

Notice (valant conditions générales)

APRIL Santé Mix





Sommaire

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

1. ADHÉSION À LA CONVENTION	P.3
------------------------------------	------------

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

3. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS APRIL SANTÉ MIX ?	P.5
--	------------

4. VOS GARANTIES	P.5
-------------------------	------------

4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.5
----------------------------	-----

4.2 MODIFICATIONS DES NIVEAUX DE GARANTIES	P.6
--	-----

4.3 CONTENU DES GARANTIES	P.6
---------------------------	-----

5. CE QUE LES CONVENTIONS NE PRENNENT PAS EN CHARGE	P.10
--	-------------

6. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	P.11
---	-------------

6.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.11
-----------------------------------	------

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

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

7. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?	P.12
--	-------------

7.1 MODALITÉS D'ADHÉSION	P.12
--------------------------	------

7.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION	P.12
--	------

7.3 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	P.14
---------------------------------	------

8. VOTRE COTISATION	P.14
----------------------------	-------------

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

8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	P.14
---------------------------------------	------

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

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

9. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION ?	P.15
---	-------------

10. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	P.16
---	-------------

11. PRESCRIPTION	P.16
-------------------------	-------------

12. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATION ?	P.17
--	-------------

13. PROTECTION DES DONNÉES	P.17
-----------------------------------	-------------

LEXIQUE	P.19
----------------	-------------

Annexe	p.21
---------------	-------------

Préambule

AVEC APRIL JE COMPRENDS

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des Conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative APRIL Santé Mix souscrites par l'**Association des Assurés APRIL** auprès d'**AXERIA PREVOYANCE** (Conventions d'assurance n° 2019S01 et n° 2019S02).

AXERIA Prévoyance est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme d'assurance au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte, 75009 Paris, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350.261.129 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09. AXERIA Prévoyance est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

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

L'organisme gestionnaire de ces Conventions d'assurance est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance**, SASU au capital de 540 640 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON CEDEX 03 – RCS Lyon 428 702 409 – N°ORIAS 07 002 609 – soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09. APRIL Santé Prévoyance est désignée ci-après par le terme « APRIL ».

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'une des Conventions d'assurance référencée ci-dessus. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de l'une des Conventions d'assurance. Les Assurés sont inscrits au *Certificat d'adhésion*.

À NOTER

En adhérent à ce contrat Vous devenez membre d'une association pouvant Vous venir en aide en cas de difficulté à l'aide de son fonds social. Vous pouvez consulter les statuts sur son site : www.association-assures-april.fr

1. Adhésion à la convention

L'adhésion à chacune des Conventions d'assurance est constituée par la signature de la demande d'adhésion, la présente Notice valant conditions générales, l'émission du *Certificat d'adhésion* qui mentionne l'Organisme assureur.

● Convention APRIL Santé Mix n° 2019S01

Vous adhérez à la Convention d'assurance APRIL Santé Mix n° 2019S01 si Vous souscrivez la Formule Santé Complète ou la Formule Santé Renforcée.

Cette Convention est une convention de type « 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 R871-1 et R871-2 et suivants du code de la Sécurité Sociale.

En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale et 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).



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 seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables et solidaires ».

● Convention APRIL Santé Mix n° 2019S02

Vous adhérez à la Convention d'assurance APRIL Santé Mix n° 2019S02 si Vous souscrivez la Formule Hospitalisation (Module Hospitalisation).

Cette Convention d'assurance est dite 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 dispositif d'aide pour une complémentaire santé (A.C.S.) et au régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

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.

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

2. Qui peut adhérer et être assuré ?

Pour adhérer et être assuré au titre de l'une des Conventions d'assurance **APRIL Santé Mix**, le proposant doit :

- résider en France Continentale, Corse ou dans un Département ou une Région 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.
- relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.

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

A noter :

Si Vous avez souscrit l'une des formules responsables et que 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.

Attention :

L'adhésion à l'une des présentes Conventions est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et de chacun des Assurés. Ils doivent en conséquence répondre aux questions posées par l'organisme assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge.

