

Notice (valant conditions générales)

APRIL

Santé Mix Proximité

CONFORME
100%
SANTÉ



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



Préambule	p.3
------------------	------------

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	P.4
---	------------

2. QUE GARANTIT LE CONTRAT ?	P.5
-------------------------------------	------------

2.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.5
----------------------------	-----

2.2 CONTENU DES GARANTIES	P.5
---------------------------	-----

2.3 MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES	P.9
---	-----

2.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	P.10
-----------------------------------	------

3. CE QUE LE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE	P.10
--	-------------

4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	P.10
---	-------------

4.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.10
-----------------------------------	------

4.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	P.11
------------------------------------	------

4.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF	P.11
--	------

4.4 FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE	P.12
---	------

5. EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES	P.12
---	-------------

5.1 MODALITÉS DE CONCLUSION DU CONTRAT	P.12
--	------

5.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES	P.12
---------------------------------	------

5.3 RENONCIATION	P.13
------------------	------

5.4 DURÉE DU CONTRAT	P.13
----------------------	------

5.5 CESSATION DE L'ADHÉSION	P.13
-----------------------------	------

6. LA COTISATION	P.14
-------------------------	-------------

6.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	P.14
---	------

6.2 COMMENT ÉVOLUE LA COTISATION ?	P.15
------------------------------------	------

6.3 LES MODES DE PAIEMENT	P.15
---------------------------	------

6.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	P.15
---	------

7. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'ADHÉSION AU CONTRAT ?	P.15
--	-------------

8. PRESCRIPTION	P.16
------------------------	-------------

9. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET DEMANDE DE MÉDIATION	P.17
---	-------------

10. PROTECTION DES DONNÉES	P.17
-----------------------------------	-------------

LEXIQUE	P.18
----------------	-------------

Tableau des garanties	p.20
------------------------------	-------------

Extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL	P.23
---	-------------

Préambule

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la Convention d'assurance de groupe à adhésion facultative APRIL Santé Mix Proximité souscrite par l'Association des Assurés APRIL auprès de QUATREM (Convention d'assurance n° 2022S01).

QUATREM, société du groupe Malakoff Humanis, est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme d'assurance au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte, 75009 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09, société du groupe Malakoff Humanis.
QUATREM est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

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

L'organisme gestionnaire de cette Convention d'assurance est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance**, SASU au capital de 540 640 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON CEDEX 03 – RCS Lyon 428 702 419 – N°ORIAS 07 002 609 – soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.
APRIL Santé Prévoyance est désignée ci-après par le terme « APRIL ».

L'adhérent est la personne physique qui adhère au présent contrat. Il est membre de l'Association des Assurés April.

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

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

NATURE DES GARANTIES

Les garanties du contrat APRIL Santé Mix Proximité (Convention d'assurance n° 2022S01) sont « responsables », c'est-à-dire qu'elles s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

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

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

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



1. Qui peut adhérer et être assuré ?

Pour adhérer et être assuré au titre du contrat APRIL Santé Mix Proximité, l'assuré doit :

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

À noter pour les adhérents travailleurs non salariés :

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

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

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

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

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

Attention :

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

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

Article L113-8 du Code des assurances :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

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

Article L 113-9 du Code des assurances :

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

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

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



2. Que garantit le contrat ?

2.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

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

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

LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUÉS DÉDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE (SAUF DISPOSITION CONTRAIRE MENTIONNÉE AU TABLEAU DES GARANTIES) OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AUPRÈS DUQUEL LES ASSURÉS POURRAIENT ÊTRE GARANTIS ET DANS LA LIMITE DES GARANTIES SOUSCRITES.

DANS TOUS LES CAS, LES REMBOURSEMENTS SONT LIMITÉS AU MONTANT DES DÉPENSES RÉELLES.

À noter :

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

La contribution de chaque assureur est ensuite déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du Code des assurances, en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

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

Attention :

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

2.2 CONTENU DES GARANTIES

Les garanties sont détaillées dans le tableau figurant en annexe. Il convient donc de se reporter au tableau des garanties en fonction du niveau souscrit par l'adhérent.

Afin de vous faciliter la compréhension, le glossaire ci-dessous apporte des précisions sur les principaux termes utilisés.

Présentation des formules de garantie :

APRIL Santé Mix Proximité comprend deux (2) formules de garanties :

- une « **Formule Santé Complète** » comprenant un Module Hospitalisation et un Module Frais de santé,
- une « **Formule Santé Renforcée** » comprenant deux (2) Modules Renforts : Renfort Famille ou Renfort Senior qui complètent les garanties des Modules Hospitalisation et Frais de santé de la Formule Santé Complète

L'articulation des niveaux de garanties entre les formules est la suivante :

- Formule Santé Complète : le choix du niveau du Module Frais de Santé est conditionné au niveau de garantie du Module Hospitalisation souscrit, dans la limite de deux (2) niveaux d'écart maximum.
- Formule Santé Renforcée : le niveau de garantie du Module Renfort est conditionné au niveau de garantie du Module Frais de Santé.



MODULE HOSPITALISATION

● Séjours en médecine, chirurgie, Hospitalisation à domicile et maternité en Secteur conventionné

Frais de séjour

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

Forfait journalier hospitalier

Il s'agit d'une participation financière facturée par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une *Hospitalisation*. Le montant de ce forfait est réglementé et facturé pour tout séjour supérieur à vingt-quatre (24) heures dans un établissement public ou privé y compris le jour de sortie.

Honoraires

Il s'agit des honoraires et actes facturés par les professionnels de santé pour la dispense de soins médicaux, chirurgicaux, ou obstétricaux.

Le remboursement des dépassements d'honoraires varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent aux *Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)*.

Chambre particulière

Il s'agit des frais facturés par un établissement de santé dans le cadre d'une *Hospitalisation* avec chambre individuelle y compris en cas d'hospitalisation ambulatoire.

Frais accompagnant

Il s'agit des frais de repas et de lit facturés par l'établissement hospitalier afin de permettre à un patient hospitalisé de se faire accompagner le temps de l'hospitalisation.

Forfait confort extra hospitalier (frais TV /Téléphone)

Il s'agit des frais annexes d'*Hospitalisation* consistant dans la mise à disposition d'un téléviseur et/ou d'un téléphone dans la limite du forfait exprimé au tableau des garanties.

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

Sont pris en charge, les frais de séjour, le forfait journalier hospitalier, les honoraires et frais médicaux et la chambre particulière pour :

- les séjours en établissements ou services climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec *Hospitalisation*, les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés.
- les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés,
- les séjours pour motif psychiatrique effectués au sein d'un établissement conventionné pris en charge par l' *Assurance Maladie Obligatoire*, à l'exclusion de la chambre particulière.

● Hospitalisation en Secteur non conventionné

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

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

MODULE FRAIS DE SANTÉ

● Soins courants

Il s'agit des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Honoraires médicaux

Il s'agit des honoraires médicaux pratiqués par un médecin pour :

- une consultation en cabinet (généraliste ou spécialiste) ou pour une visite effectuée par ce dernier à domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes).
- la pratique d'actes techniques médicaux, actes de chirurgie, actes obstétricaux, radiologie et actes d'imagerie médicale.

Le remboursement des dépassements d'honoraires varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent aux *Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)*.



Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires

Il s'agit des honoraires pratiqués pour les actes réalisés par des auxiliaires médicaux/professionnels paramédicaux tels que les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologue...

Forfait Patient Urgences

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

Frais de transport

Il s'agit de transports prescrits par un médecin et qui sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire en raison de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient.

À titre d'exemple, Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), d'un taxi conventionné par l'Assurance Maladie Obligatoire etc...

Matériel médical

Il s'agit du matériel figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire tels que les orthèses, attelles, béquilles...

Ne sont pas concernés par cette garantie les prothèses auditives, dentaires ou optiques.

Médicaments remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.Médecines naturelles :

Il s'agit de frais non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et consécutifs à des actes ou consultation de médecine naturelle : ostéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute et hypnothérapeute.

Ce forfait est exprimé par Année d'Adhésion et par assuré.

BONUS FIDELITE MÉDECINES NATURELLES :

Le montant du forfait alloué dans le cadre de cette garantie augmente après la 2^e Année d'Adhésion puis après la 4^e Année d'Adhésion tel qu'indiqué au tableau des garanties.

Psychologues conventionnés remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

Il s'agit des honoraires de consultations de psychologues conventionnés lorsque ces consultations sont prescrites par le médecin traitant et ont donné lieu à un remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre du dispositif « MonPsy ».

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

Il s'agit des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'Hospitalisation facturés pour des soins inopinés intervenus au cours d'un séjour temporaire réalisé hors de France dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les soins inopinés s'entendent des soins qui ne font pas l'objet d'une programmation. Ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour à l'étranger tombent malades ou se blessent et doivent de ce fait engager des dépenses médicales.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

La prise en charge de ces soins s'effectue sur la Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française après intervention du l'Assurance Maladie Obligatoire et exclut tout autre remboursement de la part d'APRIL.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

Conditions de remboursement spécifiques :

Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors Parcours de soins coordonnés » :

Le contrat ne prendra pas en charge la hausse du Ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par le Régime obligatoire) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives au contrat dit « responsable ».

Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées « hors Parcours de soins coordonnés » sont prises en charge sur la base de 100% de la Base de remboursement du Régime obligatoire.



Dentaire

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

Il s'agit des frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux.

Soins et Prothèses 100 % santé

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

Prothèses (dont offre Modérée ou offre Libre)

Il s'agit des frais de prothèses dentaires (dont les appareils dentaires) qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de l'Assurance Maladie Obligatoire sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation.

Orthodontie remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire

PLAFOND DENTAIRE

Selon le niveau de garanties souscrit, la prise en charge des Prothèses remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (à l'exception des soins et prothèses 100% santé) font l'objet d'un cumul de remboursement et d'un plafonnement par Année d'adhésion et par assuré.

Lorsque le montant cumulé des remboursements atteint le plafond des garanties, la prise en charge continue de s'effectuer mais à hauteur du montant indiqué au tableau des garanties.

Optique

Seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge.

Équipement optique

Il s'agit des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement d'optique médical (composé de deux verres et d'une monture) remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire ainsi que de la prestation d'adaptation de la correction visuelle.

La prise en charge des verres et monture varie selon la nature de l'équipement, le niveau de correction et la complexité des verres et fait l'objet d'un plafonnement (cf. annexe Grilles optiques).

BONUS FIDÉLITÉ ÉQUIPEMENT OPTIQUE :

Le montant du forfait alloué dans le cadre de cette garantie augmente après la 2^e Année d'Adhésion puis après la 4^e Année d'Adhésion tel qu'indiqué au tableau des garanties.

Lentilles

Il s'agit des frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites (y compris les lentilles jetables). Le montant de prise en charge s'entend par assuré et Année d'adhésion.

Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser, implant oculaire

Aides auditives

Il s'agit de dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèses/appareils auditifs) ainsi que leurs piles, et autres consommables ou accessoires.

La prise en charge de ces appareils et accessoires dépend du type d'appareil.

RENFORTS

Renfort Famille

Orthodontie remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire

Selon le niveau de garantie souscrit, cette garantie est exprimée en forfait valable par assuré selon les précisions apportées au tableau des garanties.

BONUS FIDÉLITÉ ORTHODONTIE REMBOURSÉE :

Le montant du forfait alloué dans le cadre de cette garantie augmente après la 2^e Année d'Adhésion puis après la 4^e Année d'Adhésion tel qu'indiqué au tableau des garanties.



Frais dentaires non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

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

- prothèses,
- implantologie,
- parodontologie

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

Médicaments prescrits non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

Il s'agit des frais de pharmacie ou vaccins médicalement prescrits mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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

Forfait de naissance ou d'adoption

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

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

● **Renfort Senior**

Forfait supplémentaire aides auditives

Il s'agit des frais d'accessoires et d'entretien de l'équipement auditif « Offre libre » Classe II. Ce forfait est versé en complément de la prise en charge effectuée au titre du socle de garanties (selon le niveau de garanties souscrit).

