

NOTICE
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

MON ASSURANCE SANTÉ PRO



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

SOMMAIRE

PREAMBULE	p.3
1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	p.4
2. QUE GARANTIT LA CONVENTION MON ASSURANCE SANTÉ PRO ?	p.4
3. VOS GARANTIES	p.4
3.1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	p.4
3.2. CONTENU DES GARANTIES	p.5
3.3. LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	p.9
4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	p.9
4.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	p.9
4.2. LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	p.9
4.3. LE CONTRÔLE MÉDICAL	p.9
5. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE	p.10
6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?	p.10
6.1. MODALITÉS D'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	p.10
6.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	p.10
6.3. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION	p.11
6.4. CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	p.11
7. VOTRE COTISATION	p.12
7.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	p.12
7.2. COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	p.12
7.3. LES MODES DE PAIEMENT	p.12
7.4. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	p.12
8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION	p.13
9. PRESCRIPTION	p.13
10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	p.13
11. PROTECTION DE VOS DONNÉES ?	p.14
LEXIQUE	p.14
ANNEXE	p.15

PRÉAMBULE

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe à adhésion facultative MON ASSURANCE SANTE PRO souscrite par l'**Association des Assurés APRIL** auprès d'**AXERIA Prévoyance** (Convention d'assurance n° 2015S02).

AXERIA Prévoyance, société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 90 avenue Felix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, entreprise régie par le Code des assurances, 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 61 rue Taitbout, 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, située 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'**Association des Assurés APRIL** est également désignée par le terme "Association" dans la présente Notice.

L'**organisme gestionnaire de cette Convention d'Assurance** est, par délégation de l'Organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance - SA** au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07 002 609.

APRIL Santé Prévoyance est également désignée par le terme « APRIL » dans la présente Notice.

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

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

MON ASSURANCE SANTÉ PRO 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 du code de la Sécurité sociale issues des articles 14 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la Sécurité sociale et 22 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 et des décrets d'application (articles R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale).

Les garanties couvrent à minima à hauteur de 100 % Base de remboursement les frais de santé donnant lieu à remboursement de la **Sécurité sociale**. De même, aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

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

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

- exercer une activité professionnelle non salariée et non agricole et 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 ses cotisations au titre des **Régimes Obligatoires** d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels il est affilié.

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

AVEC APRIL JE COMPRENDS

À NOTER :

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

À NOTER :

La gestion de votre contrat par APRIL Santé Prévoyance, c'est la garantie d'un service de qualité notamment en terme de délais. Vos prestations sont ainsi gérées en 24 heures et vos réclamations traitées en 48 heures dès réception des documents chez APRIL Santé Prévoyance. Vos remboursements sont accessibles à tout moment sur l'Espace Assuré : www.april.fr

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour adhérer à la Convention MON ASSURANCE SANTÉ PRO et être Assuré, Vous devez :

- Exercer une activité professionnelle en qualité de non salariée,
- résider et exercer votre activité professionnelle en France Métropolitaine, Corse ou dans un Département d'Outre Mer (DOM) à l'exclusion de Mayotte ou dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin,
- relever d'un **Régime Obligatoire** d'assurance maladie français.

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

À NOTER :

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.

2. QUE GARANTIT LA CONVENTION MON ASSURANCE SANTÉ PRO ?

La Convention MON ASSURANCE SANTÉ PRO prend en charge en fonction du niveau de garanties que Vous avez souscrit, le remboursement :

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

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

3. VOS GARANTIES

3.1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES :

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

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la **Sécurité sociale (Base de remboursement)** ;
- ou sous la forme d'un montant. Ceux-ci sont valables par **Année d'adhésion** et par **Assuré** et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Par dérogation, certains montants sont exprimés par Jour ou pour deux **Années d'adhésion**. Ils sont alors signalés dans votre tableau des garanties.
- S'il est prévu au tableau des garanties, dans la limite d'un plafond valable par **Année d'adhésion** et par **Assuré**.

CONSEIL :

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

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

En effet, conformément aux dispositions de l'article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Conformément à l'article L 121-4 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 Nous faire connaître le nom du ou des assureurs avec lequel (ou lesquels) une autre assurance a été contractée et 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.

Quand elles sont contractées sans fraude, 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'indemnité 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.

3.2. CONTENU DES GARANTIES :

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre de la Convention MON ASSURANCE SANTE PRO. Il convient donc pour chaque garantie mentionnée dans votre tableau des garanties de Vous reporter au paragraphe concerné. Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent du niveau que Vous avez souscrit.

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

Modification des niveaux de garanties :

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

OPTION Éco (Option pouvant être souscrite uniquement sur les niveaux 3,4 et 5) :

En souscrivant l'OPTION Éco vous bénéficiez d'une réduction de votre cotisation. Elle peut être souscrite au moment de l'adhésion à la Convention MON ASSURANCE SANTÉ PRO ou en cours d'adhésion sous réserve de l'acceptation de l'organisme assureur. En cas d'accord, l'OPTION Éco prendra effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit. Vous avez la possibilité de résilier l'OPTION Éco à chaque échéance annuelle, en adressant un courrier par lettre recommandée à APRIL - 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, sous réserve que cette OPTION Éco ait pris effet depuis plus de six (6) mois. Cette garantie ne pourra plus être souscrite ensuite.

Si Vous avez souscrit l'OPTION Éco, Vous ne bénéficiez pas des garanties suivantes :

- Cure thermique,
- Prothèses dentaires non remboursées, implantologie et parodontologie, orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale,
- Chirurgie réfractive toutes corrections,
- Sevrage tabagique, vaccins et traitements antipaludéens,
- Médecine naturelle,
- Contraception et médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité Sociale,
- Forfait naissance.

3.2.1 EN CAS D'HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

3.2.1.1 SÉJOURS EN MÉDECINE CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ

Forfait journalier :

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

Frais de séjour :

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

La participation forfaitaire de 18 euros :

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

Honoraires médicaux et chirurgicaux :

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

Cette garantie est exprimée selon votre niveau de garantie, en pourcentage de la **Base de remboursement** de la **Sécurité sociale** ou en fonction des frais réellement engagés.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au **Contrat d'Accès aux Soins (CAS)** prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8).

Chambre Particulière :

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

Sont toujours exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs :

- à un séjour en **soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés**,
- à un séjour en **psychiatrie**.

Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans :

En cas d'**Hospitalisation** d'un **Assuré** de moins de 14 ans, cette garantie prévoit le versement d'un montant exprimé par jour prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant ayant également la qualité d'**Assuré**, **dans la limite de trente (30) jours par Année d'adhésion et par Assuré**.

CONSEIL :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Attention : la prise en charge des frais d'accompagnant est limitée à trente (30) jours et par **Année d'adhésion** et par **Assuré**. Ce plafond exprimé en jour est global et tient compte des prestations qui Vous ont été versées pour des **Hospitalisations** en secteur conventionné et non conventionné.

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

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

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

Sont pris en charge, le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires médicaux dans les conditions définies au 3.2.1.1 de la présente Notice.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

3.2.2 EN CAS D'HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ :

Sont prises en charge au titre de cette garantie, les **Hospitalisations** en médecine, chirurgie, **Hospitalisation** à Domicile et maternité effectuées en secteur non conventionné.

Le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires médicaux et chirurgicaux, la chambre particulière ainsi que les frais d'accompagnant définis au 3.2.1.1 sont pris en charge conformément à votre tableau des garanties.

3.2.3 SOINS COURANTS

3.2.3.1 CONSULTATIONS, VISITES GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES, ACTES DE RADIOLOGIE, ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES)

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin (y compris les consultations de médecins stomatologistes) ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes).
- les frais d'actes techniques médicaux,
- les frais d'actes de radiologie et d'imagerie médicale

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

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par l'avenant n°8 de la convention nationale médicale.

3.2.3.2 AUXILIAIRES MÉDICAUX, ANALYSES (Y COMPRIS LES SOINS EXTERNES)

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, et kinésithérapeutes,
- les frais d'analyses, les frais consécutifs à des actes de prélèvement, les frais d'examen

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

3.2.3.3 APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE, PROTHÈSES NON DENTAIRES, APPAREILLAGE, AUDIOPROTHÈSES

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais d'orthopédie,
- de petits et gros appareillages,
- prothèses non dentaires,
- audioprothèses.

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

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la **Sécurité sociale**.

À NOTER :

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

À NOTER :

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

3.2.3.4 TRANSPORT

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de transport prescrits par votre médecin et ayant donné lieu à un remboursement de la **Sécurité sociale**.

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

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 !

3.2.3.5 PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais de médicament restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité sociale**.

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

3.2.3.6 CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au sein de votre tableau des garanties, les frais de cure thermale remboursée par la **Sécurité sociale**.

Vous ne bénéficiez pas de cette garantie si Vous avez souscrit l'OPTION Éco.

3.2.4 DENTAIRES

3.2.4.1 SOINS DENTAIRES

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

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

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

3.2.4.2 INLAYS-ONLAYS PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'inlays-onlays remboursés par la **Sécurité sociale**.

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

3.2.4.3 PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale** comme indiqué au sein de votre tableau des garanties.

3.2.4.4 ORTHODONTIE PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale** comme indiqué au sein de votre tableau des garanties.

3.2.4.5 PLAFOND DENTAIRE

Les garanties Prothèses dentaires et Orthodontie prises en charge par la Sécurité Sociale seront limitées à 100 % de la Base de Remboursement dès que le montant cumulé des remboursements effectués au titre de ces garanties par Année d'Adhésion et pour un Assuré dépasse le montant du plafond indiqué dans votre tableau des garanties en fonction de votre niveau de garantie.

3.2.4.6 AUTRES FRAIS DENTAIRE NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais dentaires **non remboursés** par la **Sécurité sociale** suivants :

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

Cette garantie est plafonnée par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**.

Vous ne bénéficiez pas de cette garantie si Vous avez souscrit l'OPTION Éco.

3.2.5 OPTIQUE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'équipement d'optique médicale remboursés par la **Sécurité sociale** dans la limite d'un plafond comme indiqué au sein de votre tableau des garanties en fonction du niveau souscrit, du niveau de correction de l'Assuré et de la complexité des verres (cf annexe Grille optique).

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Si vous bénéficiez d'une prise en charge dans le cadre d'un forfait :

La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) au cours de deux (2) **Années d'adhésion** consécutives.

La prise en charge des frais de monture dans le cadre de cette garantie est limitée à 150 euros.

Par dérogation, la prise en charge est limitée à un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) par **Année d'adhésion** si l'**Assuré** est mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

3.2.5.1 LENTILLES PRESCRITES ACCEPTÉES, REFUSÉES, JETABLES

Sont pris en charge dans la limite des garanties exprimées par **Année d'Adhésion** et par **Assuré** prévu au sein de votre tableau des garanties les frais liés à l'achat de lentilles correctrices (acceptées ou refusées par la **Sécurité sociale**).

3.2.5.2 CHIRURGIE RÉFRACTIVE, TOUTES CORRECTIONS

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé par **Année d'Adhésion, par Assuré et par œil**, les frais de chirurgie réfractive toutes corrections.

Vous ne bénéficiez pas de cette garantie si Vous avez souscrit l'OPTION Éco.

3.2.6 PRÉVENTION

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

3.2.6.1 SEVRAGE TABAGIQUE, VACCINS ET TRAITEMENTS ANTIPALUDÉENS

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**, les frais suivants :

- sevrage tabagique : gommes, patches et traitements, prescrits et non pris en charge par la **Sécurité sociale**,
- vaccins et traitements antipaludéens prescrits et non pris en charge par la **Sécurité sociale**.

Vous ne bénéficiez pas de cette garantie si Vous avez souscrit l'OPTION Éco.

3.2.6.2 MÉDECINE NATURELLE

Sont pris en charge, tel qu'exprimés dans votre tableau des garanties, les frais non remboursés par la **Sécurité sociale** des consultations de médecine naturelle : acupuncteur, ostéopathe, naturopathe, micro-kinésithérapeute, étioathe, diététicien, chiropracteur, podologue, psychologue, psychomotricien et ergothérapeute.

Ces frais sont pris en charge dans la limite d'un plafond exprimé par séance et d'un nombre maximum de séance par Année d'adhésion et par Assuré en fonction de votre niveau de garanties.

Vous ne bénéficiez pas de cette garantie si Vous avez souscrit l'OPTION Éco.

3.2.6.3 CONTRACEPTION ET MÉDICAMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé par **Année d'Adhésion** et par **Assuré** au sein de votre tableau des garanties, les frais de contraception et de médicaments prescrits non pris en charge par la **Sécurité sociale**.

Vous ne bénéficiez pas de cette garantie si Vous avez souscrit l'OPTION Éco.

3.2.7 AUTRES PRESTATIONS

3.2.7.1 DÉPENSES MÉDICALES EFFECTUÉES À L'ÉTRANGER ET REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie 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.**

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale** et exclut tout autre remboursement de la part d'APRIL.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

3.2.7.2 FORFAIT NAISSANCE

Cette garantie prévoit le versement d'un forfait à la naissance d'un **Enfant** d'un **Assuré**. Si Vous et votre **Conjoint** êtes tous les deux **Assurés**, le forfait ne pourra être versé qu'une seule fois. Ce forfait est doublé en cas de naissances multiples.

Vous ne bénéficiez pas de cette garantie si Vous avez souscrit l'OPTION Éco.

3.3. LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

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

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

À NOTER :

Si le professionnel de santé accepte le Tiers Payant mais qu'il pratique un dépassement d'honoraires, vous ne réglerez que le montant du dépassement et lui demanderez un reçu de paiement à adresser à APRIL Santé Prévoyance.

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

4.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

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

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

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

Pour vos frais 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 de l'équipement d'optique médical (verres et monture) par un **Assuré** adulte (18 ans et plus) avant la fin de la deuxième **Année d'adhésion** qui suit l'acquisition de l'équipement précédent, 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.

À NOTER :

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

4.2. LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

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

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

Attention :

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à APRIL Vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre adhésion.

À NOTER :

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

4.3. LE CONTRÔLE MÉDICAL

APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. A défaut, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

En cas d'**Accident** ou de maladie atteignant l'**Assuré** hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

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

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

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.

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.

5. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

Ne sont pas garantis :

- les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prise en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermale »), la thalassothérapie.

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

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

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

6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?

6.1. MODALITÉS D'ADHÉSION ET DE PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

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

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

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

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

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

6.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

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

En cas d'ajout d'un Assuré par l'Adhérent, la date de prise d'effet des garanties du nouvel Assuré est inscrite au **Certificat d'adhésion**.

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

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

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

À NOTER :

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

MONTANTS APPLIQUÉS AU 1^{ER} JANVIER 2015 :

- Franchise de 0,50 € par boîte de médicament
 - Franchise de 0,50 € par acte paramédical
 - Franchise de 2 € par transport sanitaire.
 - Participation forfaitaire de 1 € par consultation, analyse biologique, acte technique et examens de radiologie.
- Ces franchises sont limitées à 50 € par an et par personne.

À NOTER :

Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre contrat si ce dernier a été signé suite à une visite ou une sollicitation d'un assureur-conseil à votre domicile ou sur votre lieu de travail (même si cette visite s'est faite à votre demande).

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

Si vous avez adhéré à la Convention à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement (c'est-à-dire en dehors des locaux professionnels de l'intermédiaire en assurance), Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de quatorze (14) jours à compter du jour où le contrat à distance est conclu.

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

Pour exercer votre droit à renonciation, Vous devez Nous notifier votre décision de renonciation à votre adhésion à la Convention à APRIL Santé Prévoyance Service Adhésion santé au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté faite par lettre envoyée par la poste à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - Service Adhésion santé Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre décision de renonciation avant l'expiration du délai de rétractation de quatorze (14) jours susmentionné.

Pour notifier votre volonté de renoncer à votre adhésion à la Convention, Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation ci-après mais ce n'est pas obligatoire.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

«Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention «MON ASSURANCE SANTE PRO» que j'avais souscrite le par l'intermédiaire du cabinet.....
Fait à le signature

Si lors de votre adhésion vous avez demandé une prise d'effet des garanties avant l'expiration du délai de renonciation, les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la notification de votre volonté de renoncer à l'adhésion à la Convention.

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

6.3. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion à la Convention se renouvelle par tacite reconduction pour une année, à son échéance soit au 31 décembre de chaque année.

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

6.4. CESSATION DE VOTRE ADHÉSION

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

A votre initiative :

Résiliation annuelle : Vous pouvez mettre fin à votre adhésion à chacune de ses échéances soit le 31 décembre de chaque année par l'envoi d'un courrier recommandé **adressé à APRIL Santé Prévoyance - 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03**, au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi).

A l'initiative d'APRIL :

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- en cas de dénonciation de la Convention 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,
- en cas de fausse déclaration conformément à l'article 8 des présentes.**

De même, chaque **Assuré** cesse d'être garanti dès lors qu'il ne remplit plus les conditions pour être assuré au titre de la Convention telles que prévues à l'article 1 des présentes.

Dans ce cas, l'Organisme assureur proposera une solution d'assurance.

Sanctions en cas de fausse déclaration :

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

Article L113-8 du Code des assurances :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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.

7. VOTRE COTISATION

7.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet des garanties,
- des garanties souscrites,
- de la catégorie socioprofessionnelle de l'Adhérent,
- de la qualité de **Créateur** de l'Adhérent,
- de la composition de la famille assurée (et notamment nombre de parent et nombre d'enfant de moins de 25 ans ayant la qualité d'Assuré),
- du département de **Résidence** de l'Adhérent.

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

Comment est déterminé l'âge de l'Adhérent ?

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

7.2. COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de 2,5 % chaque année.

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

Votre cotisation pourra évoluer 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**.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier ou en cours d'année en cas de modification de la réglementation applicable.

De même, votre cotisation évoluera en cas de modification du niveau de garantie ou de la composition familiale assurée. Pour le calcul de la cotisation, il sera tenu compte de l'âge de l'Adhérent et du tarif en vigueur à la date de prise d'effet de ladite modification.

7.3. LES MODES DE PAIEMENT

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

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

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

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

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

Après un nouveau délai de dix (10) jours, Nous résilierons de plein droit votre adhésion et Nous pourrions réclamer le paiement des cotisations restant dues.

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

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

À NOTER :

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

8. 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.

En Nous communiquant votre adresse électronique, Vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion Vous soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, Nous demander de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez Nous avertir dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets. Votre adhésion est établie d'après les déclarations que Vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Ainsi, au cours de votre adhésion, Vous devez Nous déclarer par écrit dès que Vous en avez connaissance, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.

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

9. 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 L114-2 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

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

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

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

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

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions 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).

10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » accessible sur votre espace assurés.

CONSEIL :

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

À NOTER :

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Si la réponse ne vous satisfait pas, Vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamation (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 48 heures (en jours ouvrés) ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à vous communiquer, sous 48 heures, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder 30 jours.

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, Vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au médiateur dont les coordonnées Vous seront communiquées par le Service Réclamation, sur simple demande écrite.

11. PROTECTION DE VOS DONNÉES

Vous êtes protégé par la loi Informatique et Libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée). Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à l'usage d'APRIL. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

LEXIQUE

Année d'Adhésion

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

Base de Remboursement

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

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

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.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS)

Le contrat d'accès aux soins (CAS) a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012, et paru au Journal officiel du 7 décembre 2012. Il est ouvert aux médecins de secteur 2 (à honoraires libres) et certains médecins du secteur 1 (médecins secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). Ces médecins s'engagent à limiter leurs dépassements pendant trois ans

En consultant un Médecin signataire du CAS, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la **Sécurité sociale**.

Pour connaître les médecins adhérant au CAS, vous pouvez consulter le site ameli-direct.ameli.fr.

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.

Créateur

Personne ayant créé son entreprise depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

Enfant(s)

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

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

Hospitalisation

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilité(e)s 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.

Régime Obligatoire

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

EXEMPLE :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 01/09/2015.

L'Année d'Adhésion correspond à la période entre le 01/09/2015 et le 01/09/2016.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Résidence

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

Sécurité sociale

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

TA (Tarif d'Autorité)

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

TC (Tarif de Convention)

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

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 établit 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.

ANNEXE

GRILLE OPTIQUE

Les plafonds de garanties prévus au tableau de garantie varient selon les niveaux de correction classés par catégorie comme suit :

VERRES	PLAFONDS APPLICABLE SELON NIVEAU DE GARANTIE (CF TABLEAU DE GARANTIE COMPLET)
CATÉGORIE A ● Deux verres simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	Niveau 1 : 100% BR Niveau 2 : 100 € Niveau 3 : 200 € Niveau 4 : 250 € Niveau 5 : 300 € Niveau 6 : 350 € Niveau 7 : 430 €
CATÉGORIE B > Verre 1 : ● Un verre simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 > Verre 2 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ● Un verre multifocal ou progressif ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]- 4,00 à + 4,00[Niveau 1 : 100 % Niveau 2 : 125 € Niveau 3 : 200 € Niveau 4 : 250 € Niveau 5 : 300 € Niveau 6 : 350 € Niveau 7 : 430 €
CATÉGORIE C > 2 verres (au choix) : ● Deux verres simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[● Deux verres simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ● Deux verres multifocaux ou progressifs ● Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[● Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est]- 4,00 à + 4,00 OU > Verre 1 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est]-6,00 à +6,00[● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à +4,00 ● Un verre multifocal ou progressif > Verre 2 (au choix) : ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]- 4,00 à + 4,00[Niveau 1 : 100 % Niveau 2 : 200 € Niveau 3 : 350 € Niveau 4 : 400 € Niveau 5 : 450 € Niveau 6 : 550 € Niveau 7 : 650 €

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

MIS À JOUR AU 1^{ER} AVRIL 2015

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, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires, 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 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 en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne 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.

ARTICLE 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La qualité de membre 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, délivré 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 reste acquise à l'Association.

ARTICLE 8. OPPOSABILITÉS AUX 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 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 versement 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 Assurés, prévues ou non aux contrats collectifs d'assurances souscrits par l'Association.

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. Convocation

Les membres de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, 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 se composent de tous les membres 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 Adhérents.

Les Assemblées 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 adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi des dites 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. Elles sont faites au moins soixante jours avant la tenue de l'Assemblée Générale.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent adhérents dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président du Conseil d'Administration quarante cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

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.

› 2. Droit de vote

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

Chaque membre Adhérent personne physique, ne peut être représenté que par un autre membre Adhérent personne physique. Les membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Adhérent a la faculté de donner mandat à un autre Adhérent ou à son conjoint. Un même 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 et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

› 3. Tenue des Assemblées

La Présidence de l'Assemblée Générale appartient au Président du Conseil d'Administration qui peut déléguer ses fonctions au Vice Président et à défaut à un autre Administrateur.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille 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 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.

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 qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

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

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.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr).
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance.



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