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

Article L113-8 du Code des assurances :

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

À NOTER

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



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

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

Article L 113-9 du Code des assurances :

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

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

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

3. Que garantissent les conventions APRIL Santé Mix ?

En fonction de la formule souscrite, les Conventions APRIL Santé Mix garantissent le remboursement des frais médicaux et/ou chirurgicaux ainsi que les dépenses de soins de santé.

Ces dépenses doivent correspondre à des actes prescrits et réalisés durant la période de validité des garanties.

Présentation des formules de garantie :

APRIL Santé Mix comprend trois (3) formules de garanties :

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

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

- Formule Hospitalisation : le choix de niveau de garantie est libre
- Formule Santé Complète : le choix du niveau du Module Frais de Santé est conditionné au niveau de garantie du Module Hospitalisation souscrit.
- Formule Santé Renforcée : le niveau de garantie du Module Renfort est conditionné au niveau de garantie du Module Frais de Santé.

4. Vos garanties

4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites du niveau de garantie que Vous avez choisi lors de votre adhésion à l'une des Conventions.

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

Il convient donc pour chaque garantie de se reporter à l'article concerné ainsi qu'au tableau figurant en annexe.

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

Pour pouvoir être remboursés, les frais engagés doivent avoir fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire sauf disposition contraire mentionnée dans la présente Notice ou dans le tableau des garanties.



Selon les garanties les montants de remboursement sont exprimés :

- en frais réels ;
- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la *Sécurité Sociale (Base de Remboursement)* ;
- ou sous la forme d'un forfait ou montant en euros. **Sauf disposition contraire indiquée au tableau des garanties, ces forfaits ou montant sont valables par Année d'Adhésion et par Assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.**

LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES DEDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (SAUF DISPOSITION CONTRAIRE MENTIONNEE AU TABLEAU DES GARANTIES OU DANS LA PRESENTE NOTICE) OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AUPRES DUQUEL VOUS POURRIEZ ETRE ASSURE ET DANS LA LIMITE DE VOS GARANTIES.

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

Conformément à l'article L121-4 du Code des assurances, si Vous et/ou les Assurés bénéficiez de garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, Vous devez en informer APRIL immédiatement et faire connaître à APRIL, le nom du ou des assureurs avec lequel (ou lesquels) une autre assurance a été contractée ainsi que les garanties souscrites.

Si Vous avez contracté plusieurs assurances contre un même risque de manière dolosive ou frauduleuse, Vous vous exposez à l'annulation de votre adhésion et au paiement de dommages et intérêts en application des sanctions prévues à l'article L121-3 du Code des assurances.

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

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

4.2 MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES

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

A noter : l'articulation des niveaux de garanties entre les formules s'applique également en cours d'adhésion.

4.3 CONTENU DES GARANTIES

Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent du ou des Module(s) choisi(s) ainsi que du niveau de garantie que Vous avez souscrits. En conséquence, si une ou plusieurs des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaît pas au tableau des garanties, c'est que Vous n'en bénéficiez pas.

4.3.1 MODULE D'HOSPITALISATION

4.3.1.1 HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ :

Séjours en Médecine Chirurgie, Hospitalisation à domicile et Maternité

Sont pris en charge au titre de ces garanties les frais de soins dits "de courte durée" dispensés au cours d'une *Hospitalisation* en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité selon les modalités suivantes :

Frais de séjour

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

Forfait journalier hospitalier

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

Honoraires

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

Chambre particulière (hors hospitalisation psychiatrique)

Selon le niveau souscrit, les frais de chambre particulière pour des séjours en médecine, chirurgie et maternité sont pris en charge au titre de cette garantie **dans la limite du montant exprimé par jour dans Votre tableau des garanties.**

CONSEIL

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

Frais d'accompagnant

Selon le niveau souscrit, cette garantie prévoit, en cas d'*Hospitalisation* d'un Assuré, le versement d'un **forfait exprimé par jour** prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant.

Forfait confort extra hospitalier (frais TV /Téléphone)

En fonction du niveau de garanties souscrit, les frais annexes d'*Hospitalisation* consistant dans la mise à disposition d'un téléviseur et/ou d'un téléphone sont pris en charge dans la limite du forfait exprimé au tableau des garanties.

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

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour et les honoraires et frais médicaux pour :
 - les séjours en soins de suite, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec *Hospitalisation*, les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
 - les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.
 - les *Hospitalisations* pour motif psychiatrique prises en charge par la *Sécurité Sociale*.

Chambre particulière (hors hospitalisation psychiatrique) :

Selon le niveau souscrit, les frais de chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant exprimé par jour dans Votre tableau des garanties et de trente (30) jours par *Année d'adhésion* et par Assuré.

4.3.1.2 HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Prise en charge du forfait journalier hospitalier, de la participation forfaitaire, des frais de séjour et de soins 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*.

4.3..2 MODULE FRAIS DE SANTÉ

4.3.2.1 SOINS COURANTS

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

Honoraires médicaux

Sont pris en charge les honoraires pratiqués pour :

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

Honoraires paramédicaux

Prise en charge des honoraires pratiqués pour les actes réalisés par les auxiliaires médicaux.

Analyses et examens de laboratoires

Actes médicaux

Actes d'imagerie médicale.

A noter :

Les frais de santé listés ci-dessus sont pris en charge y compris en soins externes et à domicile.

Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés » sont soumises à des conditions de remboursement spécifiques:

La Convention ne prend pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité Sociale) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables ».

- **Frais de transport** dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin

À NOTER

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

CONSEIL

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

● Matériel médical

Sont pris en charge au titre de cette garantie les prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique).

● Médicaments remboursés par la Sécurité sociale,

● Médecines naturelles :

Selon le niveau souscrit, Vous bénéficiez d'un forfait prenant en charge des frais non pris en charge par la *Sécurité Sociale* et consécutifs à des actes ou consultation de médecine naturelle: ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinési thérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute et hypnothérapeute.

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

BONUS FIDELITE MEDECINES NATURELLES : le montant du forfait alloué dans le cadre de cette garantie augmente après la 2^{ème} *Année d'Adhésion* puis après la 4^{ème} *Année d'Adhésion* tel qu'indiqué au tableau des garanties.

● Dépenses médicales effectuées à l'étranger remboursées par la Sécurité Sociale française :

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

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

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

4.3.2.2 DENTAIRE

● Soins remboursés par la Sécurité Sociale

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

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

● Soins et Prothèses 100% santé

Les frais de prothèses exposés dans le cadre du panier des soins dits « 100% santé » seront intégralement pris en charge après remboursement du Régime obligatoire dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires ».

● Prothèses (dont offre Modérée ou offre Libre)

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de prothèses dentaires (dont les appareils dentaires) qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de la *Sécurité Sociale*.

● Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale

4.3.2.3 OPTIQUE

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

● Equipement optique

Prise en charge des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement d'optique médical (composé de deux verres et d'une monture) remboursés par la *Sécurité sociale* ainsi que de la prestation d'adaptation de la correction visuelle.

Les équipements « 100% santé » (équipement de classe A) sont intégralement pris en charge après remboursement de la *Sécurité sociale*. La prise en charge inclut la prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle.

Conformément aux dispositions sur le « contrat responsable et solidaire » (décret n°2019-21 du 11 janvier 2019), la prise en charge des équipements varie selon la nature de l'équipement, le niveau de correction et la complexité des verres et fait l'objet d'un plafonnement (cf. annexe Grilles optiques).

Les modalités et plafonds de prise en charge ainsi que les durées de renouvellement des équipements (Classe A ou Classe B) figurent au sein du tableau des garanties.

BONUS FIDÉLITÉ OPTIQUE :

En fonction du niveau de garantie souscrit, Vous bénéficiez après la 2^{ème} *Année d'Adhésion* puis après la 4^{ème} *Année d'Adhésion* d'une augmentation de votre garantie Equipement Optique telle qu'indiquée au sein de votre tableau des garanties.

À NOTER

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

À NOTER

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



● Lentilles

En fonction du niveau de garanties, les frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites y compris les lentilles jetables sont pris en charge.

La base de remboursement diffère selon que les lentilles sont remboursées ou refusées par la *Sécurité sociale*.

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

En fonction du niveau de garantie souscrit, sont pris en charge les frais de chirurgie réfractive de l'œil, les traitements de l'œil au laser et les implants oculaires.

4.3.2.4 AIDES AUDITIVES

Prise en charge des dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèse/appareil auditifs).

La prise en charge des équipements auditifs s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 relatif aux contrats responsables et solidaires :

- Les équipements « 100% santé » (équipements de classe I) seront intégralement pris en charge après remboursement de la *Sécurité Sociale*.
- Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre de classe II) sont pris en charge sous déduction du remboursement de la *Sécurité Sociale* et dans les limites fixées par le décret.

Les modalités et plafonds de prises en charge ainsi que les durées de renouvellement de ces équipements (100% santé ou offre libre) figurent au sein du tableau des garanties.

4.3.3 MODULE RENFORTS

Dans le cadre de la Formule Santé Renforcée, l'Adhérent peut choisir un Module Renfort Senior ou un Module Renfort Famille.

4.3.3.3 MODULE RENFORT SENIOR

● Aides auditives

Sont pris en charge, les frais liés à l'achat de prothèses auditives en complément de la prise en charge du module Frais de santé.

La prise en charge des aides auditives s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 relatif aux contrats responsables et solidaires.

Les plafonds de prises en charge et les durées de renouvellement de la garantie sont conditionnés au respect du dispositif relatif aux contrats « responsables et solidaires » et figurent au sein du tableau des garanties.

BONUS FIDÉLITÉ AIDES AUDITIVES :

Après la 2^{ème} Année d'Adhésion puis après la 4^{ème} Année d'Adhésion de chaque Assuré, selon la formule de garantie et le niveau souscrits, la prise en charge de cette garantie évolue conformément au tableau des garanties.

● Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale et frais annexes

Cette garantie prend en charge les frais de soins de cure thermale.

Selon le niveau souscrit, Vous disposez d'un forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale (frais d'hébergement et de transport). Ce forfait est exprimé par *Année d'Adhésion* et par Assuré.

● Dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale

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

- prothèses,
- implantologie,
- parodontologie

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

● Médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale

Selon le niveau souscrit, les frais de pharmacie médicalement prescrits mais non remboursés par la *Sécurité Sociale* sont pris en charge au titre de cette garantie.

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



4.3.3.4 MODULE RENFORT FAMILLE

● Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale

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

BONUS FIDÉLITÉ ORTHODONTIE REMBOURSÉE :

Après la 2^{ème} Année d'Adhésion puis après la 4^{ème} Année d'Adhésion de chaque Assuré, selon le niveau souscrit, la prise en charge de cette garantie évolue conformément au tableau des garanties.

● Dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale

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

- prothèses,
- implantologie,
- parodontologie

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

● Médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale

Selon le niveau souscrit, les frais de pharmacie médicalement prescrits mais non remboursés par la *Sécurité Sociale* sont pris en charge au titre de cette garantie.

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

● Forfait de naissance ou d'adoption

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

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

4.3.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

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

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

5. Ce que les conventions ne prennent pas en charge

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre du Module Renfort Senior), la thalassothérapie,
- la Participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,
- la diminution du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné,
- 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.



6. Que faut-il faire pour obtenir vos remboursements ?

6.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

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

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez adresser à APRIL, Service Prestations, TSA 60002, 69439 Lyon Cedex 03 :

Pour les soins :

- Les originaux des décomptes délivrés par la *Sécurité Sociale*,
- Y compris lorsque la *Sécurité Sociale* n'intervient pas : les originaux des notes ou factures acquittées comportant le numéro SIRET du praticien, précisant le nom et prénom de l'Assuré concerné et les actes ou prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein du tableau des garanties ainsi que les prescriptions médicales,
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.

En cas d'hospitalisation :

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

En cas de cures :

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

Pour le forfait naissance :

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

Pour le forfait adoption :

- Une copie du jugement ayant prononcé l'adoption.

Pour vos frais d'optique :

Si Vous n'utilisez pas le service Tiers payant Optique, Vous devrez Nous adresser les factures et ordonnances relatives aux frais dont le remboursement est demandé.

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

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

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

Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 9 « Gestion administrative de votre adhésion ».

6.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un *Accident* causé par un tiers, APRIL pourra agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui Vous ont été versées. Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 9 « Gestion administrative de votre adhésion ».

6.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

APRIL pourra demander à l'Assuré ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré devra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL. De même APRIL pourra faire procéder à des contrôles et/ou enquêtes nécessaires.

À NOTER

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Attention :

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par APRIL dans les informations qui seront fournies expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

À NOTER

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

7. À partir de quand et pour combien de temps êtes-Vous garanti ?

7.1 MODALITÉS D'ADHÉSION

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

Si Vous avez choisi d'adhérer à la Convention par internet, Vous signez électroniquement la demande d'adhésion. Pour signer électroniquement, Vous devez renseigner le « code signature » qui Vous aura été personnellement communiqué par SMS (au numéro de téléphone que Vous Nous aurez communiqué sur votre demande d'adhésion). Ce « code signature » a une durée de validité limitée et est strictement personnel et confidentiel. En utilisant ce «code signature », Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Aussitôt après la signature de votre demande d'adhésion, Vous recevrez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que Vous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre demande d'adhésion par APRIL. Vous disposez d'un accès sécurisé sur un site dédié Vous permettant d'accéder à tout moment à l'ensemble des documents.

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

Si votre adhésion s'effectue dans le cadre d'une reprise à la concurrence non déclarée à l'adhésion, il Vous appartiendra de procéder aux formalités de résiliation de l'ancien contrat. Dans ce cas l'Organisme assureur ne sera pas responsable en cas d'interruption de couverture.

CONSEIL

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

7.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL.

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 :

- au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL, en cas d'adhésion par papier ;
- au lendemain de la date de signature électronique de votre demande d'adhésion, en cas d'adhésion par internet.

Cette date figure sur le *Certificat d'adhésion* qui Vous sera envoyé sur support papier par voie postale ou mis à votre disposition sur support durable via un accès sécurisé sur votre Espace Assuré.

Votre adhésion est conclue pour une première période s'achevant au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction pour douze (12) mois au 31 décembre de chaque année.

Vos garanties sont viagères, c'est-à-dire que l'Organisme assureur ne pourra mettre fin aux garanties sauf dans les cas mentionnés au paragraphe « Cessation de votre adhésion ».

Ajout d'un Assuré :

En cas d'ajout d'un Assuré, ses garanties prennent effet à la date que Vous avez indiquée sur votre demande d'ajout et au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'ajout par APRIL.

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

Faculté de renonciation :

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

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

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

"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée 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"

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

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

Article L112-2-1 du Code des assurances :

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

- Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, (date d'effet des garanties indiquée au *Certificat d'adhésion*)
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ».

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

L'Adhérent doit adresser une lettre de renonciation à l'adresse suivante :

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

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention « APRIL Santé Mix » que j'avais souscrite le par l'intermédiaire du cabinet.... Fait à le signature ».

L'adhésion à la Convention et le bénéfice des garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre adhésion à l'une des Conventions, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

CONSEIL

Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre contrat si ce dernier a été signé suite à une visite ou une sollicitation d'un assureur-conseil à votre domicile ou sur votre lieu de travail (même si cette visite s'est faite à votre demande). Le délai de renonciation commence à courir à partir de la date d'émission du certificat d'adhésion.

7.3 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION

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

A votre initiative :

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

Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification.

Votre résiliation prendra effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

- A tout moment, après douze (12) mois d'adhésion.

Votre résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de votre notification.

Nous Vous adresserons un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

- En cas de modification des conditions de votre contrat à l'initiative de l'Organisme assureur, Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications.

La résiliation doit être notifiée à APRIL selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante : 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03
- Par *Lettre Recommandée Electronique* ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante : relationclient@april.com
- A l'aide du formulaire mis à disposition sur votre Espace Assuré.

Vous serez redevable de la part de cotisation correspondant à la période jusqu'à laquelle vos garanties sont en vigueur. En cas de trop versé de votre part, nous Vous rembourserons sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation de vos garanties.

A l'initiative d'APRIL :

- a) en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- b) en cas de dénonciation de (des) la Convention(s) par l'Association des Assurés APRIL ou 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 de vos garanties.
- c) En cas de fausse déclaration.

De même chaque Assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

8. Votre cotisation

8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

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

En cas de modification de de la formule ou de niveau de garantie ou de changement de Régime Obligatoire d'un Assuré, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge des Assurés à la date de prise d'effet de ladite modification.

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

8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de deux et demi pour cent (2.5%) au premier (1^{er}) janvier de chaque année.

À NOTER

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



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

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

Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours suivant la réception de votre avis d'échéance pour résilier votre Adhésion en raison de cette augmentation, dans les conditions définies au paragraphe 7.3 des présentes.

Les augmentations de cotisations ont lieu :

- Chaque année au 1^{er} janvier,
- Ou éventuellement en cours d'année **en cas de modification de la réglementation applicable** ou si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la *Sécurité Sociale*.

8.3 LES MODES DE PAIEMENT

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

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

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

8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, votre adhésion sera résiliée.

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

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

À NOTER

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

9. La gestion administrative de votre adhésion à la convention

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

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

Au cours de votre adhésion, Vous devez déclarer à APRIL, dès que Vous en avez connaissance, et au plus tard dans les trois (3) mois, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.

Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de votre adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

Comment s'adresser à APRIL ? :

L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent être transmis à APRIL par l'intermédiaire de votre Espace assuré ou par courrier à l'une des adresses suivantes :

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

CONSEIL

Pour que votre contrat soit toujours adapté à votre situation, pensez à Nous informer de tout changement. De même en cas de naissance d'un enfant, si Vous l'assurez au titre de ce contrat dans les deux mois suivant sa naissance, il bénéficiera des garanties à partir de sa naissance.

Votre Espace Assuré :

L'ensemble des informations devant être portées à la connaissance d'APRIL, les demandes de modifications et de remboursement doivent être formulées sur Votre Espace Assuré. Il s'agit d'un espace sécurisé dont l'accès est protégé par un identifiant et un mot de passe personnels, disponible sur <https://monespace.april.fr>. L'identifiant et les modalités de connexion Vous sont adressés par APRIL lors de l'adhésion.

Les rubriques dédiées de Votre Espace Assuré Vous permettent de consulter Vos documents contractuels, les échanges avec Nos services de gestion et d'avoir accès à l'ensemble de Vos données personnelles et remboursements ou demandes de remboursement.

Des formulaires sont disponibles en ligne afin de Vous permettre d'effectuer chacune des demandes de modifications concernant Votre contrat, notamment les changements de garanties, les modifications de bénéficiaires, les modifications d'IBAN (concernant le prélèvement des cotisations ou le versement de Vos prestations) ainsi que la résiliation de votre adhésion.

Comment APRIL s'adresse à Vous dans la cadre de la gestion de votre adhésion ? :

Les informations relatives à l'exécution de votre adhésion Vous seront transmises par APRIL à l'adresse email que Vous avez communiquée. Vous pouvez à tout moment demander, par écrit, à APRIL de cesser ce mode de communication.

De plus, l'ensemble des documents liés à votre adhésion seront consultables sur votre Espace Assuré.

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

10. Sanctions en cas de fausse déclaration

ATTENTION :

Conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, établie par APRIL est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le sinistre, par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat.

11. Prescription

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À NOTER

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



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

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

12. Que faire en cas de réclamations ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez Vous adresser en premier lieu à votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis votre Espace Assuré.

Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous pouvez adresser en second lieu votre demande à notre Service Réclamations (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03).

Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous dix (10) jours ouvrables ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, Nous nous engageons à Vous communiquer le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Si le désaccord persiste après épuisement des voies internes de traitement des réclamations, Vous pouvez faire appel au Médiateur compétent :

- Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite auprès de nos services. Si la réponse apportée ne Vous satisfait pas ou si Vous n'avez pas obtenu de réponse depuis plus de deux (2) mois, Vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance dans un délai d'un an suivant la date de votre réclamation.
- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche ne Vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si Vous le souhaitez.
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.

Vous pouvez contacter la Médiation de l'Assurance :

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

Si Vous avez adhéré à la Convention 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 conseillons de toujours Vous adresser au préalable à notre Service Réclamations qui Vous orientera au mieux et pourra Vous fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

13. Protection de vos données

Dans le cadre du contrat d'assurance, l'Organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance collectent et traitent des données personnelles vous concernant et concernant chaque assuré en qualité de responsables conjoints de traitement.

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

Par ailleurs, Nous vous informons que :

- l'Organisme assureur est seul responsable de certains traitements de données personnelles vous concernant et concernant chaque assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Politique de protection des données personnelles de l'Organisme assureur disponible sur son site internet via le lien suivant : <https://www.axeria-prevoyance.fr/protection-des-donnees>.

À NOTER

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



- APRIL Santé Prévoyance est seule responsable de certains traitements de données personnelles vous concernant et concernant chaque assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur l'Espace Assuré.



LEXIQUE

ACCIDENT

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

ANNÉE D'ADHÉSION

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

BASE DE REMBOURSEMENT

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

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

CERTIFICAT D'ADHÉSION

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

CONJOINT

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

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTAM)

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

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

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

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

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

ENFANT(S)

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

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

HOSPITALISATION

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

Est également considérée comme une *Hospitalisation* au sens du contrat les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les *Hospitalisation* à domicile (H.A.D.) prise en charge par la *Sécurité Sociale*.

LETRE RECOMMANDÉE ELECTRONIQUE

Pour être conforme et recevable, une *Lettre Recommandée Electronique* doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier le tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire et d'établir si la lettre a été remise ou non au destinataire, conformément aux dispositions de l'article 1127-5 du Code Civil précisées par son décret d'application n°2011-144 du 2 février 2011,



MALADIE

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

RÉGIME OBLIGATOIRE

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

RÉSIDENCE

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

SECTEUR CONVENTIONNÉ

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

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

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

SÉCURITÉ SOCIALE

Terme générique utilisé dans la présente Notice pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

TA (TARIF D'AUTORITÉ)

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

TC (TARIF DE CONVENTION)

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

TFR (TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ)

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

TM (TICKET MODÉRATEUR)

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

TR (TARIF DE RESPONSABILITÉ)

Cela vise :

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



Garanties APRIL Santé Mix

Produit conforme 100 % santé

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

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

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ**

SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ

Frais de séjour							Frais réels
Forfait journalier hospitalier							Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽¹⁾		100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière (par jour et par assuré)		-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour)		-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
Forfait confort extra hospitalier (frais TV/Téléphone) (par an et par assuré)		-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €

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

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

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

SOINS COURANTS

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

DENTAIRE

Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾						Frais réels
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale						100% BR

* Niveau non accessible si vous optez pour le module Hospitalisation seul.

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

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

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

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

OPTIQUE

La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en classe B et 30 € en classe A, le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale⁽³⁾.
Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.

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

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

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

AIDES AUDITIVES

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

Équipements «100% Santé» Classe I ⁽⁵⁾	Frais réels
Équipements «Offre libre» Classe II dans la limite de 1700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	100% BR
Accessoires	100% BR

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
☐ MODULE RENFORT SENIOR						

Aides auditives (le forfait se renouvelle tous les 4 ans et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien) ⁽⁵⁾	100 € par oreille	150 € par oreille	200 € par oreille	250 € par oreille	300 € par oreille	350 € par oreille
Bonus fidélité prothèses auditives : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de	+50 € par oreille					
après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de	+50 € par oreille					
Soins cure thermique remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €

OU

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
☐ MODULE RENFORT FAMILLE						

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

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

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

(5) 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.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

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

CATÉGORIE 2

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

CATÉGORIE 3

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

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

ou

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

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

EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL

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

MIS A JOUR LE 17 AVRIL 2018

Article 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

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

Article 5. COMPOSITION

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

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

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

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

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

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

Article 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE ADHÉRENT

La qualité de Membre Adhérent se perd :

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

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

Article 8. OPPOSABILITÉS AUX MEMBRES ADHERENTS

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

Article 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

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

Article 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

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

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

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

Article 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1.1.ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

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

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

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

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

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

1.2. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

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

2. CONVOCATION

2.1. CONVOCATION AUX ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. DROIT DE VOTE

3.1. DROIT DE VOTE AUX ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

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

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

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

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

3.1.1. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

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

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

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

3.1.2. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

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

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

4. TENUE DES ASSEMBLÉES

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

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

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

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

4.1. TENUE DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

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

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

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



ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

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

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?
Contactez-Nous au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé).
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h.

FRAIS DE GESTION

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

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

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace assurés APRIL rubrique Mes infos pratiques / Mes guides pratiques.



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

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



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE