

Notice (valant conditions générales)

# APRIL Santé Primo



# Sommaire



## Mots-clés

Toute expression en italique et avec une majuscule est définie en page 16.



Le sommaire est cliquable !

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. VOTRE CONTRAT</b>                                       | <b>3</b>  |
| 1.1. Quels sont les acteurs ?                                 | 3         |
| 1.2. Quelle est la réglementation applicable au contrat ?     | 3         |
| 1.3. Adhésion et prise d'effet                                | 4         |
| 1.4. Durée, renouvellement et modification du contrat         | 4         |
| 1.4.1. Durée et renouvellement                                | 4         |
| 1.4.2. Modification   | 5         |
| 1.5. Votre droit de renonciation                              | 5         |
| 1.5.1. Dans quel délai ?                                      | 5         |
| 1.5.2. Dans quelles conditions ?                              | 5         |
| 1.5.3. Comment ?  | 5         |
| 1.5.4. Avec quelles conséquences ?                            | 6         |
| 1.6. Résiliation du contrat                                   | 6         |
| <b>2. VOS GARANTIES</b>                                       | <b>7</b>  |
| 2.1. Dispositions générales                                   | 7         |
| 2.2. Limitations et délais d'attente                          | 7         |
| 2.3. Le contenu des garanties                                 | 8         |
| 2.4. Quelles sont les exclusions de garanties ?               | 10        |
| <b>3. VOS REMBOURSEMENTS</b>                                  | <b>10</b> |
| 3.1. Quelles sont les conditions de remboursement ?           | 10        |
| 3.2. Comment demander vos remboursements ?                    | 11        |
| 3.3. Le contrôle médical et administratif                     | 12        |
| 3.4. La fraude aux remboursements                             | 12        |
| 3.4.1. Quels sont les cas de fraude ?                         | 12        |
| 3.4.2. Quelles sont les sanctions en cas de fraude ?          | 12        |
| <b>4. VOS COTISATIONS</b>                                     | <b>12</b> |
| 4.1. Le calcul et l'évolution des cotisations                 | 12        |
| 4.2. Le règlement de la cotisation                            | 13        |
| 4.3. En cas d'absence de paiement                             | 13        |
| <b>5. LES RÉCLAMATIONS</b>                                    | <b>13</b> |
| 5.2. Quel est le délai de prescription ?                      | 14        |
| <b>6. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE CONTRAT</b>          | <b>15</b> |
| <b>7. TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES</b>              | <b>15</b> |
| <b>MOTS-CLÉS</b>  | <b>16</b> |
| <b>EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL</b> | <b>18</b> |

# 1 Votre contrat

## 1.1. Quels sont les acteurs ?

### Vous

|                 | Qui ?   | Fait quoi ?  |
|-----------------|---|--|
| <b>Adhérent</b> | « Vous », en tant que personne physique                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vous adhérez à un contrat APRIL Santé Primo (convention d'assurance de groupe à adhésion facultative SEY-xa3hfl).</li> <li>● Vous devenez membre de l'Association des Assurés APRIL.</li> </ul> |
| <b>Assuré</b>   | « Vous »<br>Votre <i>Conjoint</i> et/ou vos <i>Enfants</i> (facultatif) | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vous bénéficiez des garanties d'assurance santé souscrites par l'Adhérent.</li> </ul>   |

### Quelles sont les conditions pour être adhérent ou assuré ?

- Avoir sa résidence principale et fiscale établie :
  - En France métropolitaine ou,
  - Dans l'un des Départements ou Régions d'Outre-Mer (DROM) à l'exclusion de Mayotte ou,
  - Dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin.
- Être affilié à un *Régime d'assurance maladie Obligatoire* français.
- Être âgé de moins de quatre-vingt-cinq (85) au 31 décembre de l'année de prise d'effet de l'adhésion.

### Nous

|   | Qui ?                      | Fait quoi ?   | Mentions légales  |
|---|----------------------------|---|---|
| <b>SEYNA</b>  | Assureur                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Paiement à l'Assuré des garanties prévues au contrat d'assurance</li> </ul>  | Société anonyme au capital de 1.115.800,42 euros, dont le siège social est situé 20 bis rue Louis Philippe 92200 Neuilly-sur-Seine, immatriculée auprès du Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 843 974 635, Entreprise régie par le Code des assurances |
| <b>APRIL Santé Prévoyance</b><br>(ci-après APRIL ou «Nous») | Intermédiaire en assurance | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestion des contrats d'assurance, sur délégation de l'Organisme assureur</li> </ul>  | SASU au Capital de 540 640 € - 12 rue Juliette Récamier - CS 15555 69452 Lyon Cedex 06 - RCS Lyon n°428 702 409 - N°ORIAS 07 002 609 - Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09            |
| <b>Association des Assurés APRIL</b>                        | Association                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Étude, souscription et promotion pour ses adhérents de tout type d'assurances collectives autorisées par la loi.</li> <li>● Souscription de la Convention d'assurance APRIL Santé Primo (SEY-xa3hfl) auprès de l'Organisme assureur</li> </ul> | Association loi 1901, 12 rue Juliette Récamier, 69006 Lyon. Statuts et règlements consultables sur <a href="http://www.association-assures-april.fr">www.association-assures-april.fr</a>   |

## 1.2. Quelle est la réglementation applicable au contrat ?

|   | Contrat APRIL Santé Primo |
|---|---------------------------|
| Niveaux de garanties  | Niveaux 2 à 7             |
| <i>Contrat Solidaire</i>  | ✓                         |
| <i>Contrat Responsable</i>  | ✓                         |
| Articles L.871-1 et L.862-4 et suivants et R.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale)      | ✓                         |
| Éligibilité au régime fiscal <i>Madelin</i> Loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi <i>Madelin</i> » | ✓                         |

Ce contrat est soumis au droit français et notamment au Code des assurances.  
Dans le cadre de l'exécution de ce contrat, la langue utilisée est le français.

Pour faciliter votre compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule et en italique est défini(e) dans le tableau des mots clé.



## 1.3. Adhésion et prise d'effet

L'adhésion au contrat est constituée par la signature de la demande d'adhésion, par votre acceptation de la Notice valant Conditions Générales.

Par votre signature :

- Vous acceptez les conditions d'adhésion proposées.
- Vous vous engagez sur l'exactitude de vos déclarations.

La confirmation de votre adhésion est matérialisée par l'émission du *Certificat d'adhésion* par APRIL. Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties.

La prise d'effet de votre contrat mentionné sur votre *Certificat d'Adhésion* se fait au plus tôt :

- En cas d'adhésion par internet, le lendemain de la date de signature électronique.
- En cas d'adhésion par papier, le lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL.

### ⚠ Attention aux fausses déclarations !

L'adhésion est établie suivant vos déclarations, en conséquence, toute fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat.

#### Article L.113-8 du Code des assurances

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, 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 au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

## PROCÉDURE DE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

### Étape 1

Un code de signature Vous est transmis par SMS sur le numéro de téléphone indiqué dans la demande d'adhésion. Le code signature a une durée de validité limitée. Il est strictement personnel, confidentiel, nécessaire pour signer votre contrat et donner mandat de prélèvement, le cas échéant.

### Étape 2

En renseignant le code SMS, Vous acceptez les conditions d'adhésion et Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

### Étape 3

Vous recevez un e-mail de confirmation sur l'adresse e-mail transmise dans la demande d'adhésion.

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

### SI L'ADHÉSION S'EFFECTUE DANS LE CADRE D'UNE REPRISE DE VOTRE CONTRAT À LA CONCURRENCE

Vous devez le signaler dans la demande d'adhésion, pour qu'APRIL se charge de la résiliation de votre ancien contrat.

Si Vous ne Nous mandatez pas pour résilier votre précédent contrat, Vous devez vous charger vous-même des démarches et l'Organisme assureur ne pourra être tenu responsable en cas d'interruption de couverture.

## 1.4. Durée, renouvellement et modification du contrat

### 1.4.1. Durée et renouvellement

- Votre contrat est conclu pour une première période s'achevant au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année.
- Vos garanties sont viagères, c'est-à-dire que l'Organisme assureur ne peut pas y mettre fin sauf dans les cas mentionnés à la section 1.6. Résiliation du contrat.

## 1.4.2. Modification

- Toute modification de votre contrat et des niveaux de garanties ainsi que tout ajout d'un nouvel Assuré se fait à votre demande et sous réserve de l'acceptation d'APRIL.
- Les modifications ainsi que les garanties du nouvel Assuré seront effectives à la date figurant sur votre nouveau *Certificat d'Adhésion*.
- Vous ne pouvez choisir qu'un seul niveau de garanties par famille.

## 1.5. Votre droit de renonciation

### 1.5.1. Dans quel délai ?

En cas d'adhésion à distance ou de démarchage à domicile, Vous avez la possibilité de renoncer au contrat dans un délai de 14 jours calendaires à compter de votre adhésion, en application des articles L.112-2-1 et suivants du Code des assurances. Le délai de renonciation court à compter des dates indiquées dans le tableau ci-dessous :

| Type d'adhésion                       | Point de départ du délai de 14 jours  |
|---------------------------------------|---|
| À distance<br>(par internet)          | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Soit à compter de la date d'émission du <i>Certificat d'Adhésion</i>.</li> <li>● Soit à la date de réception des conditions d'adhésion envoyées par APRIL, si elle est plus tardive</li> </ul> |
| À la suite d'un démarchage à domicile | À la date de signature de la demande d'adhésion.  |

#### Article L. 112-2-1 du Code des assurances

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.

#### Article L. 112-9 ) du Code des assurances

"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".

### 1.5.2. Dans quelles conditions ?

- Sans avoir à justifier d'un motif.
- Sans pénalité.
- À la condition que Vous n'ayez pas déjà reçu un premier remboursement. Le fait de recevoir un remboursement a pour conséquence de Vous priver de votre droit de renonciation.

### 1.5.3. Comment ?

À l'aide du modèle suivant :

Bonjour,

Je soussigné, M./Mme (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention APRIL Santé Primo que j'ai souscrite le (date de signature) [par l'intermédiaire du cabinet (si Vous êtes passé par un courtier)].

Le

Signature



Par e-mail :  
[relationclient@april.com](mailto:relationclient@april.com)



Par courrier :  
**APRIL Santé Prévoyance**  
Service Adhésion Santé  
12 rue Juliette Récamier  
CS15555  
69452 Lyon Cedex 06



## 1.5.4. Avec quelles conséquences ?

- Votre renonciation met fin au contrat et au bénéfice des garanties à la date de réception de la demande de renonciation par APRIL.
- Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées sauf celles dues entre la prise d'effet du contrat et la renonciation.

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

## 1.6. Résiliation du contrat

Pour tous les cas de résiliations :

- Les cotisations restent dues jusqu'à la date de fin de vos garanties.
- En cas de trop versé de votre part, APRIL Vous remboursera, sous maximum 30 jours à compter de la date de résiliation de vos garanties.
- Un certificat de résiliation précisant la date d'effet de la résiliation Vous sera adressé par APRIL.

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

### À VOTRE INITIATIVE

|   |  |
|---|--|
| <b>Résiliation sans motif</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Avant 12 mois d'adhésion</b><br/>La résiliation doit être demandée au plus tard au 31 octobre de l'année d'adhésion. Votre contrat prend fin au 31 décembre.</li> <li>● <b>Après 12 mois d'adhésion</b><br/>La résiliation peut être demandée à tout moment. Votre contrat prend fin un mois après la réception de votre demande.</li> </ul> |
| <b>Résiliation en cas de modification du contrat par l'Organisme assureur</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● La résiliation doit être demandée dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification du contrat par l'Organisme assureur.</li> </ul>   |



Sur votre Espace Assuré :  
**monespace.april.fr**



Par e-mail :  
**relationclient@april.com**



Par courrier :  
**APRIL Santé Prévoyance**  
Service Adhésion Santé  
12 rue Juliette Récamier - CS15555  
69452 Lyon Cedex 06

### AUTRES CAS DE RESILIATION

- En cas de non paiement des cotisations :

#### Étape 1


En cas d'absence de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours suivant l'échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure de paiement.

#### Étape 2

Vos garanties seront suspendues après un délai de 30 jours suivant la mise en demeure.

#### Étape 3

En l'absence de paiement dans un délai de 10 jours suivant la suspension des garanties, le contrat est résilié.

 Si Vous payez la totalité du montant indiqué dans la lettre de mise en demeure avant la fin du délai de 10 jours qui suit la suspension des garanties, vos garanties reprendront à midi le lendemain du jour du paiement.



- En cas de dénonciation du contrat par l'Association, ou par l'Organisme assureur à l'échéance, ou en cas de cessation d'activité de l'Association :  
Vous en serez informé par l'Association et l'Organisme assureur Vous maintiendra le bénéfice des garanties.
- En cas de fausse déclaration :  
**Vous vous exposez à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre contrat si Vous procédez à une omission, réticence ou fausse déclaration, sauf s'il est établi qu'elle n'était pas intentionnelle (Art. L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances).**

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

## 2 Vos garanties

### 2.1. Dispositions générales

Votre contrat prévoit le remboursement de vos frais médicaux.

Le montant de vos garanties est exprimé soit :

- **En frais réels**, suivant les dépenses réellement engagées.
- **En pourcentage** de la Base de Remboursement incluant le Remboursement de la Sécurité sociale.
- **Sous la forme d'un forfait en euros**, valable par Année d'Adhésion et par Assuré et non cumulable d'une année sur l'autre, sauf disposition contraire indiquée au tableau de garanties.

Le montant de vos garanties varie selon que :

- **Le médecin** soit adhérent ou non à un DPTAM.
- **L'établissement hospitalier** est en Secteur Conventionné ou Non Conventionné.
- **Vous avez respecté ou non** le Parcours de Soins Coordinés.

### 2.2 Limitations et délais d'attente

Vos garanties sont soumises à des limitations et délais d'attente durant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties de chaque Assuré.

|                                | Limitation  | Délai d'attente  |
|--------------------------------|---|--|
| Date de début du remboursement | Prise en charge dès la date d'effet des garanties de chaque Assuré dans la limite de 100 % de la Base de Remboursement. | Non prise en charge durant les 3 premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. |



## 2.3. Le contenu des garanties

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente fixés par le Régime obligatoire. 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 et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.

Les garanties exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente des trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai des trois (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Le niveau 1 n'est plus commercialisé depuis le 24/07/2024

|   |  | Niveau 2    | Niveau 3 | Niveau 4                | Niveau 5                | Niveau 6                | Niveau 7                |
|---|--|-------------|----------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*</b>   |  |             |          |                         |                         |                         |                         |
| SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ   |  |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Frais de séjour</b>  |  | Frais réels |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Forfait journalier hospitalier</b>   |  | Frais réels |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>  | Médecins DPTAM <sup>(1)</sup>                                      | 120 % BR    | 140 % BR | 180 % BR                | 210 % BR                | 260 % BR                | 300 % BR                |
|   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>  | Médecins non DPTAM <sup>(1)</sup>                                  | 100 % BR    | 115 % BR | 140 % BR                | 165 % BR                | 180 % BR                | 200 % BR                |
|   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat |             |          |                         |                         |                         |                         |
| SÉJOURS EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE  |  |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Frais de séjour</b>  |  | Frais réels |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Forfait journalier hospitalier</b>   |  | Frais réels |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Honoraires et frais médicaux</b>   |  | 100 % BR    |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>SOINS COURANTS</b>   |  |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Honoraires médicaux</b> : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)   | Médecins DPTAM <sup>(1)</sup>                                      | 120% BR     | 140% BR  | 160% BR                 | 175% BR                 | 210% BR                 | 250% BR                 |
|   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Honoraires médicaux</b> : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)  | Médecins non DPTAM <sup>(1)</sup>                                  | 100 % BR    | 110 % BR | 130 % BR                | 150 % BR                | 180 % BR                | 200 % BR                |
|   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Honoraires médicaux</b> : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)  | Médecins DPTAM <sup>(1)</sup>                                      | 100 % BR    | 100 % BR | 125 % BR                | 150 % BR                | 150 % BR                | 200 % BR                |
|   | Médecins non DPTAM <sup>(1)</sup>                                  | 100 % BR    |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)</b>  |  | 100 % BR    |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds</b>  |  | Frais réels |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %</b>  |  | 100 % BR    |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %</b>  |  | 100 % BR    |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Transport</b>  |  | 100 % BR    |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Matériel médical</b> : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires hors « 100% Santé », petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique   | 100 % BR   | 125 % BR    | 125 % BR | 150 % BR                | 150 % BR                | 200 % BR                |                         |
|   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Prothèses Capillaires « 100% Santé » <sup>(2)</sup></b>  |  | Frais réels |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Location courte durée d'un Véhicule pour Personne en situation de Handicap « 100% Santé » <sup>(2)</sup></b>   |  | Frais réels |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale <sup>(3)</sup></b>   |  | 100 % BR    |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>DENTAIRE</b>   |  |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale</b>  | 125 % BR   | 125 % BR    | 150 % BR | 150 % BR                | 150 % BR                | 200 % BR                |                         |
|   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup></b>  |  | Frais réels |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Prothèses dentaires « Offre Modérée » <sup>(4)</sup> et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale</b>  | 110% BR  | 150% BR     | 190% BR  | 225% BR                 | 285% BR                 | 325% BR                 |                         |
|   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat |             |          |                         |                         |                         |                         |
| <b>Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » <sup>(4)</sup> et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup></b><br>– hors soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale |  | -           | -        | 1000 € au-delà 100 % BR | 1400 € au-delà 100 % BR | 1800 € au-delà 100 % BR | 2200 € au-delà 100 % BR |

|   | Niveau 2   | Niveau 3  | Niveau 4   | Niveau 5        | Niveau 6         | Niveau 7         |
|---|--|---|--|-----------------|------------------|------------------|
| <b>DENTAIRE</b>   |  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale - par année d'adhésion</b>   | 90 €   | 125 €   | 190 €  | 200 €           | 285 €            | 300 €            |
|   | Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale</b>   | 100 % BR   | 100 % BR  | 150 % BR   | 175 % BR        | 175 % BR         | 250 % BR         |
|   |  |   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat |                 |                  |                  |
| <b>OPTIQUE</b>  |  |   |  |                 |                  |                  |
| 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 sur les niveaux responsables à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre. |  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle<sup>(5)</sup></b>  | Frais réels  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B</b>  | Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels. |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)</b>   | 55 €   | 125 €   | 155 €  | 200 €           | 255 €            | 300 €            |
| <b>Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)</b>   | 125 €  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)</b>   | 200 €  | 225 €   | 250 €  | 275 €           | 300 €            | 350 €            |
| <b>Pour les équipements "Offre libre" Classe B</b>  | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat   |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)</b>   | 50 % des frais réels   |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Lentilles acceptées par la Sécurité sociale - par année d'adhésion</b>   | 100 % BR + 20€   | 100 % BR + 35 €   | 100 % BR + 50 €  | 100 % BR + 75 € | 100 % BR + 100 € | 100 % BR + 125 € |
|   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat   |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Lentilles refusées par la Sécurité sociale - par année d'adhésion</b>  | -  | 35 €  | -  | 75 €            | -                | 100 €            |
|   |  | Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat |  |                 |                  |                  |
| <b>Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser - par année d'adhésion</b>  | 100 €  | 100 €   | 125 €  | 150 €           | 150 €            | 200 €            |
|   | Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>AIDES AUDITIVES</b>  |  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Aides auditives<sup>(7)</sup> (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)</b>   |  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Équipements « 100% Santé » Classe I<sup>(7)</sup></b>  | Frais réels  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille<sup>(6)</sup></b>   | 100% BR + 50€  | 100% BR   | 100% BR + 250€   | 100% BR         | 100% BR + 450€   | 100% BR          |
|   | Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat   |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Accessoires</b>  | 100 % BR   |   |  |                 |                  |                  |
| <b>AUTRES PRESTATIONS</b>   |  |   |  |                 |                  |                  |
| <b>Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française</b>  | 100 % BR   |   |  |                 |                  |                  |

BR : Base de remboursement

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

- Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-ACO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- Dans le cadre du « 100% Santé », ces frais sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévus pour ce type d'actes.
- Prise en charge des séances selon les limitations prévues par le dispositif « Mon Soutien Psy ».
- 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.
- Tels que définis réglementairement. Les frais optiques 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 prix limites de vente prévus pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.
- S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A "100% Santé" ou Classe B "Offre Libre" composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.
- 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.
- 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 de  $[-6,00 \text{ et } +6,00]$
- **2 verres unifocaux sphéro-cylindriques** dont la sphère est :
  - $[-6,00 \text{ et } 0]$  et dont le cylindre est  $\leq$  à  $+4,00$
  - Positive et dont la somme  $S^*$  est  $\leq$  à  $6,00$

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

### CATÉGORIE 2

- 1 verre de la **catégorie 1**
- Et
- 1 verre de la **catégorie 3**

### CATÉGORIE 3

- **2 verres multifocaux ou progressifs sphériques** dont la sphère est :
  - $[-4,00 \text{ et } +4,00]$
  - 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  $\leq$  ou  $>$  à  $+4,00$
  - $<$  à  $-8,00$  et dont le cylindre est  $\geq$  à  $0,25$
  - Positive et dont la somme  $S^*$  est  $\leq$  ou  $>$  à  $8,00$

- **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 :
  - $[-6,00 \text{ et } 0]$  et dont le cylindre est  $>$  à  $+4,00$
  - $<$  à  $-6,00$  et dont le cylindre est  $\geq$  à  $0,25$
  - Positive et dont la somme  $S^*$  est  $>$  à  $6,00$
- 1 verre de la **catégorie 3**
- Et
- 1 autre verre de la **catégorie 3**

## 2.4. Quelles sont les exclusions de garanties ?

Les dépenses que votre contrat ne prend pas en charge sont les suivantes :

|   |  |
|---|--|
| Les exclusions liées à la nature des soins                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Les séjours en maison d'accueil spécialisée, gérontologie, Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires.</li> <li>● Les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les Hospitalisations en longs séjours.</li> <li>● Les soins esthétiques, les cures de toutes natures, la thalassothérapie.</li> </ul>  |
| Les exclusions réglementaires   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux.</li> <li>● La diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du Parcours de soins coordonnés.</li> <li>● Les frais de soins non pris en charge par la Sécurité sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● La chambre particulière</li> </ul> |  |

## 3 Vos remboursements

### 3.1. Quelles sont les conditions de remboursement ?

Seuls sont remboursés :

- Les frais de santé pris en charge par le *Régime Obligatoire* sauf mention contraire dans les tableaux de garanties.
- Les actes réalisés pendant la période de validité des garanties.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.



## Les remboursements interviennent :

Sous déduction  
des remboursements  
de l'Assurance Maladie  
*Obligatoire* ou autre organisme  
de complémentaire santé



Dans la limite maximum  
des garanties et des frais  
réels engagés



Sur justification des actes  
réalisés

En cas d'Accident causé par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits, pour récupérer auprès de celui-ci les remboursements de frais de santé dont Vous avez bénéficié.

Quand elles sont contractées sans fraude et conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1005 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, Vous pouvez obtenir l'indemnisation en Vous adressant à l'Organisme assureur de votre choix.

## 3.2. Comment demander vos remboursements ?

### ● Le Tiers Payant

Ce service Vous permet de ne pas régler Vous-même les frais de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire auprès des professionnels de santé qui acceptent 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, Vous devez présenter aux professionnels de santé votre carte Tiers Payant santé.

### ● La télétransmission

L'Assurance Maladie Obligatoire envoie directement à APRIL tous les documents nécessaires.

### ● Sinon, c'est à Vous de Nous transmettre votre demande de remboursement

#### Avec quels documents ?

- Les décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- Pour les soins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, les notes ou factures acquittées avec le numéro SIRET du praticien, le nom et prénom de l'Assuré, les actes ou prestations réalisés et les prescriptions médicale.
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.
- En cas d'Hospitalisation, le bulletin de situation, les factures acquittées et notes d'honoraires et, sur demande, un certificat médical détaillé.
- Pour les frais d'optique, les factures acquittées et ordonnances. En cas de renouvellement anticipé, la prescription médicale justifiant de l'évolution de la vue.
- Toute autre pièce demandée par APRIL en votre possession ou légalement accessible nécessaire à l'instruction de la demande de prestation.

#### Comment ?



Sur votre Espace Assuré:  
**monespace.april.fr**



Par courrier:  
**APRIL Santé Prévoyance**  
Service Adhésion Santé  
12 rue Juliette Récamier - CS15555  
69452 Lyon Cedex 06



### 3.3. Le contrôle médical et administratif

Si Vous avez reçu des remboursements, APRIL pourra contrôler leur bien-fondé dans les conditions suivantes :

|                             | Nos droits de contrôle  | Vos droits en cas de contrôle  |
|-----------------------------|---|--|
| Renseignements et documents | Nous pouvons Vous demander tous renseignements et documents utiles pour l'appréciation de votre droit aux prestations.  | Si ces documents ou renseignements ont un caractère médical, envoyez-les sous pli confidentiel au médecin conseil d'APRIL.   |
| Expertises                  | <p><b>Nous pouvons organiser une expertise à tout moment par un médecin indépendant, spécialisé dans les expertises médicales, soit en France soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la maladie, et à nos frais.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.</b></p> <p><b>Si Vous refusez de Vous soumettre à cette expertise, Vous perdrez le droit à votre garantie.</b></p> | <p>Lors de l'expertise, Vous avez la possibilité d'être accompagné du médecin de votre choix qui est agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré, et à vos frais.</p> |
|                             | 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.  |  |

### 3.4. La fraude aux remboursements

#### 3.4.1. Quels sont les cas de fraude ?

- Si Vous fournissez ou utilisez volontairement des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou si Vous utilisez d'autres moyens frauduleux pour obtenir le versement des prestations.
- Si Vous faites volontairement une fausse déclaration, sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre.

#### 3.4.2. Quelles sont les sanctions en cas de fraude ?

- La déchéance de votre droit à indemnisation (et le cas échéant, le remboursement des sommes déjà versées pour ce sinistre).
- Des poursuites pénales de la part de l'Organisme assureur.
- La résiliation de l'adhésion.

## 4 Vos cotisations

### 4.1. Le calcul et l'évolution des cotisations

- **Le montant de la cotisation dépend :**
  - De l'âge de chaque Assuré calculé au 31/12 de l'année de la prise d'effet des garanties ou de leur modification.
  - De la composition de la famille assurée.
  - Du département de *Résidence* de l'Adhérent.
  - Du *Régime Obligatoire* de chaque Assuré.
  - Du niveau de garantie choisi.

Le montant de la cotisation est indiqué toutes taxes comprises. Il est précisé dans l'appel de cotisations.

Vous devez Nous déclarer la modification de ces critères dès que Vous en avez connaissance et au plus tard dans les 3 mois.

**Si cette modification entraîne une augmentation du montant de la cotisation, Vous disposez d'un délai de trente (30) jours suivant la réception de votre avis d'échéance pour résilier votre adhésion en raison de cette augmentation (se reporter au 1.6 « Résiliation du contrat »).**

**Le montant de la cotisation évolue dans les cas suivants :**

- Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année dans les cas suivants :
  - Augmentation annuelle automatique de 2,5% au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.
  - Modification en cas d'évolution de la consommation médicale du *Groupe Assuré*.

- En cours d'année dans les cas suivants :

- Modification liée à un changement légal, réglementaire, du taux des taxes applicables ou instauration d'une nouvelle imposition.
- Modification de la composition familiale ou de garantie.
- Eventuellement en cas de changement de lieu de résidence.

**À noter :**

La composition du groupe assuré 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.

## 4.2. Le règlement de la cotisation

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 :

|                         | Mensuel                                   | Trimestriel | Semestriel | Annuel |
|-------------------------|---|-------------|------------|--------|
| Prélèvement automatique | ✓<br>Uniquement si cotisation > 16 €/mois | ✓           | ✓          | ✓      |
| Chèque                  | -   | -           | ✓          | ✓      |

## 4.3. En cas d'absence de paiement

Le contrat est résilié selon la procédure détaillée à la section 1.6. Résiliation du contrat, relative à la résiliation du contrat par APRIL en cas de non-paiement des cotisations.

# 5 Les réclamations

## 5.1. En cas d'insatisfaction, comment faire une réclamation ?

### 1 Adressez-Vous à notre Service Réclamations

|  |  |   |
|--|--|---|
| <br>Avec le formulaire réclamation sur l'Espace Assuré<br><a href="https://monespace.april.fr">https://monespace.april.fr</a> | <br>Par e-mail:<br><a href="mailto:relationclient@april.com">relationclient@april.com</a> | <br>Par courrier:<br>Service réclamations<br><b>APRIL Santé Prévoyance</b><br>12 rue Juliette Récamier<br>CS15555 - 69452 Lyon Cedex 06 |
|--|--|---|



Une réponse Vous sera apportée dans un délai de 10 jours ouvrables, et dans un délai de traitement maximal qui ne pourra excéder 2 mois.

### 2 Si le désaccord persiste, Vous pouvez saisir le Médiateur compétent

Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite auprès d'APRIL. Si la réponse apportée à votre réclamation ne Vous convient pas ou en l'absence de réponse dans les 2 mois suivant l'envoi de la première réclamation écrite, Vous pouvez alors saisir le Médiateur dans les conditions décrites ci-après.

#### Conditions de la saisine du Médiateur :

- Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation.
- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.

|   |  |
|---|--|
| <br>Par courrier:<br><b>La Médiation de l'Assurance</b><br>TSA 50 110 – 75441 Paris cedex 09 | <br>Avec le formulaire de saisine sur le site :<br><a href="https://www.mediation-assurance.org/">https://www.mediation-assurance.org/</a><br>Rubrique : Je sais le Médiateur |
|---|--|



**Bon à savoir :**

- Cette démarche ne Vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance
- Vous pouvez Vous adresser à notre Service Réclamations pour obtenir de l'aide pour la constitution de votre dossier

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance par Internet, Vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte :

Plateforme de la Commission européenne  
pour la résolution des litiges  
<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

## 5.2. Quel est le délai de prescription ?

Vous disposez d'un délai maximum de 2 ans pour engager toute action liée à la conclusion, à l'exécution ou à la résiliation du contrat. Le délai de 2 ans court à compter de l'événement à l'origine de l'action. Passé ce délai, tout recours sera impossible.

### Article L.114-1 du Code des assurances

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

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

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

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

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

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

### La prescription peut être interrompue dans les cas suivants :

#### Causes ordinaires

- Reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil).
- Introduction d'une demande en justice (article 2241 à 2243 du Code Civil).
- 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 du créancier (article 2245 du Code Civil).
- Mesure conservatoire prévue par le Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil).
- Interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code Civil).
- Cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code Civil).

#### Autres causes

- Par APRIL : action en paiement de la cotisation.
- Désignation d'experts en cas de réalisation du risque.
- Par Vous : action en paiement des garanties.

### Article L.114-2 du Code des assurances

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 L.114-3 du Code des assurances

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.



## 6 La gestion administrative de votre contrat

APRIL est en charge de la gestion administrative de votre contrat, de l'adhésion jusqu'à sa résiliation. C'est donc à APRIL que Vous devez adresser l'ensemble de vos demandes liées à votre contrat. Soit directement par le biais de votre Espace Assuré, soit par courrier :

**Pour toutes demandes relatives au règlement des prestations :**

APRIL  
Service Prestations  
69452 Lyon Cedex 06

**Pour toute autre demande relative à votre contrat :**

APRIL  
Service Adhésion Santé  
12 rue Juliette Récamier - CS15555  
69452 Lyon Cedex 06

L'ensemble de nos échanges et de nos documents sont sauvegardés dans votre Espace Assuré. Si Vous Vous opposez à la communication par e-mail, Nous Vous adresserons des courriers.

**Vous devez Nous avertir immédiatement de tout changement de votre adresse postale et/ou électronique. Sinon, les informations envoyées à votre dernière adresse connue sont considérées comme valablement transmises.**

### VOTRE ESPACE ASSURÉ

Vous pourrez créer votre compte directement depuis la page de connexion de votre Espace Assuré.

Réalisez toutes vos démarches en ligne :

- Téléchargez votre carte de Tiers-Payant et tous vos documents,
- Déposez vos demandes de remboursement,
- Réalisez une prise en charge hospitalière, un devis optique ou dentaire,
- Demandez à modifier votre contrat (évolution de vos niveaux de garanties, ajout d'ayant-droit...).



Rendez-vous sur [monespace.april.fr](https://monespace.april.fr) ou téléchargez l'application gratuite «APRIL Santé Prévoyance Emprunteur»

## 7 Traitement de vos données personnelles

Dans le cadre de votre contrat d'assurance, l'Organisme assureur et APRIL collectent et traitent des données Vous concernant en qualité de responsables conjoints de traitement. Certains traitements relèvent de la seule responsabilité d'APRIL ou de l'Organisme assureur.

Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont Vous bénéficiez, renseignez-vous auprès :

- D'APRIL : consultez la Lettre d'information sur le Traitement de vos données personnelles accessible sur votre Espace Assuré.
- Auprès de l'Organisme assureur : consultez la Politique de données personnelles disponible sur le site.



# Mots-clés

| Mots clés   | Définitions  |
|---|--|
| <b>100% Santé</b>   | Dispositif qui permet d'obtenir le remboursement à 100% ( <i>Remboursement de la Sécurité sociale</i> inclus) des frais de certaines prestations d'optique, d'aide auditive et de prothèses dentaires définies réglementairement. Ce dispositif n'est accessible qu'au bénéficiaire d'un <i>Contrat Responsable</i> .  |
| <b>Accident</b>   | Lorsque, pendant la période de validité de ses garanties, l'Assuré est victime d'une atteinte physique non intentionnelle, provoquée par l'action brusque, soudaine et violente d'une cause extérieure.  |
| <b>Année d'Adhésion</b>                                   | Période de 12 mois entre deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties.<br>Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties indiquée sur le <i>Certificat d'Adhésion</i> pour chaque Assuré.   |
| <b>Assurance Maladie Obligatoire</b>                      | 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.<br>Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé des assurés  |
| <b>Base de Remboursement (BR)</b>                         | C'est le tarif de référence retenu par l'Assurance Maladie obligatoire pour chaque acte médical, afin de déterminer le remboursement. Il peut s'agir du tarif de responsabilité, du tarif forfaitaire de responsabilité, du tarif d'autorité ou de convention.   |
| <b>Certificat d'Adhésion</b>                              | Document remis à l'Adhérent justifiant son adhésion au contrat et précisant les garanties souscrites, leur date d'effet, le niveau choisi et les personnes assurées au contrat.  |
| <b>Conjoint</b>   | Époux ou épouse de l'Adhérent à condition de ne pas être divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à l'amiable dès lors que la séparation est transcrite à l'état civil, ou concubin déclaré, ou cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec l'Adhérent.   |
| <b>Contrat Responsable</b>                                | Lorsque le contrat respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la loi pour favoriser le recours aux soins et inciter à limiter les dépenses de santé.<br>Les garanties couvrent dans la limite des plafonds légaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Le <i>Ticket Modérateur</i> pour les soins de ville et l'<i>Hospitalisation</i>.</li> <li>● Le <i>Forfait Journalier Hospitalier</i>.</li> <li>● Le panier de soins <i>100% Santé</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pour les équipements optiques.</li> <li>● Pour les prothèses dentaires et les aides auditives.</li> </ul> </li> </ul> Aucune exclusion de garanties mentionnée dans cette Notice ne s'applique aux obligations de prise en charge prévues par la réglementation. |
| <b>Contrat Solidaire</b>                                  | Il s'agit d'un contrat non soumis à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.   |
| <b>Dispositif Madelin</b>                                 | Il Vous permet de bénéficier du régime fiscal prévu par la loi n°94-126 du 11/02/1994 dite « <i>Loi Madelin</i> ».<br>Pour en bénéficier, Vous devez : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Adhérer à un <i>Contrat Responsable</i>.</li> <li>● Relever du régime fiscal des BIC ou BNC ou des traitements et salaires (article 62 du Code général des impôts).</li> <li>● Être à jour du paiement des cotisations des Régimes Obligatoires d'assurances maladie et vieillesse.</li> </ul>   |
| <b>Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)</b> | En consultant un médecin adhérent au DPTAM, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par l'Assurance Maladie Obligatoire et par votre complémentaire santé responsable.<br>Il existe 2 dispositifs DPTAM : <ul style="list-style-type: none"> <li>● OPTAM-ACO, pour les spécialistes en chirurgie et obstétrique ainsi que les médecins anesthésistes.</li> <li>● OPTAM, pour tous les autres professionnels de santé.</li> </ul>  |
| <b>Enfant</b>   | <i>Enfant</i> « à charge » de l'Adhérent ou de son <i>Conjoint</i> , jusqu'au 31 décembre de ses 20 ans, qui bénéficie des prestations en nature d'un <i>Régime Obligatoire</i> . La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.   |
| <b>Forfait Journalier Hospitalier</b>                     | Frais d'hébergement et d'entretien liés à une <i>Hospitalisation</i> pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé y compris le jour de sortie.   |
| <b>Frais réels</b>  | Si une garantie est exprimée en Frais réels, dans ce cas, la totalité des dépenses engagées au titre de cette garantie est remboursée.   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Groupe Assuré</b>                                | Ensemble des Assurés répondant à des critères communs ( <i>Année d'adhésion</i> , âge des Assurés, zone géographique de la <i>Résidence</i> , composition de la famille Assurée, <i>Régime Obligatoire</i> et garanties souscrites).   |
| <b>Hospitalisation</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier répondant aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hôpital ou clinique habilité à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées.</li> <li>● Possédant les autorisations administratives locales.</li> <li>● Agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.</li> </ul> </li> <li>● Disposant du personnel nécessaire.</li> <li>● Séjour de moins de 24 heures pour des actes chirurgicaux spécifiquement classés ADC/KC (<i>Hospitalisation ambulatoire</i>).</li> <li>● <i>Hospitalisations à domicile</i> (H.A.D.) prises en charge par la Sécurité sociale.</li> </ul> |
| <b>Parcours de Soins Coordonnés</b>                 | Cette réglementation Vous impose de déclarer un médecin traitant, et en cas de consultation d'un autre médecin, d'avoir été préalablement adressé par votre médecin traitant. À défaut, Vous bénéficierez d'un remboursement minoré par la Sécurité sociale et votre contrat complémentaire santé ne pourra prendre en charge ce reste à charge spécifique.  |
| <b>Régime d'assurance maladie Obligatoire</b>       | C'est le régime d'assurance maladie obligatoire français. Suivant votre situation, Vous relevez : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Du régime général (salarié et TNS).</li> <li>● Du régime agricole.</li> <li>● Du régime social d'Alsace/Moselle.</li> </ul>   |
| <b>Remboursement de la Sécurité sociale</b>         | Il est égal à la <i>Base de Remboursement</i> multipliée par le <i>Taux de Remboursement</i> .   |
| <b>Résidence</b>                                    | Lieu d'habitation habituel et effectif de l'Adhérent et de sa famille établissant sa résidence fiscale.  |
| <b>Secteur Conventionné</b>                         | 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.<br><br>On peut distinguer les professionnels du secteur 1 qui s'engagent à respecter les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. De ceux du secteur 2 qui sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.   |
| <b>Secteur Non Conventionné</b>                     | Professionnels de santé qui pratiquent des tarifs libres (plus élevés que les conventionnés).  |
| <b>Taux de Remboursement de l'Assurance Maladie</b> | Le <i>Taux de Remboursement</i> varie selon : <ul style="list-style-type: none"> <li>● La prestation ou le produit (par exemple, 100%, 65%, 30% ou 15% selon les médicaments).</li> <li>● La situation de l'Assuré (par exemple, 100% en cas de maternité ou d'affection longue durée).</li> <li>● Le respect du <i>Parcours de Soins Coordonnés</i> (réduction du taux en dehors du parcours).</li> </ul>   |
| <b>Ticket Modérateur</b>                            | C'est la quote-part que la Sécurité sociale laisse à la charge de l'Assuré, c'est à dire la différence entre la <i>Base de Remboursement</i> de la Sécurité sociale et le <i>Remboursement</i> par la Sécurité sociale.  |



# 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](http://www.association-assures-april.fr)

Mis à 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 1er 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. À ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

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

## Article 8. Opposabilités aux Membres Adhérents

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

## Article 9. Ressources de l'Association

Les ressources de l'Association se composent :

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

## Article 11. Fonds d'Actions Solidaires

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

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

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

## Article 13. Assemblées Générales

### 1. Assemblées Générales

#### 1.1. Assemblée Générale Ordinaire

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

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

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

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

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

#### 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 Assemblée Générale Ordinaire 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 délégué 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.

### 4. Tenue des Assemblées

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

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

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

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

#### 4.1. Tenue des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

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

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

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

**Pour nos opérations de gestion, nos frais sont, les suivants :**

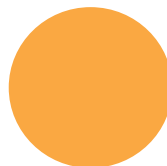
- Pour un avenant: **10 €**
- Pour un rejet de prélèvement bancaire: **10 €**
- Pour le relevé des prestations avec le paiement mensuel par virement automatique: **0 €**
- Pour la réouverture d'un contrat après radiation: **10 €**
- Pour une mise en demeure pour non paiement: **25 €**
- Pour le relevé des prestations avec le paiement par chèque: **0,76 €/chèque**

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

 **april** Santé Prévoyance

12 rue Juliette Récamier - CS15555  
69452 LYON CEDEX 06

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest  
CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.  
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance co-conçu et assuré par Seyna.



 **april**

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE