

NOTICE
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

SANTÉ PRO

APRIL



L'assurance en plus facile.

SOMMAIRE

PREAMBULE	p.3
1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	p.4
2. QUE GARANTIT LA CONVENTION SANTÉ PRO APRIL ?	p.4
3. VOS GARANTIES	p.4
3.1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	p.4
3.2. MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES	p.5
3.3. CONTENU DES GARANTIES	p.5
3.4. LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	p.9
4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	p.9
4.1. LES DOCUMENTS À ADRESSER À APRIL	p.9
4.2. LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	p.10
4.3. LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF	p.10
5. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE	p.10
6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?	p.11
6.1. MODALITÉS D'ADHÉSION	p.11
6.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	p.11
6.3. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION	p.12
6.4. CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	p.12
7. VOTRE COTISATION	p.13
7.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	p.13
7.2. COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	p.13
7.3. LES MODES DE PAIEMENT	p.13
7.4. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	p.13
8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION	p.14
9. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	p.14
10. PRESCRIPTION	p.15
11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	p.16
12. PROTECTION DE VOS DONNÉES	p.16
LEXIQUE	p.17
TABLEAU DE GARANTIES	p.19
ANNEXE	p.21

PRÉAMBULE

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la Convention d'assurance de groupe à adhésion facultative Santé PRO APRIL souscrite par l'**Association des Assurés APRIL** auprès d'**AXERIA Prévoyance** (Convention d'assurance n° 2018S02).

AXERIA Prévoyance est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme d'assurance au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 90 avenue Felix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350.261.129 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

AXERIA Prévoyance est également désignée par le terme « **Organisme assureur** » dans la présente Notice.

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

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

L'**organisme gestionnaire** de cette Convention d'Assurance est, par délégation de l'Organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance**, SASU au capital social de 540 640 € 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 les termes « Nous » dans la présente Notice.

L'**Adhérent** est la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente Convention. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le **Certificat d'adhésion** qui mentionne l'Organisme assureur. La Convention est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée dans le cadre de l'exécution de cette convention est la langue française.

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

La **Convention d'assurance n° 2018S02, Santé PRO APRIL** 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 R871-1 et R871-2 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Les garanties couvrent à minima à hauteur de 100 % de la Base de remboursement les frais de santé donnant lieu à remboursement de la **Sécurité Sociale**. De même, aucune exclusion mentionnée au sein 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 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.

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 dès réception des documents chez APRIL Santé Prévoyance. Vos remboursements sont accessibles à tout moment sur l'Espace Assuré : www.april.fr

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour adhérer et être assuré au titre de la Convention **Santé PRO APRIL**, Vous devez :

- exercer une activité professionnelle en qualité de travailleur indépendant,
- résider et exercer votre activité professionnelle en France Continentale, Corse ou dans un Département ou une Région d'Outre-Mer (DROM) à l'**exclusion de Mayotte** ou dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin,
- relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.

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

Un seul niveau de garanties doit être souscrit par famille.

En adhérant à la Convention Santé PRO APRIL au titre des niveaux 2, 3, 4, 5 ou 6, Vous bénéficiez de la possibilité d'adhérer à la Convention Surcomplémentaire PRO APRIL (Convention d'assurance n°2018S03).

À NOTER :

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

2. QUE GARANTIT LA CONVENTION SANTÉ PRO APRIL ?

La Convention **Santé PRO APRIL** (Convention d'assurance n° 2018S02) prend en charge en fonction du niveau de garanties que Vous avez souscrit, le remboursement :

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

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

3. VOS GARANTIES

3.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES :

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

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la **Sécurité Sociale (Base de remboursement)** ou en frais réels ;
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par **Année d'adhésion** et par Assuré et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Par dérogation, certains montants sont exprimés par Jour ou pour deux (2) **Années d'adhésion**. Ils sont alors signalés dans votre tableau des garanties.

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 L121-3 du Code des assurances.

Quand elles sont contractées sans fraude et conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 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.

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

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

3.2 MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES :

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

De plus, Si vous avez adhéré à la Convention Surcomplémentaire PRO APRIL (Convention d'assurance n°2018S03), **la modification du niveau de garantie est subordonnée aux conditions suivantes :**

- Le niveau de garantie souscrit au titre de la Convention **Santé PRO APRIL** (Convention d'assurance n°2018S02) doit être au minimum le niveau 2.
- Le niveau de garantie souscrit dans le cadre de l'adhésion à la Convention **Santé PRO APRIL** (Convention d'assurance n°2018S02) doit être le même que celui souscrit dans le cadre de l'adhésion à la Convention **Surcomplémentaire PRO APRIL** (Convention d'assurance n°2018S03).

3.3 CONTENU DES GARANTIES :

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre de la Convention **Santé PRO APRIL**. 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 que Vous avez souscrits.

ATTENTION :

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

3.3.1 EN CAS D'HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

Les garanties de la Convention **Santé PRO APRIL** 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.

3.3.1.1 SÉJOURS EN MÉDECINE CHIRURGIE, **HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ**

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 règlementé, et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Frais de séjour :

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

La participation forfaitaire :

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

Honoraires médicaux et chirurgicaux :

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

Chambre Particulière :

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

Sont toujours exclus de cette garantie, les frais relatifs :

CONSEIL :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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

Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans :

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

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

À NOTER :

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

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

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

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

Les frais pris en charge au titre de cette garantie sont le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux dans les conditions définies au 3.3.1.1 de la présente Notice.

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

3.3.2 EN CAS D'HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

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

Le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires médicaux et chirurgicaux, la chambre particulière ainsi que les frais d'accompagnant définis au 3.3.1.1 sont pris en charge conformément à votre tableau des garanties.

3.3.3 SOINS COURANTS

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

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

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

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

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.

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 ».

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

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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**.

3.3.3.3 APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE, PROTHÈSES NON DENTAIRES, APPAREILLAGE, AUDIOPROTHÈSES

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

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

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

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement partiel de la **Sécurité Sociale**.

3.3.3.4 TRANSPORT

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

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

3.3.3.5 PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

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

3.3.3.6 CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au sein de votre tableau des garanties, les frais de soins de cure thermale remboursés par la **Sécurité Sociale ainsi que les frais annexes de cure thermale sur justificatifs (frais d'hébergement et de transport)**.

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

À NOTER :

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

3.3.4 DENTAIRE

3.3.4.1 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**.

3.3.4.2 INLAYS-ONLAYS PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'Inlays-Onlays remboursés par la **Sécurité Sociale**.

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

3.3.4.3 PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais de prothèses dentaires y compris les Inlays- Cores 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.

3.3.4.4 ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

À NOTER :

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

3.3.4.5 PLAFOND DENTAIRE

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

À NOTER :

Concernant les médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale, Vous pouvez vous référer au site <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>.

3.3.4.6 AUTRES FRAIS DENTAIRE NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

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

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

3.3.5 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 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 est limitée à l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) au cours de deux (2) *Années d'adhésions consécutives*.

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

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

3.3.5.1 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.

3.3.5.2 CHIRURGIE RÉFRACTIVE, TOUTES CORRECTIONS

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

3.3.6 PRÉVENTION

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

3.3.6.1 SEVRAGE TABAGIQUE, VACCINS ET TRAITEMENTS ANTIPALUDÉENS

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

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

3.3.6.2 MÉDECINE NATURELLE

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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

3.3.6.3 CONTRACEPTION ET MÉDICAMENTS PRESCRITS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

3.3.7 AUTRES PRESTATIONS

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

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

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.

3.3.7.2 FORFAIT NAISSANCE

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

Ce forfait est doublé en cas de naissances multiples.

3.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

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

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

À NOTER :

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

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

4.1 LES DOCUMENTS À ADRESSER À APRIL

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 Santé Prévoyance, Service Prestations, TSA 60002,69439 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 et ordonnances relatives aux frais dont le remboursement est demandé.

En cas de renouvellement de l'équipement d'optique médical (verres et monture) par un *Assuré* adulte (18 ans et plus) avant la fin de la deuxième *Année d'adhésion* qui suit l'acquisition de l'équipement précédent, l'*Assuré* devra nous communiquer la prescription médicale et tout justificatif permettant d'attester que ce renouvellement anticipé est consécutif 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.

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

Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 8 « La gestion administrative de votre adhésion à la Convention ».

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.

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.

5. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

Sont exclus des garanties de la Convention d'assurance Santé PRO APRIL :

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

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

- la participation forfaitaire légale (hors participation forfaitaire que le Régime obligatoire peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité Sociale) et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,

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.

À NOTER :

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

MONTANTS APPLIQUÉS AU 1^{er} JANVIER 2016 :

- Franchise de 0,50 € par boîte de médicament
- Franchise de 0,50 € par acte paramédical
- Franchise de 2 € par transport sanitaire.

- Participation forfaitaire de 1 € par consultation, analyse biologique, acte technique et examens de radiologie.

Ces franchises sont limitées à 50 € par an et par personne.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- **la diminution du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné,**
- **Les frais de santé non pris en charge par la Sécurité Sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité Sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.**

Aucune exclusion mentionnée au sein de la présente notice d'information ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

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

6.1 MODALITÉS D'ADHÉSION

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

Si Vous avez choisi d'adhérer à la Convention par voie électronique sur le site internet d'APRIL, les documents d'information précontractuelle sont portés à votre connaissance avant la signature électronique de votre demande d'adhésion.

En signant électroniquement votre 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 sur support durable ainsi qu'un lien Vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de ces documents sur votre Espace Assuré.

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

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

6.2 - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Vos garanties prennent effet à la date que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion et au plus tôt :

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

La date d'effet des garanties est indiquée sur votre **Certificat d'adhésion**.

Ajout d'un Assuré :

En cas d'ajout d'un Assuré, ses garanties prennent effet à la date que Vous avez indiquée sur votre demande d'ajout et au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'ajout par APRIL. L'acceptation d'un nouvel Assuré par APRIL est concrétisée par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion précisant la date de prise d'effet des garanties du nouvel Assuré.

Faculté de renonciation :

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

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

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

À NOTER :

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

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

Article L112-2-1 du Code des assurances :

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

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 de l'Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention **Santé PRO APRIL** que j'avais souscrite 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 à la Convention, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

6.3 - DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion à la Convention d'assurance Santé PRO APRIL se renouvelle par tacite reconduction pour une année, à son échéance soit au 31 décembre de chaque année.

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

6.4- CESSATION DE VOTRE ADHÉSION

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

A votre initiative :

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

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

Vous pouvez également adresser une **Lettre Recommandée Electronique** à l'adresse suivante : relationclient@april.com.

En cas de modification des conditions de votre contrat à l'initiative de l'Organisme assureur, Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications 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 à l'article 7 « Votre cotisation »,
- en cas de dénonciation de la Convention par l'Association des Assurés APRIL ou par l'Organisme assureur à l'échéance annuelle 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 9 « Sanctions en cas de fausse déclaration ».

À NOTER :

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

À NOTER :

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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

La résiliation de Votre adhésion à la Convention Santé PRO APRIL (Convention d'assurance n°2018S02) entraînera la résiliation de Votre adhésion à la Convention Surcomplémentaire PRO APRIL (Convention d'assurance n°2018S03), à la même date.

7. VOTRE COTISATION

7.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée à l'adhésion en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet des garanties,
- du niveau de garanties souscrit,
- de la composition de la famille assurée,
- du département de **Résidence** de l'Adhérent.

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

Comment est déterminé l'âge de l'Adhérent ?

L'âge de l'Adhérent est toujours déterminé par différence de millésimes entre l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance.

7.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de trois pour cent (3%) au premier (1^{er}) janvier de chaque année.

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

Votre cotisation pourra évoluer suite à une modification de la réglementation ou de la législation applicable.

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

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

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 6.4 des présentes.

7.3 LES MODES DE PAIEMENT

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

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

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

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

A défaut du paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, 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 cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément au Code des assurances.

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

À NOTER :

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

8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION

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

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

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

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

Comment s'adresser à APRIL ?

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

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

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.

9. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

ATTENTION :

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

CONSEIL :

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

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.

10. PRESCRIPTION

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

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

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

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

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

11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » accessible sur votre Espace 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. Le médiateur peut être saisi dans un délai d'un (1) an conformément à l'article L612-2 du Code de la consommation.

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/>.

12. PROTECTION DE VOS DONNÉES

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL sont indispensables au traitement de la demande d'assurance. Elles sont régies par le Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'Organisme assureur et à APRIL en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 soit par mail à dpo.asp@april.com ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale

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

à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Organisme assureur et APRIL de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

LEXIQUE

Accident

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

Année d'Adhésion

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

Base de Remboursement

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

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

Certificat d'adhésion

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

Conjoint

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

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

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

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

En consultant un médecin adhérent aux 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 aux 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 : <http://annuaire.sante.ameli.fr>.

Enfant(s)

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

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

Hospitalisation

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

Est également considérée comme une **Hospitalisation** au sens du contrat les actes chirurgicaux

EXEMPLE :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 01/09/2018. L'Année d'Adhésion correspond à la période entre le 01/09/2018 et le 01/09/2019.

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**.

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.

Régime Obligatoire

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

Résidence

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

Secteur conventionné

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

Secteur non conventionné

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

Sécurité Sociale

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

TA (Tarif d'Autorité)

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

TC (Tarif de Convention)

Base de Remboursement 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 établit par Arrêté ministériel.

TM (Ticket Modérateur)

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

TR (Tarif de Responsabilité)

Cela vise :

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

TABLEAU DE GARANTIES

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en pourcentage des frais réels. Les remboursements sont effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. Les forfaits et plafonds de garanties figurant dans ce tableau ne sont valables qu'une fois par assuré et par année d'adhésion ⁽¹⁾ (hors garantie optique équipement complet).

Un seul niveau doit être souscrit par famille.

		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⁾	125 %	180 %	250 %	350 %	500 %	500 %
	Médecins NON DPTAM ⁽³⁾	105 %	160 %*	200 %*	200 %*	200 %*	200 %*
Frais de séjour	100 % des frais réels						
Forfait journalier	100 % des frais réels						
Chambre particulière (par jour)	35 €	55 €	65 €	80 €	110 €	130 €	
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour, dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)	20 €	25 €	30 €	40 €	45 €	55 €	
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							
HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ							
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ							
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 %						
Frais de séjour	90% des frais réels dans la limite de :						
	100 %	150 %	200 %	250 %	350 %	450 %	
Forfait journalier	100 % de frais réels						
Chambre particulière (par jour)	35 €	55 €	65 €	80 €	110 €	130 €	
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour, dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)	20 €	25 €	30 €	40 €	45 €	55 €	
SOINS COURANTS							
Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes de radiologie, actes techniques médicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	125 %	150 %	200 %	280 %	380 %	500 %
	Médecins NON DPTAM ⁽³⁾	105 %	130 %*	180 %*	200 %*	200 %*	200 %*
Auxiliaires médicaux, analyses (y compris les soins externes)	125 %	150 %	200 %	280 %	380 %	500 %	
Appareillage orthopédique, prothèses non dentaires, appareillage, audioprothèses							
Frais de transport	100 %						
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100 %						
Cure thermale Soins pris en charge par le régime obligatoire et frais annexes sur justificatifs (frais d'hébergement et de transport)	100 €	150 €	250 €	400 €	550 €	700 €	

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

(2) Médecins DPTAM : Médecins adhérents aux 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) Médecins NON DPTAM : Médecins non adhérents aux 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

*Garanties susceptibles d'être complétées par les garanties du contrat Surcomplémentaire PRO APRIL.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
DENTAIRE						
Soins dentaires	100 %					
Inlays-Onlays pris en charge par la Sécurité sociale	100 %	150 %	200 %	250 %	350 %	450 %
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (y compris Inlays cores)	125 %	180 %	250 %	350 %	400 %	500 %
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale						
Plafond dentaire (pour l'orthodontie, les prothèses dentaires et Inlays-Onlays uniquement)	1 800 € / an Au-delà : 100 % BR					
Prothèses dentaires non remboursées Implantologie et Parodontologie Orthodontie non remboursée	250 €	350 €	450 €	750 €	1 000 €	1 250 €
OPTIQUE						
<i>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 de - de 18 ans 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 €.</i>						
Équipement complet : 1 monture + 2 verres simples (Catégorie A) ⁽⁴⁾	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €	430 €
Équipement complet : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (Catégorie B) ⁽⁴⁾	125 €					
Équipement complet : 1 monture + 2 verres complexes et/ou très complexes (Catégorie C) ⁽⁴⁾	200 €	350 €	400 €	450 €	550 €	660 €
Lentilles prescrites acceptées, refusées, jetables	100 % + 50 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an	100 % + 225 €/an	100 % + 300 €/an	100 % + 350 €/an
Chirurgie réfractive, toutes corrections, par œil	100 €	150 €	250 €	350 €	450 €	550 €
PREVENTION						
Sevrage tabagique (gomme, patchs et traitements prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale) et vaccins et traitements anti-paludéens prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	10 €	15 €	20 €	30 €	40 €	60 €
Médecine naturelle : acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiope, naturopathe, diététicien, micro-kinésithérapeute, podologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute	30 € / séance Maxi 2 séances	30 € / séance Maxi 3 séances	30 € / séance Maxi 3 séances	40 € / séance Maxi 3 séances	50 € / séance Maxi 4 séances	60 € / séance Maxi 4 séances
Contraception et médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	30 €	40 €	50 €	55 €	55 €	55 €
AUTRES PRESTATIONS						
Forfait naissance ⁽⁵⁾	100 €	150 €	200 €	250 €	250 €	250 €
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	125 %	200 %	250 %	350 %	350 %	400 %

(4) Se référer à la grille ci-dessous pour connaître le détail des Catégories A, B et C.

(5) Doubé en cas de naissances multiples.

Les garanties ci-dessus s'appliquent conformément à la notice valant conditions générales.

Le contrat est responsable : les 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.

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

ANNEXE

GRILLE OPTIQUE

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

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

**ADDITIF A LA NOTICE VALANT CONDITIONS
GÉNÉRALES**

MODIFICATION DES GARANTIES

**- CONTRAT RESPONSABLE
- LISIBILITE DES GARANTIES**

Juillet 2019

Les garanties de la présente Convention seront adaptées à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les dispositions relatives à l'optique et au dentaire et, à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives, afin de prendre en compte la modification du cahier des charges des contrats dits « responsables » et « solidaires » (décret n°2019-21 du 11 janvier 2019).

Les garanties de la Convention couvriront ainsi les dispositifs d'optique médicale, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires du panier de soins « 100% santé ».

Les montants minimums et maximums de prise en charge ainsi que les durées de renouvellement des équipements d'optique médicale (équipement complet composé de deux verres et d'une monture) et des aides auditives seront modifiés conformément au cahier des charges des contrats dits « responsable » et « solidaires ».

Les libellés des principaux postes de garanties seront également modifiés afin de tenir compte des engagements pris le 14 février 2019 par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et ses Fédérations sur la lisibilité des garanties.

Ces modifications sont intégrées dans le tableau de garanties figurant ci-après, les remboursements de frais s'effectueront conformément à ce dernier, selon le niveau souscrit.

Il n'est pas autrement dérogé aux dispositions contractuelles de la Notice à laquelle le présent additif est annexé.

GARANTIES SANTÉ PRO APRIL

PRODUIT
CONFORME AU
100% SANTÉ

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion⁽¹⁾. 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».

		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⁾	125 %	180 %	250 %	350 %	500 %	500 %
	Médecins NON DPTAM ⁽³⁾	105 %	160 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Frais de séjour		100 % des frais réels					
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels					
Chambre particulière (par jour)		35 €	55 €	65 €	80 €	110 €	130 €
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour, dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)		20 €	25 €	30 €	40 €	45 €	55 €
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE							
Honoraires et frais médicaux / Frais de séjour / Forfait journalier hospitalier		100 %					
HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ							
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ							
Honoraires médicaux et chirurgicaux		100 %					
Frais de séjour		90% des frais réels dans la limite de :					
		100 %	150 %	200 %	250 %	350 %	450 %
Forfait journalier hospitalier		100 % de frais réels					
Chambre particulière (par jour)		35 €	55 €	65 €	80 €	110 €	130 €
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour, dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)		20 €	25 €	30 €	40 €	45 €	55 €
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux : Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes de radiologie, actes techniques médicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	125 %	150 %	200 %	280 %	380 %	500 %
	Médecins NON DPTAM ⁽³⁾	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris les soins externes)		125 %	150 %	200 %	280 %	380 %	500 %
Matériel médical : Appareillage orthopédique, prothèses non dentaires, appareillage		125 %	150 %	200 %	280 %	380 %	500 %
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale		100 %					
Frais de transport		100 %					
Cure thermale							
Soins pris en charge par le régime obligatoire et frais annexes sur justificatifs (frais d'hébergement et de transport)		100 €	150 €	250 €	400 €	550 €	700 €
AIDES AUDITIVES							
AIDES AUDITIVES JUSQU'AU 31/12/2020		125 %	150 %	200 %	280 %	380 %	500 %
AIDES AUDITIVES À COMPTER DU 01/01/2021 (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)							
Equipements de Classe I «100 % Santé»^{(4) (5)}		100 % des frais réels					
Equipements de Classe II «Offre Libre» dans la limite de 1 700 € / oreille sous déduction du remboursement du régime obligatoire et accessoires⁽⁴⁾		125 %	150 %	200 %	280 %	380 %	500 %

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

(2) Médecins DPTAM : Médecins adhérents aux 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) Médecins NON DPTAM : Médecins non adhérents aux 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.

(4) Selon la liste définie par l'arrêté du 14 novembre 2018 sur la prise en charge des aides auditives.

(5) Remboursement limité au prix limite de vente.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
DENTAIRE						
Soins	100 %					
Inlays-Onlays pris en charge par la Sécurité sociale	100 %	150 %	200 %	250 %	350 %	450 %
Soins et prothèses remboursées par le régime obligatoire «100 % Santé» (y compris Inlays cores)^{(5) (6)}	100 % des frais réels					
Autres Prothèses remboursées par le régime obligatoire «Offre Modérée» et «Offre Libre» (y compris Inlays cores)⁽⁶⁾	125 %	180 %	250 %	350 %	400 %	500 %
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	125 %	180 %	250 %	350 %	400 %	500 %
Plafond dentaire (pour l'orthodontie, les autres prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire «Offre Modérée» et «Offre Libre» et Inlays-Onlays uniquement)	1 800 € / an Au-delà : 100 % BR					
Prothèses dentaires non remboursées / Implantologie et Parodontologie / Orthodontie non remboursée	250 €	350 €	450 €	750 €	1 000 €	1 250 €
OPTIQUE						
<i>S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le ticket modérateur et la prise en charge du Régime obligatoire, non cumulable d'une année sur l'autre.</i>						
Equipelement de Classe A «100% santé» y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle⁽⁷⁾						
Monture + verres⁽⁵⁾	100 % des frais réels					
Equipelement de Classe B «Offre Libre»⁽⁷⁾						
Monture + verres simples⁽⁸⁾	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €	420 €
Monture + verre simple + verre complexe⁽⁸⁾	125 €	200 €	250 €	300 €	350 €	430 €
Monture + verres complexes⁽⁸⁾	200 €	350 €	400 €	450 €	550 €	650 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	50 % des frais réels					
Equipelement mixte (combinaison de verres et montures de Classes A et B)	Se référer aux montants des équipements de la Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels. Les éléments de classe A seront pris en charge à hauteur des frais réels					
Lentilles prescrites acceptées, refusées, jetables	100 % + 50 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an	100 % + 225 €/an	100 % + 300 €/an	100 % + 350 €/an
Chirurgie réfractive, toute corrections, par œil	100 €	150 €	250 €	350 €	450 €	550 €
PREVENTION						
Sevrage tabagique (gomme, patchs et traitements prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale) et vaccins et traitements anti-paludéens prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	10 €	15 €	20 €	30 €	40 €	60 €
Médecine naturelle : acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, naturopathe, diététicien, micro-kinésithérapeute, podologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute	30 € / séance Maxi 2 séances	30 € / séance Maxi 3 séances	30 € / séance Maxi 3 séances	40 € / séance Maxi 3 séances	50 € / séance Maxi 4 séances	60 € / séance Maxi 4 séances
Contraception et médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	30 €	40 €	50 €	55 €	55 €	55 €
AUTRES PRESTATIONS						
Forfait naissance⁽⁹⁾	100 €	150 €	200 €	250 €	250 €	250 €
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	125 %	200 %	250 %	350 %	350 %	400 %

(6) Selon la liste définie par la convention dentaire du 21 juin 2018.

(7) Selon la liste définie par l'arrêté du 3 décembre 2018 sur la prise en charge de l'optique médicale.

(8) Se référer à la grille optique figurant ci-dessous et sur les conditions générales.

(9) Doublié en cas de naissances multiples.

GRILLE OPTIQUE

Verres simples :

- › Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries.
- › Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- › Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes :

- › Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries.
- › Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.
- › Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.
- › Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.
- › Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries.
- › Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- › Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- › Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.
- › Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.
- › Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.
- › Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL

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

MIS À JOUR AU 17 AVRIL 2018

ARTICLE 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

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

ARTICLE 5. COMPOSITION

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE ADHÉRENT

La qualité de membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;

- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

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

ARTICLE 8. OPPOSABILITÉS AUX MEMBRES ADHÉRENTS

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

ARTICLE 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

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

ARTICLE 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

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

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

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

ARTICLE 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1. Assemblées Générales

1.1. Assemblée Générale Ordinaire

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

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

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

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

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

1.2. Assemblée Générale Extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

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

› 2. Convocation

2.1. Convocation aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

› 3. Droit de vote

3.1. Droit de vote aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

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

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

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

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

3.1.1 Assemblée Générale Ordinaire

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

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

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

3.1.2 Assemblée Générale Extraordinaire

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

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

› 4. Tenue des Assemblées

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

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

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

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

4.1. Tenue des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

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

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

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

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

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

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

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

FRAIS DE GESTION

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

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

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

april | santé prévoyance

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

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances
Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr).
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance.



L'assurance en plus facile.