BONUS FIDÉLITÉ AIDES AUDITIVES :

Le montant du forfait alloué dans le cadre de cette garantie augmente après la 2^e Année d'Adhésion puis après la 4^e Année d'Adhésion tel qu'indiqué au tableau des garanties.

Soins cure thermique remboursée par l'Assurance Maladie ObligatoireForfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermique remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire

Il s'agit des frais annexes de cure thermique (frais d'hébergement et de transport).
Ce forfait est exprimé par *Année d'Adhésion* et par assuré.

Frais dentaires non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

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

- prothèses,
- implantologie,
- parodontologie

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

Médicaments prescrits non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

Il s'agit des frais de pharmacie ou vaccins médicalement prescrits mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire

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

La pharmacie non remboursée concerne :

- les produits pharmaceutiques réglementés,
- les APSI (Allergènes préparés spécialement pour un individu) réglementés,
- les compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5%.

Par conséquent, ne sont pas couverts les produits dont la TVA est de 20% (produits dits « de confort »).

2.3 MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES

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

En cas d'acceptation, l'accord d'APRIL sera concrétisé par l'émission d'un nouveau *Certificat d'adhésion*.



2.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

Les modalités de versement des prestations respectent les dispositions de l'article L871-1 de la Sécurité sociale (et ses décrets d'application) concernant le mécanisme de tiers payant.

Ce service permet à l'assuré de ne pas régler les frais de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers payant. **Cette dispense de paiement est limitée au montant de la Base de Remboursement ou au montant des plafonds et forfaits prévus au tableau des garanties.**

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

À noter :

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

3. Ce que le contrat ne prend pas en charge :

Ne sont pas garantis :

- Les séjours en maison d'accueil spécialisée, gérontologie, Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- Les séjours en appartements privés ;
- Les séjours en hôtels hospitaliers non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les dépassements d'honoraires en hôtels hospitaliers pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, exigés par la personne hospitalisée ou ses accompagnants ;
- Les soins esthétiques, les cures non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la thalassothérapie ;
- Les prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale et/ou ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties ;
- La Participation forfaitaire légale et les Franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;
- La diminution du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonnés ;
- Les frais de santé engagés hors de France sauf en cas de soins inopinés pris en charge par le Régime Obligatoire ;
- Les frais de soins non pris en charge par le Régime obligatoire et/ou ne figurant pas à la nomenclature du Régime obligatoire sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.

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

4.1 LES DOCUMENTS À COMMUNIQUER

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

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

Pour les soins :

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



- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.

En cas d'hospitalisation :

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

En cas de cures :

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

Pour le forfait naissance :

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

Pour le forfait adoption :

- Une copie du jugement ayant prononcé l'adoption.

Pour les frais d'optique :

Si l'assuré n'utilise pas le service Tiers payant Optique, il devra nous adresser les factures et ordonnances relatives aux frais dont le remboursement est demandé.

En cas de renouvellement anticipé de l'équipement optique (verres et monture) :

L'assuré devra nous communiquer la prescription médicale et tout justificatif permettant d'attester que ce renouvellement anticipé est consécutif à une évolution de la vue. A défaut les frais liés à l'acquisition de l'équipement optique ne seront pas pris en charge au titre de la garantie Optique.

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

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

4.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

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

À cet effet, notamment lorsque l'assuré est victime d'un *Accident* de la circulation (impliquant un véhicule terrestre à moteur) il doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'*Accident*, le nom de l'Organisme assureur du présent contrat en tant que tiers payeur.

4.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

APRIL pourra demander à l'assuré ayant perçu des remboursements tout renseignement ou document qu'elle jugera 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. De même, APRIL pourra faire procéder à des contrôles et/ou à des enquêtes nécessaires.

APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'assuré à tout moment, soit en France, soit à l'étranger par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

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

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

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

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'assuré. Chacune des parties désignera alors un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix. 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.



4.4 FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE

L'assuré est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

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

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

L'adhérent s'expose à une résiliation de l'adhésion, sauf s'il ressort des éléments du dossier que la fausse déclaration ne revêt aucun caractère intentionnel.

5. Effet, durée et cessation des garanties

5.1 MODALITÉS DE CONCLUSION DU CONTRAT

Si l'adhérent choisit d'adhérer en mode papier :

En signant la demande d'adhésion papier, l'adhérent manifeste son accord sur les conditions de son adhésion dont il a au préalable pris connaissance et il s'engage également sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations.

Si l'adhérent choisit d'adhérer par internet, la signature de la demande d'adhésion s'effectue par signature électronique :

Pour signer électroniquement, l'adhérent doit renseigner le « code signature » qui lui aura été personnellement communiqué par SMS (au numéro de téléphone communiqué sur la demande d'adhésion pendant le parcours d'adhésion). Ce « code signature » a une durée de validité limitée et est strictement personnel et confidentiel.

En utilisant ce « code signature », l'adhérent manifeste son accord sur les conditions de son adhésion dont il a au préalable pris connaissance et il s'engage également sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations.

Aussitôt après avoir signé électroniquement la demande d'adhésion, l'adhérent recevra un courriel de confirmation attestant l'enregistrement de cette demande.

Ce courriel est envoyé à l'adresse mail communiquée par l'adhérent, il contient les documents contractuels sur support durable.

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

Attention :

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

5.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Prise d'effet du contrat

L'adhésion au contrat est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL qui se matérialise par l'émission d'un *Certificat d'adhésion* mentionnant la date d'effet des garanties.

La date d'adhésion au contrat correspond à la date de prise d'effet des garanties souhaitée par l'adhérent et mentionnée sur la demande d'adhésion. Elle est fixée au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL.

Une fois l'adhésion conclue, l'adhérent dispose d'un accès sécurisé sur un site dédié (espace assuré) lui donnant un accès permanent et instantané à l'ensemble des documents.

Le *Certificat d'adhésion* mentionnant la date d'effet des garanties est mis à disposition sur support durable sur ce site. Il peut également être adressé sur demande de l'adhérent par voie postale sur support papier.

Ajout d'un assuré

La date de prise d'effet de garanties du nouvel assuré correspondra à la date mentionnée par l'adhérent sur la demande d'ajout. Les garanties prendront effet au plus tôt le lendemain de la date de réception de la demande d'ajout par APRIL.

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

5.3 RENONCIATION

L'adhérent bénéficie d'un délai de renonciation dans les cas suivants :

En cas d'adhésion suite à un démarchage à domicile :

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

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

En cas d'adhésion à distance :

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

Article L112-2-1 du Code des assurances :

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

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

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

L'adhérent doit adresser la demande de renonciation dénuée d'ambiguïté à l'adresse suivante :

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

L'adhérent peut utiliser le modèle de rédaction suivant :

"Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat « APRIL Santé Mix Proximité » que j'avais souscrite lepar l'intermédiaire du cabinet....

Fait à le signature ».

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

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

5.4 DURÉE DU CONTRAT

L'adhésion au contrat est annuelle. L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année, pour autant que la convention d'assurance soit toujours en vigueur.

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

5.5 CESSATION DE L'ADHÉSION

Les garanties et le droit aux prestations des assurés cessent dans les cas suivants :

a) En cas résiliation à l'initiative de l'adhérent :

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



Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification. La résiliation prendra effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

- À tout moment, après une *Année d'Adhésion* (12 mois), dans les conditions définies par la réglementation relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, et ses textes d'application.

La résiliation sera effective après un délai d'un mois décompté à partir de la date de réception de la notification de la résiliation.

Un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation sera adressé à l'adhérent.

- En cas de modification des conditions du contrat à l'initiative de l'Organisme assureur, l'adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours à compter de la notification pour résilier son adhésion en raison de ces modifications. Passé ce délai les modifications apportées seront opposables à l'adhérent et aux assurés au jour de leur mise en œuvre.

Dans tous les cas, la résiliation doit être notifiée à APRIL selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance – TSA 80004 – 69439 Lyon Cedex 03

Par *Lettre Recommandée Électronique* ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante : relationclient@april.com

- À l'aide du formulaire mis à disposition sur votre espace assuré.

La résiliation peut également être adressée par tout autre moyen prévu par le Code des assurances.

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

À noter :

Si la résiliation s'effectue dans le cadre d'un changement de contrat après douze (12) mois d'adhésion, elle doit être notifiée à APRIL par le nouvel assureur, pour le compte de l'adhérent, par lettre recommandée ou *Lettre Recommandée Electronique*.

À défaut l'Organisme assureur ne sera pas responsable en cas d'interruption de couverture.

b) Autres cas de résiliation :

- En cas de non-paiement des cotisations ;
- En cas de fausse déclaration ;
- En cas de dénonciation de la convention d'assurance par l'Association des Assurés APRIL ou l'Organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Dans ce cas l'adhérent en sera informé par l'Association et l'organisme assureur maintiendra le bénéfice des garanties.

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

6. La cotisation

6.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE LA COTISATION ?

La cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- De l'âge de chaque assuré à la date de prise d'effet des garanties (l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),
- De la formule de garanties choisie ainsi que du niveau souscrit,
- De la composition de la famille assurée,
- Du *Régime Obligatoire* de chaque assuré,
- Du département de *Résidence* de l'adhérent.

En cas de modification de la formule ou de 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.

Les taxes et contributions sont à la charge des adhérents sont comprises dans la cotisation.



6.2 COMMENT ÉVOLUE LA COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de deux et demi pour cent (2,5%) au premier (1^{er}) janvier de chaque année.

À ce 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.

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

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier ou éventuellement en cours d'année en cas de modification de la réglementation applicable ou si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de l'*Assurance Maladie Obligatoire*.

6.3 LES MODES DE PAIEMENT

La cotisation est payable d'avance annuellement, sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé :

- En France pour les paiements par chèque,
- Dans un pays membres de la zone SEPA pour les paiements par prélèvement.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement choisi par l'adhérent :

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

6.4 QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DE LA COTISATION ?

Les cotisations sont versées par l'adhérent seul débiteur des cotisations vis-à-vis de l'Organisme assureur.

À 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 entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, APRIL résiliera de plein droit l'adhésion au contrat et pourra 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.

7. La gestion administrative de l'adhésion au contrat

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

Comment s'adresser à APRIL ?

L'adhérent et les assurés doivent transmettre leur demande à APRIL par l'intermédiaire de leur espace sécurisé (espace assuré) ou par courrier à l'une des adresses suivantes :

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

L'espace assuré :

Il s'agit d'un espace sécurisé dont l'accès est protégé par un identifiant et un mot de passe personnels.

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



Les rubriques dédiées de l'espace assuré permettent de consulter les documents contractuels, les échanges avec les services de gestion d'APRIL, les remboursements des prestations de santé et d'avoir accès aux données personnelles.

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

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

Les informations relatives à l'exécution de l'adhésion seront transmises par APRIL à l'adresse email qui aura été communiquée. L'adhérent/l'assuré peut à tout moment demander, par écrit, à APRIL de cesser ce mode de communication.

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

8. Prescription

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

- Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

- Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi en recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

- Article L114-3 « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

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



9. Examen des réclamations et demande de médiation

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

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

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

Si le désaccord persiste, l'adhérent ou l'assuré pourra faire appel au Médiateur compétent :

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

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

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

Si l'adhérent a adhéré au contrat à distance par Internet, il peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

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

10. Protection des données

Dans le cadre du contrat d'assurance, l'Organisme assureur QUATREM et son délégataire de gestion, APRIL Santé Prévoyance collectent et traitent des données personnelles concernant les assurés au contrat, en qualité de responsables conjoints de traitement.

Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements des Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur l'espace assuré.

Par ailleurs, nous vous informons que :

- QUATREM est seul responsable de certains traitements de données personnelles. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits des assurés, il convient de consulter la Politique de protection des données personnelles de l'Organisme assureur disponible sur son site internet via le lien suivant : <https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees>
- APRIL Santé Prévoyance est seule responsable de certains traitements de données personnelles. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits des personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements des Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur votre espace assuré.



LEXIQUE

ACCIDENT

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

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des Régimes Obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé des assurés.

ANNÉE D'ADHÉSION

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaire. 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

Il s'agit du tarif de référence retenu par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer sa prise en charge. Un taux de remboursement est appliqué à la BR retenue afin de déterminer le montant à rembourser à l'assuré. Ce taux varie si le praticien est adhérent ou non à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

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

On parle de :

- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.
- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif de responsabilité (TR) pour désigner la base tarifaire retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le remboursement des soins réalisés par un praticien.

Cela vise :

- le Tarif de Convention pour les soins réalisés par un praticien conventionné ;
- le Tarif d'Autorité pour les soins réalisés par un praticien non conventionné.
- Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) pour désigner le prix de référence retenu par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le remboursement de certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

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

CONJOINT

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

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTAM)

Le DPTAM est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

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

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



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

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

ENFANT(S)

Les Enfants à charge de l'adhérent ou de son Conjoint, bénéficiant des prestations en nature d'un Régime Obligatoire.

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

FRANCHISE (ARTICLE L322-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

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

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

HOSPITALISATION

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique 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.) prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

LETTRRE RECOMMANDÉE ÉLECTRONIQUE

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

MALADIE

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

PARTICIPATION FORFAITAIRE LÉGALE (ARTICLE L.322-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

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

RÉGIME OBLIGATOIRE

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

RÉSIDENCE

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

SECTEUR CONVENTIONNÉ

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

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

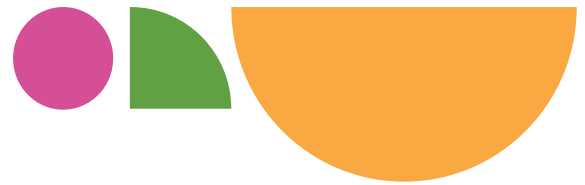
L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et l'Assurance Maladie Obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par l'Assurance Maladie Obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

TICKET MODÉRATEUR

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



Garanties APRIL Santé Mix Proximité



Produit conforme 100 % santé

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

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
☐ MODULE HOSPITALISATION	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*

SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ

Frais de séjour	Frais réels					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR
Chambre particulière (par jour et par assuré)	-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour)	-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
Forfait confort extra hospitalier (frais TV/téléphone) (par an et par assuré)	-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €

SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE

Frais de séjour	Frais réels					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels					
Honoraires et frais médicaux	100% BR					
Chambre particulière pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés (par jour) (hors hospitalisation psychiatrique)	-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
Dans la limite de 30 jours						

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
☐ MODULE FRAIS DE SANTÉ	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Forfait Patient Urgences et actes lourds	Frais réels						
Transport	100% BR						
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100% BR						
Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute (par année d'adhésion et par assuré)	-	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €	
Bonus fidélité médecines naturelles : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de		+ 20 €	+ 20 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 60 €
après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de		+ 20 €	+ 20 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 60 €
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR						
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100% BR						

DENTAIRE

Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾	Frais réels					
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR					
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale - hors soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale	-	-	1 400 €	1 500 €	1 600 €	1 800 €

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

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

(2) Dispositif « MonPsy », dans la limite de 8 séances par an et par assuré.

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

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

MODULE FRAIS DE SANTÉ (suite)**OPTIQUE**

La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en classe B et 30 € en classe A, le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale⁽⁴⁾. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.

Équipement « Offre libre » Classe B ⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) ⁽⁵⁾	100 % BR	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B ⁽⁴⁾ : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ⁽⁵⁾		125 €				
Équipement « Offre libre » Classe B ⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) ⁽⁵⁾		200 €	275 €	350 €	425 €	500 €
Bonus fidélité lunettes (pour un équipement complet de Classe B) : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de	-	+ 50 €				
après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de		+ 50 €				
Équipement « 100% Santé » Classe A ⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	Frais réels					
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ⁽⁴⁾	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.					
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100% BR	50% des frais réels				

OPTIQUE HORS LUNETTES (PAR ANNÉE D'ADHÉSION ET PAR ASSURÉ)

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR + 20 €	100% BR + 70 €	100% BR + 120 €	100% BR + 170 €	100% BR + 220 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser, implant oculaire	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

AIDES AUDITIVES

Aides auditives (prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)

Équipements « 100% Santé » Classe I ⁽⁶⁾	Frais réels					
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille ⁽⁷⁾	100% BR					
Accessoires	100% BR					

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

MODULE RENFORT SENIOR

Aides auditives (le forfait se renouvelle tous les 4 ans et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien) ⁽⁶⁾	100 € par oreille	150 € par oreille	200 € par oreille	250 € par oreille	300 € par oreille	350 € par oreille
Bonus fidélité prothèses auditives : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de	+50 € par oreille					
après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de	+50 € par oreille					
Soins cure thermique remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait pour les frais annexes de cure (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €

OU

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

MODULE RENFORT FAMILLE

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €
Bonus fidélité orthodontie remboursée : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de	+ 100 €					
après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de	+ 100 €					
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €
Forfait de naissance ou d'adoption	100 €	130 €	160 €	190 €	220 €	250 €

(4) Tels que définis réglementairement. Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

(7) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le régime obligatoire.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est $[-6,00 \text{ et } +6,00]$
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[-6,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $\leq +4,00$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $\leq$ à $6,00$

CATÉGORIE 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de $-6,00$ à $+6,00$
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[-6,00 \text{ et } 0 \text{ s}]$ et dont le cylindre est $> +4,00$
 - dont la sphère est $< -6,00$ et dont le cylindre est $\geq +0,25$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> +6,00$
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est $[-8,00 \text{ et } +8,00]$
 - dont la sphère est hors zone de $[-4,00 \text{ à } +4,00]$
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[-8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $\leq +4,00$
 - dont la sphère est $[-8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $> +4,00$

CATÉGORIE 2

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

- dont la sphère est $< -8,00$ et dont le cylindre est $\geq +0,25$
- dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $\leq +8,00$
- dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> +8,00$

ou

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

* Somme $S = (\text{sphère} + \text{cylindre})$

LA RÉFORME 100% SANTÉ, C'EST QUOI ?

La réforme 100 % Santé consiste à favoriser l'accès aux soins sur les postes où le reste à charge est parfois élevé pour les patients, soit en optique, en dentaire et en audiologie.

Les professionnels de santé sont contraints de respecter le plafonnement des tarifs des soins concernés et les complémentaires santé ont l'obligation de prendre en charge ces soins à hauteur de ces plafonds, en complément du remboursement de la Sécurité sociale. Ils peuvent en parallèle proposer d'autres offres avec un tarif libre.

EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL

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

MIS A JOUR LE 17 AVRIL 2018

Article 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

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

Article 5. COMPOSITION

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

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

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

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

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

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

Article 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE ADHÉRENT

La qualité de Membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;
- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

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

Article 8. OPPOSABILITÉS AUX MEMBRES ADHÉRENTS

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



Article 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

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

Article 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

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

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

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

Article 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1.1.ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

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

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

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

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

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

1.2. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

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

2. CONVOCATION

2.1. CONVOCATION AUX ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. DROIT DE VOTE

3.1. DROIT DE VOTE AUX ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

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

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

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

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

3.1.1. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

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

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

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

3.1.2. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

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

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

4. TENUE DES ASSEMBLÉES

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

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

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

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

4.1. TENUE DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

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

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

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

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

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

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?
Contactez-Nous au 04 87 94 04 04 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi.

FRAIS DE GESTION

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

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

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace Assuré APRIL.



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

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orient.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par QUATREM, société du groupe Malakoff Humanis.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE