRIL, en signant électroniquement la demande d'adhésion, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Une fois votre adhésion finalisée, Vous recevrez un mail de confirmation à l'adresse électronique que Vous Nous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par APRIL. Votre adhésion est réputée conclue à la date d'envoi dudit mail de confirmation. Ce mail contiendra un lien Vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de vos documents contractuels.

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

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL. Votre adhésion sera matérialisée par l'émission d'un **Certificat d'adhésion**.

6.2 - Prise d'effet de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date indiquée sur votre **Certificat d'adhésion sous réserve du paiement de votre cotisation**. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de votre demande d'adhésion par APRIL, ou à la date de l'entretien téléphonique ou à la date de confirmation de votre adhésion en ligne le cas échéant.

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

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

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

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

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.

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 Santé Prévoyance Service Adhésion santé – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

*"Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention Mon Assurance Santé à la Carte" que j'avais souscrite 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.

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).

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

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

6.3 - Durée de votre adhésion

Votre adhésion à la Convention a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance annuelle, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année.

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

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

6.4- Cessation de votre adhésion

Les garanties et le droit aux prestations cessent dès la résiliation de votre adhésion dans les cas suivants :

A votre initiative : à chacune de ses échéances par l'envoi d'un courrier recommandé **adressé à APRIL Santé Prévoyance - 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03**, au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance telle que mentionnée au paragraphe "Durée de votre adhésion".

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

A l'initiative d'APRIL :

- a) en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- b) et pour chaque **Assuré**, dès lors qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assuré,
- c) en cas de dénonciation de la Convention par l'Association des **Assurés** d'APRIL ou l'**Organisme assureur** à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de cette dernière. Vous en serez informé par l'Association et l'**Organisme assureur** Vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.

7 - VOTRE COTISATION

7.1 Comment est déterminée votre cotisation

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge à la date de prise d'effet des garanties de chaque **Assuré**,
- des garanties et options que Vous avez souscrites,
- de la composition de la famille assurée,
- du **Régime Obligatoire** de chaque **Assuré**,
- du département de **Résidence** de l'Adhérent.

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

Comment est déterminé l'âge de chaque **Assuré** ?

L'âge de l'**Assuré** est toujours déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

En cas de modification du niveau de garantie 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.

7.2 Comment évolue votre cotisation ?

Votre cotisation évolue contractuellement de trois pour cent (3%) chaque année.

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

Les augmentations de cotisations ont lieu :

- chaque année au 1er janvier,
- ou éventuellement en cours d'année si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la **Sécurité sociale**.

7.3 Les modes de paiement

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

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

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

7.4 Que se passe-t-il si Vous ne payez pas votre cotisation ?

A défaut du paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, Nous Vous adresserons 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, Nous résilierons de plein droit votre adhésion et Nous pourrions réclamer le paiement des cotisations restant dues.

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

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

À NOTER :

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

8 - LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHESION A LA CONVENTION

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

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.

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.

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à APRIL et notamment dans la déclaration d'un sinistre, Vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre adhésion à la Convention MON ASSURANCE SANTÉ À LA CARTE.

Modalités d'application de l'option 2 € Malins :

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

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

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

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

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

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.

À NOTER :

Cacher une information à l'assureur est très dangereux notamment dans le cadre de la déclaration de votre sinistre.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

La résiliation de l'option Vous fait perdre le bénéfice de la réduction tarifaire octroyée dans le cadre de cette option.

Les modalités de souscription et de résiliation de cette option sont prévues au 3.2 des présentes Conditions Générales.

9 - 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.

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 en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL 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*.

10 - QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?

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 Santé Prévoyance - 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 :

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

À NOTER :

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

LEXIQUE

Année d'adhésion :

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

Base de Remboursement :

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

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

Conjoint

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

Certificat d'adhésion

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

Enfant(s)

Les Enfants à charge célibataires de l'Adhérent ou de son **Conjoint**, jusqu'au 31 décembre de leur 25ème anniversaire, ayant droit aux prestations en nature d'un **Régime Obligatoire**.

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

Hospitalisation

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilités à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Est également considérée comme une **Hospitalisation** 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.) prise en charge par la **Sécurité sociale**.

Régime Obligatoire

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

Résidence

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

Sécurité sociale

Terme générique utilisé dans les présentes conditions générales pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'**Assuré** est affilié.

TA (Tarif d'Autorité)

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

TC (Tarif de Convention)

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

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité)

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

TM (Ticket Modérateur)

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

TR (Tarif de Responsabilité)

Cela vise :

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

EXEMPLE :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 01/09/2012. L'Année d'adhésion correspond à la période entre le 01/09/2012 et le 01/09/2013.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - 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 - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par QUATREM Assurances collectives.



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