

NOTICE
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE



L'assurance en plus facile.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	P.3
DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES CONVENTIONS	
1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	P.4
2. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ETES VOUS GARANTI ?	P.4
2.1 MODALITÉS D'ADHÉSION	P.4
2.2 PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	P.4
2.3 DURÉE DE VOTRE ADHÉSION	P.5
2.4 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	P.5
3. VOTRE COTISATION	P.5
3.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	P.5
3.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	P.6
3.3 LES MODES DE PAIEMENT	P.6
3.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	P.6
4. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION	P.6
5. PRESCRIPTION	P.7
6. PROTECTION DE VOS DONNÉES	P.7
LEXIQUE	P.7
DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE	
1. QUE GARANTIT LA CONVENTION MON ASSURANCE SANTE GLOBALE ?	P.9
2. VOS GARANTIES	P.9
2.1 EN CAS D'HOSPITALISATION	P.10
2.2 FRAIS MÉDICAUX	P.11
2.3 PHARMACIE	P.12
2.4 FRAIS DENTAIRE	P.12
2.5 OPTIQUE	P.12
2.6 APPAREILLAGE	P.12
2.7 AUTRES PRESTATIONS : SOINS À L'ÉTRANGER	P.13
2.8 OPTION : PACK CONFORT HOSPI-PHARMA	P.13
2.9 OPTION : PACK BIEN-ÊTRE	P.13
2.10 OPTION : CONSULTATION +	P.14
2.11 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	P.14
3. CE QUE LA CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE.....	P.14
4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE VOS GARANTIES ?	P.14
4.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.14
4.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	P.15
4.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF	P.15
5. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHESION A LA CONVENTION	P.15
6. QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?	P.16
GARANTIES MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE	P.17
DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE SERVICE INTERGENERATIONNEL	
1. CONTENU DE VOS GARANTIES D'ASSISTANCE	P.19
1.1 AIDE-MÉNAGÈRE	P.19
1.2 AUXILIAIRE DE VIE	P.19
1.3 GARDE D'ENFANTS	P.20
1.4 GARDE D'ANIMAUX DE COMPAGNIE (CHIENS ET CHATS)	P.20
1.5 PRÉPARATION DES REPAS	P.20
2. DEMANDE D'ASSISTANCE	P.20
3. MODALITÉS D'INTERVENTION	P.21
4. EXCLUSIONS	P.21
5. SUBROGATION	P.21
6. QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?	P.21
ANNEXE	P.22

PRÉAMBULE

La présente Notice a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des Conventions d'assurance de groupe souscrites par l'Association des Assurés APRIL :

- Auprès d'**AXERIA Prévoyance** : **Mon assurance santé globale** Convention n°2017S01 ;
- Auprès d'**AXERIA Assistance Limited** : **Service intergénérationnel** Convention n°2017AS01.

Les garanties Frais de soins de santé de la Convention **Mon assurance santé globale** définies ci-après sont souscrites auprès d'**AXERIA Prévoyance**, société anonyme d'assurance 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.

Les garanties d'assistance de la Convention **Service intergénérationnel** sont souscrites auprès d'**AXERIA Assistance Limited**, société d'assurance au capital de 4 500 000 €, autorisée et réglementée par la MFSA - Malta Financial Services Authority Notabile Road Attard BKR 3000, Malta, enregistrée sous le numéro C55905, située 108, Triq it-Tbien, Swieqi SWQ3032, MALTE.

AXERIA Prévoyance et **AXERIA Assistance Limited** sont également désignés par le terme « Organisme(s) assureur(s) » dans la présente Notice.

Le souscripteur de ces Conventions est l'Association des Assurés APRIL - 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 la Convention **Mon assurance santé globale**, garanties Frais de soins de santé, est par délégation d'**AXERIA Prévoyance, APRIL Santé Prévoyance** - SAS 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 « Nous » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire des prestations d'assistance du **Service intergénérationnel** est, par délégation d'**AXERIA Assistance Limited, APRIL Assistance France**, SAS au capital de 57 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier-Merle - 69003 LYON - RCS Lyon 429 133 580 - Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 13 006 424.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'Association et aux Conventions **Mon assurance santé globale** et **Service intergénérationnel**. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

L'adhésion à la Convention **Mon assurance santé globale** entraîne l'adhésion à la **Convention Service Intergénérationnel**.

Le terme « Conventions » désigne ainsi Votre adhésion conjointe aux deux Conventions susvisées.

L'adhésion aux Conventions est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le **Certificat d'adhésion** qui mentionne les Organismes assureurs. Elle est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances.

La langue utilisée au cours des Conventions sera la langue française.

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties des Conventions **Mon assurance santé globale** et **Service intergénérationnel**. Les Assurés sont inscrits au **Certificat d'adhésion**.

La Convention d'assurance n°2017S01, Mon assurance santé globale, est une Convention « solidaire » et « responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 et suivants du code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Les garanties couvrent à minima à hauteur de 100 % 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 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

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 fonds 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. Vos remboursements sont accessibles à tout moment sur l'Espace Assuré : www.april.fr

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- 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.

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES CONVENTIONS

Les présentes dispositions sont communes aux Conventions d'assurance **Mon assurance santé globale et Service intergénérationnel**.

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour adhérer et être assuré au titre des Conventions **Mon assurance santé globale et Service intergénérationnel**, Vous devez :

- résider 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 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**.

Les garanties reposent sur les déclarations et la bonne foi des parties et de chaque Assuré.

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

2.1. MODALITÉS D'ADHÉSION

Si Vous adhérez aux Conventions 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 adhérez aux Conventions 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. Aussitôt après la conclusion de Votre adhésion, Vous recevrez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que Vous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par APRIL. Ce courriel contiendra les documents contractuels ainsi qu'un lien Vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de ces documents. 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 aux Conventions est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL. Votre adhésion sera conclue à la date d'émission du **Certificat d'adhésion** qui Vous sera envoyé sur support durable par courriel ou si Vous en faites la demande sur support papier.

2.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Vos garanties prennent effet à la date que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion, sous réserve de l'acceptation préalable d'APRIL et du paiement de vos cotisations. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de conclusion de votre adhésion (date d'émission de votre Certificat d'adhésion).

La date de prise d'effet des garanties est mentionnée sur Votre Certificat d'adhésion.

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

Si Vous avez adhéré aux Conventions 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 ».

Si Vous avez adhéré aux Conventions 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 :

CONSEIL :

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

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).

Article L112-2-1 du Code des assurances :

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

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, (date d'émission du **Certificat d'adhésion**)
- b) 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 :

Vous devez adresser une lettre de renonciation à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance Service Adhésion santé - Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux conventions **Mon assurance santé globale et Service Intergénérationnel** que j'avais souscrites le par l'intermédiaire du cabinet.....
Fait à le signature

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

2.3. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion aux Conventions d'assurance **Mon assurance santé globale et Service intergénérationnel** se renouvelle par tacite reconduction pour une année, à son échéance soit au 31 décembre de chaque année.

Votre adhésion aux Conventions **Mon assurance santé globale** 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 ».

2.4. DURÉE 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 :

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion aux Conventions à chacune de ses échéances par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL Santé Prévoyance - 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, au plus tard 2 mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. Vous pouvez également adresser Votre courrier par Lettre Recommandée Electronique adressée à l'adresse suivante : relation.client@april.com.

En cas de modification des conditions de votre contrat à l'initiative de l'Assureur, Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications par l'envoi d'un courrier à APRIL à l'adresse susvisée.

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 des Conventions 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 au paragraphe 4 « Sanctions 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.

ATTENTION : La résiliation de Votre adhésion à l'une des Conventions Mon assurance santé globale (Convention n°2017S01) ou Service Intergénérationnel (Convention n°2017AS01), entraînera la résiliation de Votre adhésion à la seconde Convention à la même date.

D'autre part, l'Assuré cessera de bénéficier des garanties d'assistance s'il ne remplit plus les conditions pour bénéficier des garanties de la Convention Mon assurance santé globale.

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.

3. VOTRE COTISATION

3.1. 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 millésimes entrée l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),
- des garanties et options que Vous avez souscrites,
- de la composition de la famille assurée,
- du **Régime Obligatoire** de chaque Assuré,
- du département de **Résidence** de l'Adhérent.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation.

En cas de modification du 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.

La cotisation fait l'objet d'une ventilation entre les Organismes assureurs :

- la part revenant à **AXERIA Prévoyance** permet de couvrir les garanties Frais de soins de santé ;
- la part revenant à **AXERIA ASSISTANCE Limited** permet de couvrir les garanties d'Assistance.

3.2. COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de trois pour cent (3%) au premier (1er) janvier de 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 chaque Assuré, de la zone géographique de la Résidence, de la composition de la famille assurée, du **Régime Obligatoire** et des garanties souscrites.

D'autre part tout changement du taux de ces taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables aux Conventions, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable aux Conventions, 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 2.4 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**.

3.3. 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).

3.4. 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.

4. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

ATTENTION :

Conformément aux articles L 113-8 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.

Article L113-8 du Code des assurances :

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

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

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

Article L 113-9 du Code des assurances :

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

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

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

À NOTER :

Cacher une information à l'assureur est très dangereux notamment dans le cadre de la déclaration de votre sinistre.

5. 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 du Code civil).

6. PROTECTION DE VOS DONNÉES

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'APRIL Santé Prévoyance, ou de l'Organisme assureur que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance -114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Par ailleurs, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec APRIL, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL - Service Bloctel -, sise au 6 rue Nicolas Siret 10000 TROYES, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès APRIL Santé Prévoyance à l'adresse susmentionnée.

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.

Ascendant

Ascendants directs de première génération de l'**Adhérent** et/ou de son **Conjoint**.

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**.

EXEMPLE :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 01/09/2017.
L'Année d'Adhésion correspond à la période entre le 01/09/2017 et le 01/09/2018.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Bénéficiaires

Les **Bénéficiaires** des garanties d'assistance du **Service intergénérationnel** sont :

- L'**Adhérent** et/ou son **Conjoint**,
- Les **Ascendants** directs de première génération de l'**Adhérent** et/ou de son **Conjoint**,
- Les **Descendants** de deuxième génération âgés de moins de 16 ans de l'**Adhérent** et/ou de son **Conjoint**.

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.

Descendants

Descendants de deuxième génération âgés de moins de 16 ans de l'**Adhérent** et/ou de son **Conjoint**. Les descendants directs de première génération sont exclus du champ des garanties assistance Service intergénérationnel.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

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

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

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

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

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

Enfant(s)

Les **Enfants** à charge de l'Adhérent ou de son **Conjoint**, jusqu'au 31 décembre de leur 21^e anniversaire, 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 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.

- Au titre de la Convention **Mon assurance santé globale**, est considérée comme une Hospitalisation tout séjour d'au moins 24 heures ; ainsi que 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**.
- Au titre de la Convention **Service Intergénérationnel**, est considérée comme une Hospitalisation tout séjour d'une durée supérieure à 2 jours.

Lettre 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 le document a été déposé et remis au destinataire, conformément aux dispositions de l'article L100 du Code des Postes et des Communications Electroniques.

Maladie

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

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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Sécurité Sociale

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

Sinistre

Evènement de nature à ouvrir droit aux garanties des Conventions.

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.

Proche

Personne physique désignée par l'Adhérent, son Conjoint ou un de leurs ayants droit lors de la déclaration du Sinistre.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ MON ASSURANCE SANTE GLOBALE

1. QUE GARANTIT LA CONVENTION MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE ?

En fonction du niveau de garantie et des Options que Vous avez souscrits, la Convention **Mon assurance santé globale** garantit :

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

Si les remboursements de la **Sécurité Sociale** venaient à être modifiés en cours d'année, l'Organisme assureur pourrait conserver la **Base de Remboursement** qui était la sienne en valeur absolue avant cette modification.

2. VOS GARANTIES

Dispositions générales :

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

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la **Sécurité Sociale (Base de Remboursement)** ;
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par **Année d'Adhésion** ou par période de deux (2) ou trois (3) **Années 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 ET/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 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 L.121-3 du code des assurances.

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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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.

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 santé globale**. Il convient donc pour chaque garantie mentionnée dans votre tableau des garanties de Vous reporter au paragraphe concerné. Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent des niveaux de garanties et des options que Vous avez souscrites.

ATTENTION :

Si une ou plusieurs des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaît pas dans votre tableau des garanties, c'est que Vous n'en bénéficiez pas.

Modalités de souscription et de résiliation des OPTIONS :

Les OPTIONS peuvent être souscrites au moment de l'adhésion à la Convention **Mon assurance santé globale** ou en cours d'adhésion. Dans cette seconde hypothèse, l'OPTION prendra effet au premier (1^{er}) janvier de l'année qui suit.

Vous avez la possibilité de résilier l'OPTION 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 ait pris effet depuis plus de 6 mois.

Vous pouvez également adresser Votre courrier par Lettre Recommandée Electronique adressée à l'adresse suivante : relation.client@april.com.

Une fois résiliée, l'OPTION ne pourra plus être souscrite.

Modification des niveaux de garanties :

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

2.1. EN CAS D'HOSPITALISATION

Les garanties de la Convention **Mon assurance santé globale** interviennent uniquement en cas d'**Hospitalisation** prise en charge par la **Sécurité Sociale**.

Les montants garantis varient selon la nature de l'**Hospitalisation** comme indiqué ci-dessous.

2.1.1 SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

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 et les frais liés au séjour selon les modalités suivantes :

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, tel qu'exprimés au sein de Votre tableau des garanties.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** prévu par la convention nationale médicale.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de remboursement de la Sécurité Sociale**.

ATTENTION :

Cette garantie est limitée à 100% de la **Base de Remboursement** pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement correspond à celui indiqué dans votre tableau des garanties et est fonction du niveau souscrit.

Cette limitation ne s'applique pas en cas d'**Accident**.

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

Est pris en charge au titre de cette garantie 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 réglementé, et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Le forfait 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**.

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 :

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

2.1.2 SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, RÉADAPTATION, RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE, EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de soins de suites, de réadaptation et de rééducation et psychiatriques dispensés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale au cours d'une **Hospitalisation** listés ci-dessous, 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 maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours en établissement psychiatrique,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.

Les frais pris en charge au titre de cette garantie sont les frais de séjour, le forfait journalier, les honoraires et frais médicaux tels que définis au 2.2.

Ces frais sont pris en charge dans la limite de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale** comme indiqué dans votre tableau des garanties.

2.1.3 HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

En cas d'**Hospitalisation** en secteur non conventionné sont pris en charge le forfait journalier, le forfait de 18 euros, les frais de séjour et les frais médicaux tels que définis au 2.2 et 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**.

2.2. FRAIS MÉDICAUX

2.2.1 CONSULTATIONS GÉNÉRALISTES, SPÉCIALISTES (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), ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité Sociale**. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

ATTENTION :

A partir de la 7^e consultation remboursée par Année d'Adhésion et par Assuré, les garanties sont plafonnées à 100% de la **Base de Remboursement**.

Cette limitation ne s'applique pas si Vous avez souscrit l'OPTION Consultation +.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** prévu par la convention nationale médicale.

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

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

2.2.2 ACTES MÉDICAUX, IMAGERIE MÉDICALE (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES)

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais consécutifs à des actes de prélèvement,
- les frais d'actes techniques,
- les frais d'imagerie médicale et de radiologie (y compris en soins externes).

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 partiel par la **Sécurité Sociale**.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un **Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** prévu par la convention nationale médicale.

2.2.3 AUXILIAIRES MÉDICAUX, ANALYSES (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES)

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologues, kinésithérapeutes et sages-femmes
- les frais d'analyses.

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 partiel de la **Sécurité Sociale**.

2.2.4 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 partiel de la **Sécurité Sociale**.

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

2.2.5 LES PRESTATIONS DE PRÉVENTION

La Convention prend en charge, en complément de la Sécurité Sociale, les prestations de prévention, prévues à l'article R.871-2 du Code de la **Sécurité Sociale** et définies par arrêté du 8 juin 2006.

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.

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.

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 !

2.3. PHARMACIE

Cette garantie Vous rembourse les frais de médicament reconnus à « service médical rendu majeur ou important » pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de 65 % de la **Base de remboursement**. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

2.4. FRAIS DENTAIRES

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 partiel par la **Sécurité Sociale**. Ils sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

2.4.2 PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSEES 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 partiel 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.

ATTENTION :

Le montant garanti est limité à 100 % de la Base de remboursement pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau souscrit.

2.4.3 ORTHODONTIE REMBOURSEE 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.

2.4.4 PLAFOND DENTAIRE

Les garanties Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale et Orthodontie remboursée 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.

2.5. OPTIQUE

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

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

La prise en charge au titre du forfait est limitée à l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) au cours de deux **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.

Lentilles prescrites acceptées ou refusées par la Sécurité sociale

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

ATTENTION :

Le montant garanti au titre de l'équipement optique et Lentilles est limité à 100 % de la Base de remboursement pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau souscrit.

Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie)

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

2.6. APPAREILLAGE

2.6.1 PETIT ET GROS APPAREILLAGE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de petits et gros appareillages (hors prothèse auditive et accessoire optique) ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité Sociale**.

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

À NOTER :

Votre contrat est responsable. En conséquence la franchise médicale appliquée par la Sécurité sociale sur le remboursement de vos médicaments ne pourra pas faire l'objet d'un remboursement.

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.

2.6.2 PROTHÈSE AUDITIVE

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du forfait exprimé dans le tableau des garanties, les frais suivants :

- prothèse auditive
- frais d'accessoires
- frais d'entretien

ATTENTION :

Le forfait exprimé dans le tableau des garanties est valable par Assuré et pour trois (3) *Années d'adhésion* consécutives. A l'issue de ces trois (3) *Années d'adhésion*, il se renouvellera pour la même durée.

2.6.3 ACCESSOIRES OPTIQUE

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du forfait exprimé par *Année d'Adhésion* et par Assuré dans votre tableau des garanties, les frais de loupes et lunettes loupes achetées en pharmacie.

2.7. AUTRES PRESTATIONS : SOINS À L'ÉTRANGER

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.

2.8. OPTION : PACK CONFORT HOSPI-PHARMA

Sont considérées comme des Hospitalisations au sens de la Convention **Mon assurance santé globale**, toute Hospitalisation d'au moins 24 heures ; ainsi que 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*.

ATTENTION :

Le niveau de l'OPTION dépend du niveau de la garantie de base comme indiqué au tableau des garanties. Tout changement du niveau de la garantie de base peut entraîner une modification du niveau de l'OPTION.

Si Vous avez souscrit cette OPTION, Vous bénéficiez des garanties suivantes :

2.8.1 CHAMBRE PARTICULIÈRE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de chambre particulière en cas d'*Hospitalisation*, dans la limite du montant du forfait exprimé par jour dans votre tableau des garanties.

Sont toujours exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs à une Hospitalisation en psychiatrie.

La durée de versement du forfait est limitée à 30 jours par *Année d'Adhésion* et par Assuré, si les frais de chambre particulière sont liés à une *Hospitalisation* en Soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés (telle que définies au paragraphe 3.1.2).

2.8.2 FRAIS D'ACCOMPAGNANT

En cas d'*Hospitalisation* d'un Assuré, cette garantie prévoit le versement d'un forfait 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.

Cette garantie ne s'applique pas en cas d'*Hospitalisation* en psychiatrie.

2.8.3 TOUS MÉDICAMENTS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie vos frais de médicaments reconnus à « service médical rendu modéré » ou à « service médical faible », les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales, ayant donné lieu à un remboursement de la *Sécurité Sociale* à hauteur de 30 % ou 15 % de la Base de remboursement.

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

2.9. OPTION : PACK BIEN-ÊTRE

ATTENTION :

Le niveau de l'OPTION dépend du niveau de la garantie de base comme indiqué au tableau des garanties. Tout changement du niveau de la garantie de base peut entraîner une modification du niveau de l'OPTION.

Si Vous avez souscrit cette OPTION, Vous bénéficiez des garanties suivantes :

2.9.1 MÉDECINES NATURELLES

Vous bénéficiez d'un forfait, exprimé dans votre tableau des garanties par *séance*, 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, chiropracteur, micro kinésithérapeute, étioathe, diététicien, naturopathe et podologue.

Le montant du forfait dépend du niveau que Vous avez souscrit.

ATTENTION :

Cette garantie est limitée à 5 séances par *Année d'Adhésion* et par Assuré.

2.9.2 SÉANCES AUPRÈS D'UN PSYCHOLOGUE

Vous bénéficiez d'un forfait exprimé par séance, dans votre tableau des garanties, prenant en charge les frais liés à une consultation chez un psychologue.
Le montant du forfait dépend du niveau que Vous avez souscrit.

ATTENTION :

Cette garantie est limitée à 5 séances par *Année d'Adhésion* et par Assuré.

2.9.3 CURE THERMALE REMBOURSEE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cette garantie prend en charge les frais de cure thermale remboursés par la **Sécurité Sociale**.
Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale**.

Vous disposez d'un Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale. Ce forfait est exprimé par *Année d'Adhésion* et par Assuré.
Le niveau de vos garanties dépend du niveau que Vous avez souscrit.

2.9.4 PHARMACIE NON REMBOURSEE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Vous bénéficiez d'un forfait exprimé par *Année d'Adhésion* et par Assuré, prenant en charge, conformément à votre tableau des garanties, vos frais de pharmacie non remboursés par la **Sécurité Sociale**.

2.10. OPTION : CONSULTATION +

ATTENTION :

Vous pouvez souscrire l'OPTION Consultation + uniquement si Vous bénéficiez d'un niveau de garanties de base 2, 3, 4, 5 ou 6. Tout changement du niveau de garantie de base peut entraîner une résiliation de cette OPTION.

Si Vous avez souscrit cette OPTION, les dépassements d'honoraires appliqués en cas de consultations généralistes et spécialistes Vous seront remboursés tel que prévu au sein de Votre tableau des garanties et ce, sans que la limitation prévue à l'article 3.2.1 de la présente Notice, relative au nombre de consultations par *Année d'Adhésion* et par Assuré Vous soit applicable.

2.11. LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

Ce service Vous permet de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la Sécurité Sociale et vos garanties 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.

3. CE QUE LA CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

Sont exclus des garanties de la Convention d'assurance Mon assurance santé globale :

- les séjours en gérontologie, 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 prises en charge dans le cadre de de l'OPTION Pack Bien-être), 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.

4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE VOS GARANTIES ?

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 adresser à APRIL, service prestations ,114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03 :

- Les décomptes délivrés par la **Sécurité Sociale**,
- Y compris lorsque la **Sécurité Sociale** n'intervient pas : les notes ou factures acquittées 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 acquittées 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

À NOTER :

Si le professionnel de santé, hors prestations dentaires accepte le Tiers Payant mais qu'il pratique un dépassement d'honoraires, vous ne réglerez que le montant du dépassement au professionnel.
S'il ne l'accepte pas, pensez à lui demander de vous remettre un reçu de paiement, à adresser à APRIL Santé Prévoyance.

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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

(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.

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.

4.2. LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans 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 8 « Gestion administrative de votre adhésion ».

4.3. LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

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

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. Ledit médecin expert missionné par APRIL sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et Vous aurez la possibilité de Vous faire accompagner lors de cet examen par un médecin de votre choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires de votre médecin resteront à votre 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 lui 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 :

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

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.

5. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHESION 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 Cedex03,

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- Pour toute autre demande relative à Votre contrat : APRIL Santé Prévoyance, Service Adhésion Santé, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Votre Espace Assuré :

L'ensemble des informations devant être portées à la connaissance d'APRIL, les demandes de modifications et de remboursement peuvent 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),

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

Les informations relatives à l'exécution de votre adhésion pourront Vous être 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.

« 2€ Malins » : modalités d'application des frais de gestion des prestations

Si Vous avez souscrit « 2€ Malins », dans le cadre du versement des prestations, APRIL appliquera des frais de gestion pour chaque acte de soins remboursé à un Assuré au titre des garanties du contrat à hauteur de 2€ par acte de soins remboursé.

Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour par un même Assuré, les frais de gestion ne seront appliqués qu'une seule fois au titre du premier acte de soin remboursé.

Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement par APRIL inférieur à 2 €, les frais appliqués seront limités au montant du remboursement.

Le montant des frais de gestion appliqués est indiqué sur chaque relevé de prestation. Il est dû par l'Adhérent et réglé à APRIL par voie de compensation sur le montant des prestations à payer. Ces frais de gestion pourront évoluer au 1er janvier de chaque année. Ils seront alors mentionnés sur l'avis d'échéance annuel.

En cas de Tiers Payant, les remboursements sont directement adressés au professionnel de santé concerné. Les frais de gestion correspondants seront donc déduits du remboursement suivant.

La résiliation de « 2€ Malins » Vous fait perdre le bénéfice de la réduction tarifaire octroyée dans le cadre de cette option.

Les modalités de souscription et de résiliation de « 2€ Malins » :

« 2€ Malins » peut être souscrit au moment de l'adhésion à la Convention **Mon assurance santé globale** ou en cours d'adhésion. Dans cette seconde hypothèse, « 2€ Malins » prendra effet au premier (1^{er}) janvier de l'année qui suit.

Vous avez la possibilité de résilier « 2€ Malins » à chaque échéance annuelle, en adressant un courrier par lettre recommandée à APRIL - 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, sous réserve que « 2€ Malins » ait pris effet depuis plus de 6 mois.

Vous pouvez également adresser Votre courrier par Lettre Recommandée Electronique adressée à l'adresse suivante : relation.client@april.com.

Une fois résilié, « 2€ Malins » ne pourront plus être souscrits.

6. QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?

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 Assuré.

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.

Médiation :

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 Réclamations, sur simple demande écrite.

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/>.

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

GARANTIES MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE

Pour plus de simplicité :

Les garanties sont exprimées 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 s'entendent par assuré et par année d'adhésion⁽¹⁾ (hors prothèse auditive et hors garantie optique équipement complet).

Un seul niveau doit être souscrit par famille.

Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

		NIVEAU ÉCO	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*								
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ								
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %	350 %
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾			105 %**	130 %**	180 %**	200 %**	200 %**
		-	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré, sauf en cas d'accident				
Frais de séjour		Frais réels						
Forfait journalier		Frais réels						
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE								
Frais de séjour		100 %						
Forfait journalier								
Honoraires et frais médicaux								
FRAIS MÉDICAUX ⁽³⁾								
Consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes)	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾			105 %**	130 %**	180 %**	200 %**	200 %**
		-	-	Limité à 100 % (sauf en cas de souscription de l'option Consultation +) à partir de la 7 ^e consultation par année d'adhésion et par assuré				
Actes médicaux, imagerie médicale	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾			105 %**	130 %**	180 %**	200 %**	200 %**
Auxiliaires médicaux, analyses (y compris en soins externes)		100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Transport		100 %						
PHARMACIE ⁽⁴⁾								
Médicaments remboursés à 65% par la Sécurité sociale		100 %						

* En cas d'Hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier, la participation forfaitaire de 18 euros, 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.

** Garanties susceptibles d'être complétées par les garanties du contrat Ma surco honoraires. Reportez-vous au tableau de garanties des conditions générales du produit.

(1) Année d'adhésion : période d'un an qui sépare 2 dates d'anniversaire de la prise d'effet des garanties.

(2) 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.

(3) Si vous êtes hors parcours de soins, ce contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par la Sécurité sociale.

(4) Les taux de remboursement par la Sécurité sociale sont de 15% pour les médicaments à service médical rendu faible et de 30% pour les médicaments à service médical rendu modéré.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

	NIVEAU ÉCO	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
DENTAIRE							
Soins dentaires	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	100 %	125 %	175 %	225 %	275 %	375 %	400 %
	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré					
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %						
Remboursement APRIL plafonné, par assuré et par année d'adhésion (pour les prothèses dentaires remboursées uniquement)	-	-	-	-	1 500 € Au-delà : 100% BR	2 000 € Au-delà : 100% BR	
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie	-	-	100 €	150 €	200 €	250 €	400 €
OPTIQUE							
S'agissant des lunettes, 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 années d'adhésion, et par période d'une année d'adhésion pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La prise en charge des montures est limitée à 150 €.							
Équipement complet : 1 monture + 2 verres simples (Catégorie A) ⁽⁵⁾	100 %	100 %	100 €	150 €	200 €	250 €	350 €
Équipement complet : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (Catégorie B) ⁽⁵⁾			125 €				
Équipement complet : 1 monture + 2 verres complexes et/ou très complexes (Catégorie C) ⁽⁵⁾					200 €	200 €	250 €
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100 % + 20 €/an	100 % + 20 €/an	100 % + 70 €/an	100 % + 120 €/an	100 % + 170 €/an	100 % + 200 €/an	100 % + 250 €/an
	-	-	Les remboursements des lunettes et lentilles sont limitées à 100 % pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré				
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie)	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
APPAREILLAGE							
Petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	400 %
Prothèse auditive (Le forfait se renouvelle tous les 3 ans et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien)	100 % + 300 €	100 % + 400 €	100 % + 600 €	100 % + 800 €	100 % + 900 €	100 % + 1 000 €	100 % + 1 200 €
Accessoires optique (loupes, lunettes loupes)	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
AUTRES PRESTATIONS							
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 %						

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

PACK CONFORT HOSPI - PHARMA

	NIVEAU AVANTAGE	NIVEAU PRIVILÈGE
		Accessible aux niveaux 2 à 6
Chambre particulière : - dans la limite de 30 jours pour les séjours en établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés - hors hospitalisation psychiatrique	45 €/jour	90 €/jour
Frais d'accompagnant	20 €/jour	40 €/jour
Tous médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %

PACK BIEN-ÊTRE

	NIVEAU AVANTAGE	NIVEAU PRIVILÈGE
		Accessible aux niveaux 2 à 6
Médecines naturelles : - ostéopathe / homéopathe / acupuncteur / chiropracteur / microkinésithérapeute / étioathe / diététicien / naturopathe / podologue - limitées à 5 séances par année d'adhésion et par assuré	25 €/séance	50 €/séance
Séance auprès d'un psychologue (limitées à 5 séances par année d'adhésion et par assuré)	25 €/séance	50 €/séance
Cure thermique remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 %
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale par année d'adhésion et par assuré	150 €	300 €
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale (forfait par année d'adhésion et par assuré)	25 €	50 €

DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE
SERVICE INTERGENERATIONNEL

1. CONTENU DE VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Conformément aux dispositions prévues au paragraphe 1 des « dispositions générales des conventions », la Convention Service intergénérationnel s'applique en France Métropolitaine, Corse, Saint-Barthélemy, Saint Martin ou dans un Département d'Outre-Mer (DOM) à l'exclusion de Mayotte et sous réserve des dispositions spécifiques prévues au sein des garanties d'assistance.

Pour chacune des garanties d'assistance prévue par la Convention Service intergénérationnel n°2017AS01, la durée maximale des prestations des garanties d'assistance est exprimée :

- **En Plafond journalier :** Le Plafond journalier s'entend par garantie d'Assistance. Plusieurs garanties peuvent être mises en œuvre de façon concomitante dans une même période de 24 (vingt-quatre) heures, dans la limite du Plafond cumulé
- **En Plafond cumulé :** Les prestations allouées au titre de l'ensemble des garanties de la présente Convention sont plafonnées à hauteur de 30 (trente) heures, par **Sinistre**.

1.1. AIDE-MÉNAGÈRE

En cas de **Sinistre**, si l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** ne peut plus assumer les tâches ménagères à son domicile, et si aucun Proche n'est en mesure de venir lui porter assistance, APRIL Assistance France missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, un service d'aide-ménagère.

Cette garantie s'exerce dans la limite :

- d'un Plafond cumulé de 30 heures par **Sinistre**, disponibles pendant la durée de l'**Hospitalisation** et/ou dans les 30 jours consécutifs à la sortie de l'**Hospitalisation**,
- et d'un Plafond journalier ne pouvant excéder deux (2) heures consécutives.

Si l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** assure une charge familiale quotidienne à l'égard d'un **Ascendant** dans le nettoyage de son domicile, et s'il n'est plus en mesure d'assurer cette charge à la suite d'un **Sinistre** garanti, APRIL Assistance France organise et prend en charge les prestations d'une aide-ménagère dans les conditions de plafond ci-dessus, applicables de façon non cumulative à cette garantie.

Le nombre d'heures et la durée d'application de ces prestations d'aide-ménagère sont déterminés par le Service médical d'APRIL Assistance France, conformément aux dispositions de l'article 3 « Modalités d'intervention ».

Cette garantie s'exerce du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h.

1.2. AUXILIAIRE DE VIE

En cas de **Sinistre**, si l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** ne peut plus faire sa toilette quotidienne, et si aucun **Proche** n'est en mesure de venir lui porter assistance, APRIL Assistance France organise et prend en charge, la toilette et les soins de première nécessité de l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** dans les conditions suivantes :

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- soit en organisant le transfert et l'hébergement à son domicile d'un **Proche** résidant en France métropolitaine afin qu'il vienne effectuer la garde et les soins de l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint**, dans la limite d'un plafond de 150€ ;
- soit le transfert aller-retour de l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** chez un **Proche** désigné par lui, sous réserve qu'il réside en France métropolitaine, et dans la limite d'un plafond de 150€ ;
- soit, dans la limite des disponibilités locales, leur prise en charge à leur domicile par un professionnel auxiliaire de vie dans les conditions limitatives suivantes :
 - Plafond cumulé de 30 heures par Sinistre, disponibles dans les 30 jours consécutifs à la sortie de l'**Hospitalisation**,
 - et Plafond journalier ne pouvant excéder quatre (4) heures consécutives.

Par ailleurs si l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** assurant une charge familiale dans la toilette quotidienne d'un **Ascendant**, n'est plus en mesure d'assurer cette charge à la suite d'un **Sinistre** garanti au contrat, APRIL Assistance France organise et prend en charge les services d'un professionnel auxiliaire de vie pouvant assurer la toilette et les soins de première nécessité de l'**Ascendant**, dans les conditions de plafond ci-dessus applicables de façon non cumulative à cette garantie.

Le nombre d'heures et la durée d'application sont déterminés par le Service médical d'APRIL Assistance France, conformément aux dispositions de l'article 3 « Modalités d'intervention ».

Cette garantie s'exerce du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h.

1.3. GARDE D'ENFANTS

En cas de **Sinistre**, si l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** assurant une charge familiale quotidienne dans la garde de ses petits enfants de moins de 16 ans (cf. définition **Descendants**) n'est plus en mesure d'assurer cette responsabilité, APRIL Assistance France organise et prend en charge :

- soit le transfert aller-retour accompagné ou non à votre domicile d'un **Proche** résidant en France métropolitaine dans la limite d'un plafond de 150€,
- soit le transfert aller-retour du **Descendant** chez un **Proche** résidant en France métropolitaine dans la limite d'un plafond de 150€ par **Descendant**,
- soit enfin, leur prise en charge par une garde d'enfants qualifiée dans les limites suivantes :
 - d'un Plafond cumulé de 30 heures par Sinistre, disponibles pendant la durée de l'**Hospitalisation** et/ou dans les 30 jours consécutifs à la sortie de l'**Hospitalisation**,
 - et d'un plafond journalier ne pouvant excéder deux (2) heures consécutives.

Le nombre d'heures et la durée d'application sont déterminés par le Service médical d'APRIL Assistance France, conformément aux dispositions de l'article 3 « Modalités d'intervention ».

Cette garantie s'exerce du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h à 19h.

1.4. GARDE D'ANIMAUX DE COMPAGNIE (CHIENS ET CHATS)

En cas de **Sinistre**, APRIL Assistance France organise et prend en charge la garde à l'extérieur des animaux de compagnie de l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** dans la limite d'un plafond de 10 jours par **Sinistre**, disponibles pendant la période d'Hospitalisation et/ou dans les 30 jours consécutifs à la sortie de l'Hospitalisation.

1.5. PRÉPARATION DES REPAS

En cas de **Sinistre**, si l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** ne peut plus faire ses courses ou n'est plus en mesure de préparer seul son repas, et si aucun **Proche** n'est en mesure de venir lui porter assistance, APRIL Assistance France organise et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, un prestataire travailleur familial dans les limites suivantes :

- d'un Plafond cumulé de 30 heures par Sinistre, disponibles pendant la durée de l'**Hospitalisation** et/ou dans les 30 jours consécutifs à la sortie de l'**Hospitalisation**,
- et d'un plafond journalier ne pouvant excéder deux (2) heures consécutives.

Si l'**Adhérent** et/ou son **Conjoint** assure une charge familiale quotidienne à l'égard d'un **Ascendant** dans la préparation de ses repas, et s'il n'est plus en mesure d'assurer cette responsabilité, APRIL Assistance France organise et prend en charge les prestations d'un travailleur familial dans les conditions de plafond ci-dessus, applicables de façon non cumulative à cette garantie.

Le nombre d'heures et la durée d'application sont déterminés par le Service médical d'APRIL Assistance France, conformément aux dispositions de l'article 3 « Modalités d'intervention ».

2. DEMANDE D'ASSISTANCE

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée directement auprès des services d'APRIL Assistance France par tous les moyens (téléphone, email ou envois postaux).

Pour toute intervention, le **Bénéficiaire** (ou toute personne agissant en son nom) doit :

1. Contacter APRIL Assistance France sans délai

- par téléphone : 01 41 61 23 01
- par email : ops.fr@april.com

2. Fournir les renseignements suivants :

- le numéro d'Adhérent,
- nom et prénom, et le lieu où se trouve le **Bénéficiaire**,
- si possible le numéro de téléphone et le moment où le **Bénéficiaire** pourra éventuellement être contacté,

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- les documents attestant le lien de parenté entre l'**Adhérent** et/ou le **Conjoint** avec les **Ascendants** et/ou **Descendants**,
- la nature des difficultés motivant l'appel.

Pour toute correspondance écrite, s'adresser à :

APRIL Assistance France
3 Boulevard Diderot
75012 PARIS

Sans omettre de préciser le numéro d'**Adhérent** délivré et de joindre toutes pièces de nature à établir la matérialité tant de l'événement que de ses débours.

APRIL Assistance France ne peut pas répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect, par vous, des dispositions qui précèdent.

Obligation du Bénéficiaire en cas d'assistance :

Par le seul fait que Vous réclamez le bénéfice d'une assistance, vous vous engagez à fournir à APRIL Assistance France :

- soit concurremment à votre demande écrite,
- soit dans les 5 jours suivant votre appel (sauf cas fortuit ou force majeure), tout acte, pièce, facture et certificat de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des présentes garanties.

Faute par vous de respecter les dispositions qui précèdent, APRIL Assistance France serait en droit de vous réclamer le remboursement des frais exposés.

3. MODALITÉS D'INTERVENTION

L'équipe pluridisciplinaire d'APRIL Assistance France évalue avec le **Bénéficiaire** la situation médico-sociale en tenant compte notamment des critères suivants :

Situation familiale :

- personne seule ou en couple,
- existence ou non de personne à charge, **Descendant** ou **Ascendant**,
- existence ou non d'un système de garde (assistante maternelle pour les enfants, assistance de vie pour les personnes dépendantes à charge...).

Situation médicale :

- durée et mode d'**Hospitalisation** le cas échéant,
- besoins en termes d'assistance médicale.

APRIL Assistance France propose, à partir des résultats de l'évaluation et sur le seul fondement de l'intérêt du **Bénéficiaire**, des services et prestations d'assistance définies à l'article 1. « Contenu de vos garanties d'assistance » qui permettront de relayer au mieux l'**Adhérent** et/ou le **Conjoint** dans les activités de la vie quotidienne qu'il n'est plus en mesure de réaliser.

Dès l'obtention de l'accord de l'**Adhérent** et/ou le **Conjoint** sur les services et prestations proposées, APRIL Assistance France organise la mise en œuvre de ces services et prestations, et prend en charge le coût de ces services et prestations, dans la limite des garanties souscrites et du Plafond cumulé défini au paragraphe 1 « Contenu de vos garanties d'assistance ».

4. EXCLUSIONS

APRIL Assistance France n'intervient pas si le **Sinistre** est consécutif à :

- un acte intentionnel ou dolosif de l'**Adhérent** et/ou le **Conjoint**,
- une maladie psychiatrique (dépression, psychose, névrose, troubles psychologiques divers), ainsi qu'une maladie ou déficience mentale,
- un traitement ou une intervention chirurgicale à but esthétique qui ne serait pas la conséquence d'un accident, ou dans un but de rajeunissement.

Les prestations ne seront pas accordées pour couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère.

L'organisation par le **Bénéficiaire** ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues à la présente Notice sans l'accord préalable d'APRIL Assistance France, ne peut donner lieu à aucun remboursement ou indemnisation.

5. SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, APRIL Assistance France pourra exercer son recours conformément au Code des Assurances, à concurrence des prestations et indemnités versées.

6. QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier.

Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous pouvez adresser votre demande au Service Réclamation (par courrier : Service Réclamations - APRIL Assistance France - 3 boulevard Diderot - 75012 PARIS).

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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.

Médiation :

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 Réclamations, sur simple demande écrite.

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/](http://ec.europa.eu/consumers/odr/).

ANNEXE AUX GARANTIES MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE

GRILLE OPTIQUE

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

VERRES	PLAFONDS APPLICABLES 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 éco : 100% BR Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 100 € Niveau 3 : 150 € Niveau 4 : 200 € Niveau 5 : 250 € Niveau 6 : 350 €
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 éco : 100% BR Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 125 € Niveau 3 : 150 € Niveau 4 : 200 € Niveau 5 : 250 € Niveau 6 : 350 €
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 éco : 100% BR Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 200 € Niveau 3 : 200 € Niveau 4 : 250 € Niveau 5 : 350 € Niveau 6 : 550 €

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

MIS À JOUR LE 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 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. 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.

Si vous avez souscrit 2€ malins des frais de gestion d'un montant maximum de 2€/date de soins/assuré seront retenus par APRIL Santé Prévoyance lors de vos remboursements*.

* Voir conditions complètes dans la Notice valant Conditions Générales.

april | santé prévoyance

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

S.A.S. 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.
Produits conçus et gérés par APRIL Santé Prévoyance et assurés par AXERIA Prévoyance
(Mon assurance santé globale), AXERIA Assistance Limited (Service intergénérationnel).



L'assurance en plus facile.