



MyHealth France

Conditions générales 2025

Réf : MHF Cov
Mise à jour : Septembre 2024



Pour toute information relative à votre contrat, nous sommes à votre disposition du **lundi au vendredi de 8h30 à 18h00** – Heure de Paris
Tél : +33 (0)1 53 05 30 57
E-mail : myhealth.france@april-international.com

Sommaire

Préambule.....	p.3
1. Définitions.....	p.4
2. Garanties et territorialité de votre contrat.....	p.5
2.1. Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ?.....	p.5
2.2. Où êtes- <i>Vous</i> couvert?.....	p.5
3. Qui peut bénéficier du contrat?.....	p.5
4. Date d'effet, durée et renonciation au contrat.....	p.6
4.1. Quand débute votre contrat?.....	p.6
4.2. Les <i>Délais d'attente</i> applicables à votre contrat.....	p.6
4.3. Durée de couverture et renouvellement de votre contrat.....	p.6
4.4. Les garanties de votre contrat cessent.....	p.6
4.5. Comment renoncer à votre contrat?.....	p.7
5. Cotisations.....	p.7
5.1. Comment est déterminé le montant de votre <i>Cotisation</i> ?.....	p.8
5.2. Les modes de paiement.....	p.8
5.3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre <i>Cotisation</i> ?.....	p.8
6. Évolution de votre contrat.....	p.8
6.1. Comment modifier votre contrat?.....	p.8
6.2. Quelles informations devez- <i>Vous</i> porter à notre connaissance?.....	p.8
7. Ce que couvre votre contrat et comment en bénéficier?.....	p.8
7.1. Nature et montant des remboursements.....	p.9
7.2. Règlement des prestations.....	p.12
8. Ce qui est exclu de votre contrat.....	p.12
8.1. Exclusions spécifiques à la formule LEVEL 1.....	p.12
8.2. Exclusions spécifiques aux formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6.....	p.13
9. Dispositions générales.....	p.13
9.1. Qui assure votre contrat?.....	p.13
9.2. Cadre légal.....	p.13
9.3. Prescription.....	p.14
9.4. Subrogation.....	p.14
9.5. Réclamation – médiation.....	p.15
9.6. Loi informatique et libertés.....	p.15

Préambule

Les présentes Conditions générales ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative MyHealth France souscrites par l'Association des Assurés APRIL auprès de QUATREM (pour la formule LEVEL 1 : convention 3AMHFFDSNR2018, pour les autres formules : convention 3AMHFFDSR2018).

QUATREM est une société anonyme d'assurances au capital de 510 426 261 €, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte, 75009 Paris, FRANCE, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09. QUATREM est également désignée par le terme « organisme assureur » dans les présentes Conditions générales.

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

L'organisme gestionnaire de ces conventions d'assurance est, par délégation de l'organisme assureur, APRIL International Care France, société par actions simplifiée au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 (www.orias.fr), dont le siège social est situé 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, France. L'entreprise est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente convention.

L'adhésion est constituée par la Demande d'adhésion, les Conditions générales et l'Attestation d'assurance, valant Certificat d'assurance, qui mentionne l'organisme assureur. La convention est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée dans le cadre de l'exécution de cette convention est la langue française.

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la convention MyHealth France. Les Assurés sont inscrits sur l'Attestation d'assurance, valant Certificat d'adhésion.

La convention d'assurance n° 3AMHFFDSNR2018, pour la formule LEVEL 1, est une convention « non responsable », c'est-à-dire qu'elle ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 du Code de la Sécurité sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Elle n'est donc pas éligible au régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

La convention d'assurance n°3AMHFFDSR2018, pour les formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5 et LEVEL 6, est une convention « solidaire » et « responsable », c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties couvrent à minima à hauteur de 100% de la Base de remboursement les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale. De même, aucune exclusion mentionnée au sein des présentes Conditions générales ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Cette convention respecte également 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).

Dans le cadre de la réforme dite « 100% Santé » et en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% Santé » seront intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction du remboursement du *Régime obligatoire*. La prise en charge de ces frais s'effectuera selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

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

Si Vous souhaitez bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin », Vous devez obligatoirement :

- > relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts ;
- > être affilié à un *Régime obligatoire* d'assurance maladie français ;
- > être à jour du paiement de vos cotisations au titre des Régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels Vous êtes affilié.

1. Définitions

Parce que les terminologies employées en assurance sont techniques et pour Vous aider à bien comprendre le fonctionnement de votre contrat, Nous Vous proposons de Vous donner les définitions clés des termes utilisés. À chaque fois que les termes suivants sont rédigés en italique et employés avec une majuscule, c'est qu'ils ont la signification suivante :

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. En application de l'article 1353 du Code Civil français, il Vous appartient d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère à l'une des conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés APRIL auprès de l'organisme assureur QUATREM et qui paie les Cotisations.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la Date d'effet du contrat.
- ASSURÉ** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties du présent contrat. C'est-à-dire Vous et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites sur l'Attestation d'assurance. Par membres de votre famille, il faut entendre votre Conjoint et vos Enfants à charge.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance.
- ATTESTATION D'ASSURANCE** : document valant Certificat d'adhésion, que Nous remettons à l'Adhérent, confirmant son adhésion au contrat MyHealth France et mentionnant notamment les Assurés, la Date d'effet, les garanties et la formule sélectionnée. L'Attestation d'assurance correspond aux conditions particulières du contrat.
- AUTORITÉ MÉDICALE** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où Vous vous trouvez.
- B BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE (BRSS)** : base de remboursement obligatoire utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par des professionnels de santé. Elle diffère selon le secteur dont le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier relève. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le Tarif forfaitaire de référence qui correspond au prix d'un médicament générique.
- C CERTIFICAT DE RADIATION** : document valant attestation de fin de droit, fourni par l'ancien assureur santé de l'Assuré qui mentionne notamment la date d'adhésion à la garantie et la date de résiliation, la liste des bénéficiaires ainsi que les garanties santé dont ils bénéficiaient.
- CONJOINT** : l'époux ou l'épouse de l'Assuré principal, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'Assuré principal bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du Sinistre. Le concubin notoire de l'Assuré principal pourra être considéré comme ayant la qualité de Conjoint si la justification de sa qualité est faite.
- COTISATION** : somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée sur l'Attestation d'assurance.
- DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas dues. Le point de départ de cette période est la Date d'effet du contrat portée sur l'Attestation d'assurance.
- DPTAM (DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE)** : 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). En consultant un médecin adhérant à un DPTAM, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale française.
- E ENFANT À CHARGE** : votre enfant, celui de votre Conjoint :
- > âgé de moins de 21 ans,
 - > âgé de moins de 26 ans, poursuivant ses études.
- L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier...) ou accessoirement (petit travail d'appoint...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité.
- ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ** : établissement agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux, ayant conclu une convention avec un organisme de Sécurité sociale française.
- F FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** : correspond à la participation du patient aux frais liés à son Hospitalisation.
- FORFAIT PATIENT URGENCE** : correspond à la participation due par le patient à la suite d'un passage aux urgences non suivi d'une Hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.
- FRAIS RÉELS** : ensemble des dépenses de santé qui Vous sont facturées.
- FRANCHISE (Article L322-2 du Code de la Sécurité sociale)** : montant forfaitaire que la Sécurité sociale française 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 présent contrat.

- H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) durant lequel un lit *Vous* est attribué, suite à un *Accident*, une *Maladie inopinée* ou une *Maladie*.
- M MALADIE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente.
MALADIE INOPINÉE : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.
MÉDECIN ADHÉRENT À UN DPTAM : médecin adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).
MÉDECIN NON ADHÉRENT À UN DPTAM : médecin non adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).
- N NOUS** : APRIL International Care France.
- P PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS** : le parcours de soins coordonnés consiste à choisir et à consulter en priorité un médecin, dit médecin traitant, dans le cadre de son suivi médical, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, le stomatologue (hors actes chirurgicaux lourds) ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins coordonnés concerne les patients à partir de 16 ans et permet d'être remboursé sans application de pénalité.
PARTICIPATION FORFAITAIRE LÉGALE (Article L322-2 du Code de la Sécurité sociale) : montant forfaitaire que la Sécurité sociale 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 présent contrat.
PAYS DE NATIONALITÉ : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».
- R RÉGIME OBLIGATOIRE** : le régime d'assurance maladie français auquel *Vous* êtes affilié.
- S SINISTRE** : événement, *Maladie*, *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.
- T TARIF D'AUTORITÉ (TA)** : base de remboursement du *Régime obligatoire* établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.
TARIF DE CONVENTION (TC) : base de remboursement du *Régime obligatoire* établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.
TARIF FORFAITAIRE DE RÉFÉRENCE (TFR) : c'est le prix fixé pour un médicament générique. C'est le tarif à partir duquel se fait le remboursement du générique par votre *Régime obligatoire*.
TICKET MODÉRATEUR (TM) : part financière restant à votre charge après le remboursement de votre *Régime obligatoire*.

2. Garanties et territorialité de votre contrat

2.1. Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit, conformément à la formule sélectionnée, portée à l'*Attestation d'assurance*, le remboursement de vos frais de santé en complément du *Régime obligatoire* français auquel *Vous* êtes affilié.

2.2. Où êtes-*Vous* couvert ?

Les garanties sont acquises à l'année en France. Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires jusqu'à 90 jours consécutifs dans le monde entier en cas de *Maladie inopinée*, ainsi que dans votre *Pays de nationalité*, dès lors qu'il y a prise en charge par votre *Régime obligatoire*.

En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est exclue.

La liste complète des pays exclus est disponible en cliquant [ici](#) ou sur simple demande au +33 (0)1 53 05 30 57 ou par e-mail à myhealth.france@april-international.com. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

3. Qui peut bénéficier du contrat ?

Pour être admissible à l'assurance, *Vous* devez :

- > résider en France, hors de votre *Pays de nationalité*, pendant toute la durée du contrat,
- > être affilié à un *Régime obligatoire* français.

Peuvent également être couverts par ce contrat les membres de votre famille (s'ils sont mentionnés sur votre *Attestation d'assurance*) tant que les conditions précitées sont remplies, à savoir :

- > votre *Conjoint*,
- > vos *Enfants à charge*.

L'adhésion repose sur vos déclarations et celles de l'*Adhérent* et la bonne foi des parties.

4. Date d'effet, durée et renonciation au contrat

4.1. Quand débute votre contrat ?

Votre adhésion au contrat MyHealth France est soumise à notre acceptation préalable.

Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties, que *Vous* avez indiquée sur votre demande d'adhésion. Elle intervient au plus tôt le lendemain suivant la réception de la Demande d'adhésion complétée et signée, sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*.

Cette date figure sur l'*Attestation d'assurance* mise à votre disposition via un accès sécurisé sur votre Espace assuré.

4.2. Les Délais d'attente applicables à votre contrat :

Il n'y a pas de Délai d'attente.

Pour rappel, les dépenses engagées au titre de traitements ou actes prescrits doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité des garanties.

La prise en charge des soins dentaires, de l'orthodontie, et des prothèses dentaires « Panier libre » (hors soins et prothèses dentaires « 100% Santé ») tels que décrits dans le tableau des garanties, **est limitée à 100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française, pendant les (6) six premiers mois** après la *Date d'effet* du contrat.

Cette limitation de couverture peut être abrogée si *Vous* justifiez avoir bénéficié de garanties **antérieures de même nature et de même niveau** à celles du contrat MyHealth France **résiliées depuis moins d'un (1) mois** à compter de la *Date d'effet* du présent contrat.

4.3. Durée de couverture et renouvellement de votre contrat :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, pour une durée d'un an, tant que la convention à laquelle *Vous* avez adhéré est en vigueur.

Vos garanties sont viagères dès la date d'adhésion, c'est-à-dire que l'organisme assureur ne pourra résilier votre contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe 4.4.

4.4. Les garanties de votre contrat cessent :

- a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée au plus tard le 31/10) ;
- b) en cas de résiliation par l'*Adhérent*, à tout moment, après douze (12) mois d'adhésion. Votre résiliation prendra effet un mois à compter de la date de réception de votre notification.
Elle devra être adressée à APRIL International Care France par :
 - courrier simple ou recommandé à l'adresse suivante : Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - France
 - via le formulaire disponible depuis votre Espace assuré en sélectionnant le motif "Demander une résiliation"
 - ou par e-mail à care@april-international.com ;
- c) en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 5.3) ;
- d) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés APRIL à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;
- e) dès que *Vous* cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 3) ;
- f) lorsque *Vous* ne résidez plus en France, sur présentation d'un document officiel en attestant (par exemples une attestation de fin de droits au *Régime obligatoire* ou une copie de votre nouveau contrat de travail) ;
- g) en cas de fausse déclaration, conformément aux dispositions ci-dessous.

En cas de résiliation par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés APRIL dans le cas énoncé à l'alinéa d), l'organisme assureur s'engage à maintenir des garanties frais de santé en France équivalentes à celles en vigueur à la date de résiliation.

Sanctions en cas de fausse déclaration

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non établie par APRIL dans les informations qui lui seront fournies entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances français et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

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'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le Sinistre. Les Cotisations payées demeurent alors acquises à l'organisme assureur, qui a droit au paiement de toutes les Cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

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'organisme assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de Cotisation 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 Cotisation 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 Cotisations payées par rapport aux taux des Cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

4.5. Comment renoncer à votre contrat ?

La signature de la Demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent dans les cas suivants :

Si l'Adhérent a adhéré suite à un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L112-9-I. du Code des assurances français 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 simple pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...)»

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».

Si l'Adhérent a adhéré à distance (par téléphone ou par internet) :

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter du jour de la conclusion du contrat.

Dans tous les cas, pour exercer ce droit à renonciation :

L'Adhérent doit nous informer de sa décision de renonciation à son contrat par une déclaration dénuée d'ambiguïté dans les délais indiqués ci-dessus.

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 17 ou d'adresser à APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE une lettre rédigée sur le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) M.....(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat « MyHealth France » n°.....Fait à
le Signature.....»

En cas de renonciation, l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Nous sommes tenus de rembourser à l'Adhérent le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la Cotisation reste due si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un Sinistre mettant en jeu la garantie du contrat est intervenu pendant le délai de renonciation.

5. Cotisations

5.1. Comment est déterminé le montant de votre Cotisation ?

La Cotisation évolue au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'âge de l'Assuré.

L'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul des Cotisations de la première année est l'âge de l'Assuré à la Date d'effet du contrat. Pour chaque année suivante, l'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul des Cotisations est l'âge de l'Assuré au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Les taxes actuelles à la charge de l'Adhérent sont comprises dans la Cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la Cotisation.

En cas d'adhésion de plusieurs personnes à un même contrat, la cotisation totale sera la somme des cotisations des Assurés sous ce contrat.

La *Cotisation* peut évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint de chaque *Assuré* et de la formule sélectionnée. L'état de santé de l'*Assuré* ainsi que ses dépenses médicales ne sont pas pris en compte dans le calcul de sa *Cotisation*. En cas de modification du niveau de garantie sélectionné à l'adhésion suite à une demande de l'*Adhérent*, il sera tenu compte pour le calcul de la *Cotisation*, de l'âge de l'*Assuré* à la date de prise d'effet de ladite modification.

5.2. Les modes de paiement :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en euros :

- > annuellement par carte bancaire ;
- > annuellement ou mensuellement par prélèvement SEPA sur un compte bancaire en euro domicilié dans un des pays de la zone SEPA.

Le mode de paiement choisi par l'*Adhérent* figure sur sa Demande d'adhésion.

5.3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre *Cotisation* ?

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 10 jours de son échéance, *Nous* adresserons à l'*Adhérent* une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, *Nous* résilierons de plein droit le contrat. En outre, *Nous* pourrions réclamer en justice le paiement des *Cotisations* restant dues. En cas de mise en demeure pour non-paiement, la *Cotisation* deviendra exigible immédiatement pour l'année entière, conformément au Code des assurances français.

Nous vous informons que le non-paiement et la résiliation du contrat pour non-règlement n'effacent pas la dette. *Nous* mettrons tout en œuvre pour obtenir le règlement des *Cotisations* dues et pourrions faire appel à une société spécialisée dans le recouvrement des impayés à l'international. Les majorations pour frais de gestion liées à nos actions ou celles de nos prestataires seront à la charge de l'*Adhérent*.

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.

Les dépenses engagées pendant la période de suspension des garanties ne pourront donner lieu à aucun remboursement au titre du présent contrat, même après règlement de la *Cotisation*.

6. Evolution de votre contrat

6.1. Comment modifier votre contrat ?

L'*Adhérent* peut modifier la formule qu'il a choisie initialement après 12 mois de couverture (la prise d'effet se fait au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la réception de sa demande de modification et est effective pour une durée minimale de 12 mois consécutifs). Pour plus d'information, l'*Adhérent* doit contacter son conseiller en assurance auprès duquel il a souscrit son contrat.

6.2. Quelles informations devez-Vous porter à notre connaissance ?

L'*Assuré* et l'*Adhérent* doivent nous informer par écrit de tout changement de statut, de situation, de coordonnées, de domicile (**par défaut les communications adressées aux dernières coordonnées connues produiront tous leurs effets**) ou de changement d'activité professionnelle.

7. Ce que couvre votre contrat et comment en bénéficier ?

Assurances cumulatives :

Les remboursements du *Régime obligatoire* français, de l'organisme assureur et de tout autre organisme public ou privé ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. Les garanties cumulatives 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 de votre choix. **SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DU CONTRAT.**

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'organisme assureur pour chaque poste ou acte garanti.

Vous bénéficiez des garanties ci-après lorsqu'elles sont mentionnées sur votre *Attestation d'assurance*.

7.1. Nature et montant des remboursements :

Les frais de santé sont pris en charge dans la limite des *Frais réels*.

Est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé médicalement justifiées pour des actes mentionnés aux tableaux des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée et qui sont prises en charge par le *Régime obligatoire*. Nous intervenons seulement en complément de votre *Régime obligatoire* français (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties).

Pour les actes intervenant en France, les conditions requises pour la mise en œuvre des garanties sont celles définies par référence à la nomenclature générale des actes professionnels de la Sécurité sociale française.

Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de survenance du *Sinistre*.

Seuls les frais correspondants à des actes dispensés pendant la période de couverture pourront être indemnisés.

6 formules « frais de santé » sont proposées selon le niveau de couverture souhaité : LEVEL 1, LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5 et LEVEL 6. Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule choisie et mentionnée sur votre *Attestation d'assurance*, conformément au tableau des garanties.

Les montants des garanties listés ci-après sont exprimés en pourcentage de la *Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS)* ou en % des *Frais réels*. Ils incluent la part prise en charge par le *Régime obligatoire* français (sauf pour les plafonds Dentaire pour lesquels le forfait indiqué au tableau des garanties s'ajoute aux prestations du *Régime obligatoire*). Les remboursements APRIL sont donc effectués sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

Le montant pris en charge varie selon que le médecin soit adhérent ou non adhérent à un *Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)*, sauf pour la formule LEVEL 1, comme indiqué au tableau des garanties.

Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné, par Assuré et par an, au montant indiqué au tableau des garanties pour chacune des formules, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par votre *Régime obligatoire* ou tout organisme public ou privé en France et à l'étranger (sauf pour les plafonds Dentaire pour lesquels le forfait indiqué au tableau des garanties s'ajoute aux prestations de votre *Régime obligatoire* et pour les dispositions contraires prévues au tableau des garanties comme la Médecine douce et les Médicaments prescrits, non remboursés par le *Régime obligatoire*).

Désignation des actes		Formules					
		LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6
Hospitalisation* (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité)							
Frais de séjour		300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Forfait journalier hospitalier		100% des Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM	300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	170% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
	Médecins Non DPTAM	300% de la BRSS	100% de la BRSS	200% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Chambre particulière Maximum 30 jours par an		50 € par jour	25 € par jour	50 € par jour	25 € par jour	75 € par jour	75 € par jour
Frais d'accompagnement Maximum 30 jours par an		25 € par jour	50 € par jour	50 € par jour			
Frais de transport du malade remboursés par le Régime obligatoire		300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS

		Formules					
Désignation des actes		LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6
Soins courants							
Honoraires médicaux : Consultations /Visites généralistes et spécialistes Actes de spécialité, de chirurgie et technique médicale y compris en soins externes	Médecins DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	170% de la BRSS	220% de la BRSS	220% de la BRSS
	Médecins Non DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires médicaux : Actes de radiologie	Médecins DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	170% de la BRSS	220% de la BRSS	220% de la BRSS
	Médecins Non DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires paramédicaux, analyses et examens en laboratoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Forfait Patient Urgence		-	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Médicaments remboursés par le Régime obligatoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Médicaments prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire		-	-	-	-	-	30 € par an
Consultations de psychologue prises en charge par le Régime obligatoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue)		-	-	-	-	-	50 € par séance, max. 3 séances par an
Cures thermales prises en charge par le Régime obligatoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Dentaire							
Soins remboursés par le Régime obligatoire Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le Régime obligatoire¹		-	100% des Frais réels				
Prothèses « Offre modérée » et « Offre libre » remboursées par le Régime obligatoire¹ Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Plafond prothèses « Offre modérée » et « Offre libre » remboursées par le Régime obligatoire¹. Hors soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le Régime obligatoire ¹		-	-	-	250 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	500 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	1000 € par an Au-delà : 100% de la BRSS
Prothèses et actes non pris en charge par le Régime obligatoire		-	-	-	-	-	300 € par an
Orthodontie prise en charge par le Régime obligatoire Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	350% de la BRSS

DÉSIGNATION DES ACTES	FORMULES					
	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6
Optique						
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.						
Équipement « 100% Santé » Classe A² : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	-	100% des <i>Frais réels</i>				
Équipement « Offre libre » Classe B² : 1 monture + 2 verres	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	350 € (monture limitée à 100 €)
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de Classes A et B ²	-	Prise en charge des équipements de la Classe B à hauteur des plafonds respectifs et des éléments de la Classe A à hauteur des <i>Frais réels</i> .				
Lentilles acceptées et remboursées par le Régime obligatoire	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150 €
Chirurgie réfractive	-	-	-	-	-	200 € par œil
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 I³	-	100% des <i>Frais réels</i>				
Équipements « Panier libre » Classe II et accessoires, dans la limite de 1700€ par oreille – sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale ³	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS
Autres garanties						
Actes de prévention prévus par l'arrêté du 08/06/2006	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Frais médicaux imprévus effectués à l'étranger et remboursés par le Régime obligatoire	100% de la BRSS Frais d'Hospitalisation uniquement	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Matériel médical : appareillages et frais orthopédiques (hors prothèses auditives et accessoire optique)	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS
Attestation Tiers Payant	oui	oui	oui	oui	oui	oui

* Prise en charge de la participation forfaitaire que le *Régime obligatoire* peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

¹ 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 facturation prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019 - 21 du 11 janvier 2019.

2 Tels que définis règlementairement. 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 monture 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.

3 Tels que définis règlementairement. 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. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la dernière facturation.

7.2. Règlement des prestations :

Selon la formule choisie, les pièces suivantes doivent nous être adressées suite au paiement de votre *Régime obligatoire* :

- > les décomptes du *Régime obligatoire* (si Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si Vous n'avez pas présenté votre carte Vitale ou si Vous avez opté pour la formule LEVEL 1),
- > les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.

Les formules du contrat MyHealth France, à l'exception de la formule LEVEL 1, sont « solidaires et 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 L871-1 et L862-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence, les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la *Base de remboursement de la Sécurité sociale* (remboursement Sécurité sociale inclus).

Cette convention respecte également 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)*.

Pour l'exacte appréciation des garanties et le remboursement des prestations, l'assureur se réserve le droit de Vous demander les certificats médicaux et comptes-rendus opératoires.

Les demandes de remboursement ne passant pas par la télétransmission doivent nous être transmises depuis votre application Easy Claim.

Vous devez impérativement conserver les factures originales (et autres justificatifs) pendant une période de 2 ans à compter de la date à laquelle Vous avez effectué la demande de remboursement.

Tout remboursement est subordonné à l'observation des indications ci-dessus prévues au paragraphe 7.

8. Ce qui est exclu de votre contrat

8.1. Exclusions spécifiques à la formule LEVEL 1 :

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- > la chambre privée et les frais d'accompagnement en cas d'*Hospitalisation* psychiatrique ;
- > les séjours en gérontologie, maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en Instituts Médico Pédagogiques ;
- > les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et en centre de longs séjours ;
- > les soins esthétiques, les cures de toute nature (sauf dispositions prévues au tableau des garanties), la thalassothérapie.

8.2. Exclusions spécifiques aux formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 :

Les formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5 et LEVEL 6 sont de type « responsable », c'est-à-dire qu'elles ne prendront jamais en charge :

- la *Participation forfaitaire légale* (hors participation forfaitaire que le *Régime obligatoire* peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale française) et les *Franchises* médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale française et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du *Parcours de soins coordonné* ;
- les séjours effectués en maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- la chambre privée et les frais d'accompagnement en cas d'*Hospitalisation* psychiatrique ;
- les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues au tableau des garanties), les soins esthétiques, la thalassothérapie ;
- toute dépense ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le *Régime obligatoire*, sauf disposition prévues au tableau des garanties.

9. Dispositions générales

9.1. Qui assure votre contrat ?

Les présentes Conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des conventions d'assurance de groupe MyHealth France souscrites par l'Association des Assurés APRIL auprès de QUATREM (pour la formule LEVEL 1 : convention 3AMHFFDSNR2018, pour les autres formules : convention 3AMHFFDSR2018).

QUATREM est une société anonyme d'assurances au capital de 510 426 261 €, dont le siège social est situé : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, FRANCE, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724.

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

L'organisme gestionnaire de ces conventions est, par délégation de l'organisme assureur, APRIL International Care France, société par actions simplifiée au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 (www.oriass.fr), dont le siège social est situé 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, FRANCE.

9.2. Cadre légal :

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

APRIL International Care France est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

L'adhésion au contrat MyHealth France est constituée par la demande d'adhésion, les présentes Conditions générales et l'*Attestation d'assurance*, valant Certificat d'adhésion. Elle est soumise à la législation française et notamment à son Code des assurances.

Les garanties et niveaux de remboursement du présent contrat seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats de droit français.

Les formules du contrat MyHealth France à l'exception de la formule LEVEL 1 sont de type « responsable », 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 L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties des formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 prises en charge par la Sécurité sociale couvrent à minima à hauteur de 100% de la *Base de remboursement de la Sécurité sociale*. De même, aucune exclusion de garanties des formules

LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 prises en charge par la Sécurité sociale, mentionnée au sein des présentes Conditions générales ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties des formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 respectent également 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)*.

Dans le cadre de la réforme dite « 100% Santé » et en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% Santé » seront intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction du remboursement du *Régime obligatoire*. La prise en charge de ces frais s'effectuera selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

Les garanties et niveaux de remboursement des formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats « responsables et solidaires ».

9.3. 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 suivant 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 réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) en cas de *Sinistre*, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré ».

Article L114-2 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 d'interruption de la 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).

9.4. Subrogation :

Il est stipulé que l'organisme assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L121-12 du Code des assurances français relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

Si Vous êtes victime d'un *Accident* de la circulation (impliquant un véhicule automobile), Vous devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'organisme assureur de l'auteur de l'*Accident* qui le sollicite le nom de l'organisme assureur frais de santé en tant que tiers payeur.

9.5. Réclamation-médiation :

La qualité de service est au cœur de nos engagements, mais si toutefois *Vous* souhaitez formuler une réclamation relative aux services fournis par notre société, *Vous* pouvez contacter notre service des réclamations dont les coordonnées sont les suivantes :

- > APRIL International Care France – Service Courrier – 1, rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan –France
- > E-mail : reclamation.expats@april-international.com

Pour votre information, notre assureur partenaire QUATREM (21 rue Laffitte – 75009 Paris, FRANCE) nous a confié le traitement des réclamations.

Délais de traitement : Une copie datée de votre réclamation vous sera remise. Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de votre réclamation. Une réponse vous sera fournie dans les 2 mois.

Saisine du médiateur : Si la réponse fournie ne *Vous* satisfait pas, ou 2 mois après l'envoi de votre première réclamation écrite, *Vous* pourrez saisir le Médiateur compétent :

- > Par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 – FRANCE,
- > Par e-mail à : le.mediateur@mediation-assurance.org

Si l'adhésion au contrat a été effectuée à distance par Internet, *Vous* pouvez 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/>

Nous vous informons que les données recueillies pour le traitement de votre réclamation font l'objet d'un traitement informatique par notre société aux fins de suivi du traitement des réclamations et ne peuvent être communiquées qu'à l'assureur, à ses réassureurs et à la holding APRIL, ainsi qu'à nos prestataires partenaires pour la mise en œuvre de vos garanties. Les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des adhésions par APRIL International Care France, les assureurs ou leurs mandataires. *Vous* disposez d'un droit de communication, de rectification, d'opposition, et de suppression des données vous concernant (voir paragraphe 9.6).

9.6. Loi informatique et libertés :

Dans le cadre de notre relation, *Nous* sommes amenés à recueillir des données personnelles *Vous* concernant. Les informations sur les traitements de données et sur l'exercice de vos droits sur ces données figurent dans la « Notice d'information – traitement de vos données personnelles » qui *Vous* a été fournie. Ce document est également disponible auprès de nos conseillers et sur notre site www.april-international.com.

Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire ci-dessous et l'adresser à APRIL International Care France – Service Courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCE

RENONCIATION

Article L112-9 du Code des assurances français

Article L.112-9 : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours à compter du lendemain du jour de la conclusion du contrat, ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la Demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **MyHealth France Réf. MHF Cov**

Référence du contrat :

Numéro client :

Date de signature de la Demande d'adhésion :

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal : Ville : Pays :

N° de téléphone :

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville : Pays :

N° de téléphone :

Date et signature de l'adhérent :





APRIL International Care France

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE

www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000 € RCS Paris 309 707 72 Intermédiaire en assurances

Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 -
75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.



L'ensemble des marques, logos, chartes graphiques et argumentaires commerciaux d'APRIL International Care France présents dans le document, est déposé et est la propriété d'APRIL International Care France. Toute reproduction partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires. Septembre 2024