

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Avec APRIL Assurances je comprends

PREAMBULE

Les présentes conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe à adhésion facultative FAMILLE&SANTE souscrite par l'**Association des Assurés d'APRIL** auprès d'**AXERIA Prévoyance**.

AXERIA Prévoyance est une compagnie d'assurance vie au capital de 21 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69487 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM : 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09).

AXERIA Prévoyance est également désignée par le terme "**Organisme assureur**" dans les présentes conditions générales.

L'**Association des Assurés d'APRIL** est une association loi 1901, située BP 3133, 69211 Lyon Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'**organisme gestionnaire de cette convention** est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Assurances** – SA au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03 – RCS Lyon 428 702 419 - N° ORIAS 07 002 609.

APRIL Assurances est également désignée par le terme "**Nous**" dans les présentes conditions générales.

L'adhésion à cette convention est constituée par la demande d'adhésion, les présentes conditions générales et le **Certificat d'adhésion**. Elle est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à la Convention FAMILLE&SANTE. Il est également désigné par le terme « **Vous** » dans les présentes conditions générales.

Le terme "**Assuré**" désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la convention FAMILLE&SANTE, c'est-à-dire "Vous" et les "Membres de votre famille" répondant aux conditions pour être assuré. Les Assurés sont inscrits au **Certificat d'adhésion**.

FAMILLE&SANTE est un Convention de type « responsable » c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux Conventions d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

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

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

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

Ce contrat peut vous permettre de bénéficier le cas échéant du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (chèque santé) ou du dispositif fiscal Madelin si vous êtes travailleur non salarié.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Avec APRIL Assurances je comprends

1. Qui peut adhérer et être assuré ? _____

Pour bénéficier de cette Convention, Vous devez :

- résider en France à l'**exclusion des Collectivités d'Outre-mer (COM)**,
- relever d'un régime d'assurance maladie français.

Peuvent également être assurés au titre de cette Convention, votre **Conjoint** et vos enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français. Ils sont alors inscrits au **Certificat d'adhésion** et désignés dans les présentes conditions générales par le terme "Membre de votre famille".

A noter :
Si au cours de la vie du contrat votre situation devait changer, n'oubliez pas De Nous en informer en suivant les indications de l'article 8 des présentes conditions générales.

2. Que garantit la convention APRIL FAMILLE & SANTE ? _____

La Convention FAMILLE&SANTE prend en charge en fonction du niveau de garantie que Vous avez souscrit, le remboursement :

- des frais médicaux et chirurgicaux restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité sociale**,
- des dépenses de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique non prises en charge par la **Sécurité sociale** mais relevant des garanties de votre Convention,
- des dépenses de prévention du pack "Prévention Famille" mentionnées dans votre tableau de garanties.

Les dépenses et frais indiqués ci-dessus doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de votre adhésion au Convention.

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

Conseil :
Si vous devez vous rendre dans un pays de l'Union Européenne n'oubliez pas de demander à votre Caisse de **Sécurité sociale** votre carte européenne d'assurance maladie qui facilitera le cas échéant, la prise en charge de vos frais de santé imprévus. Pour les autres pays, contactez votre Caisse de Sécurité sociale.

Dépenses médicales effectuées à l'étranger :

La Convention prend en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un voyage temporaire dans le monde entier **dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale.**

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

Conseil :
Le tableau des garanties Vous permet de connaître exactement votre niveau de remboursement en fonction des dépenses de soins que vous envisagez. N'hésitez pas à le consulter !

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 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.

A noter :
Tout forfait non utilisé sur une Année d'adhésion ne donnera lieu, pour chaque Assuré, à aucun report sur l'**Année d'adhésion** suivante.

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

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

Exemple de remboursement au 1^{er} janvier 2008 :
Vous consultez votre médecin traitant : 23 €
Remboursement de la Sécurité sociale : 70 % de 23 € soit 16.10 €
Votre tableau des garanties indique pour ce poste 100 % de la Base de remboursement (soit 100% de 23 €) ce qui signifie que votre contrat remboursera les frais restant à votre charge dans la limite de 23 €.

3.2 Contenu des garanties :

Vous trouverez ci-après les modalités d'application des garanties de la Convention FAMILLE & SANTE.

Attention : si une des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaît pas dans votre tableau de garantie, c'est que vous n'en bénéficiez pas.

3-2.1 En cas d'Hospitalisation :

Les garanties de la convention interviennent en cas d'hospitalisation prise en charge par la **Sécurité sociale**.

Le montant de vos remboursements variera selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non.

Honoraires chirurgicaux

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une Hospitalisation ou à une intervention chirurgicale.

Le forfait journalier :

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

Les frais de séjour

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

S'il s'agit d'un établissement non conventionné, vos frais de séjour seront remboursés dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale.

Le forfait de 18 euros :

Cette garantie prend en charge la participation forfaitaire de 18 euros qui peut être laissé à votre charge par la **Sécurité sociale** si vous bénéficiez d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros (ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50).

Séjour en maison de repos et assimilés et Hospitalisation psychiatrique

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

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

La durée de prise en charge est limitée comme indiqué dans votre tableau de garantie. La limite s'entend par Année d'adhésion et par Assuré.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de remboursement** de la **Sécurité sociale**. Elle comprend le forfait journalier.

La chambre particulière :

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de chambre particulière, dans la limite du

Conseil :
En cas d'hospitalisation, pensez à faire une demande de prise en charge auprès d'APRIL Assurances. Les frais pris en charge par votre contrat seront ainsi directement réglés par APRIL Assurances à l'Hôpital. Ce qui peut vous éviter des avances de frais importantes.

Conseil :
Attention, les frais restant à votre charge seront plus élevés en établissement non conventionné. Si vous devez être hospitalisé, renseignez vous auprès de l'établissement hospitalier. Un établissement hospitalier conventionné **est un établissement qui applique les tarifs fixés par la Sécurité sociale**. Il s'agit donc de tous les établissements publics et des établissements privés ayant passé une convention avec la **Sécurité sociale**. A l'inverse les établissements non conventionnés peuvent pratiquer des tarifs plus élevés. N'hésitez pas à demander un devis !

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

A 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.

Conseil :
Pour bénéficier de cette garantie, choisissez un établissement conventionné.

Conseil :
Pour bénéficier de cette garantie, choisissez un établissement conventionné.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

forfait exprimé par jour dans votre tableau de garanties, pour toute Hospitalisation en secteur conventionné.

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

- à un séjour en maison de repos ou assimilé,
- à une Hospitalisation psychiatrique.

Frais d'accompagnant :

En cas d'Hospitalisation d'un Assuré, cette garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant ayant également la qualité d'**Assuré** au contrat.

3.2.2 Pharmacie

Cette garantie vous rembourse les frais de médicament restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité sociale**.

3.2.3 Médecine/soins courants :

- Consultations et visites des médecins

Sont pris en charge au titre de cette garantie les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier, ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité sociale**.

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

- **les consultations, visites et actes techniques réalisés "hors parcours de soins coordonnés"** : ce contrat 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 Responsables.
- **Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées "hors parcours de soins coordonnés"** : ces consultations sont prises en charge dans la limite de 3 consultations maximum par **Année d'adhésion** et par **Assuré**.

Transport :

Cette garantie prend en charge les frais de transport prescrits par votre médecin et ayant donné lieu à un remboursement par la **Sécurité sociale**.

Auxiliaires médicaux, Analyses / Actes médicaux ou paramédicaux courants, soins externes, radiologie :

Sont pris en charge au titre de ces garanties :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologue, kinésithérapeutes et sages femmes,
- les frais d'analyses, d'examens et de radiologie,
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement,
- les frais d'actes cliniques et techniques.

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

Appareillage et Prothèse auditive :

Cette garantie prend en charge les frais d'orthopédie, de petits et gros appareillages et de Prothèse auditive ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité sociale**.

Les prestations de prévention

La Convention prend en charge, en complément de la **Sécurité sociale**, l'ensemble des

Avec APRIL Assurances je comprends

A noter :
Si vous effectuez un séjour en maison de repos ou dans un hôpital psychiatrique même conventionné, les frais de chambre particulière resteront à votre charge.

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

A noter :
Votre contrat est responsable. En conséquence, il ne prendra pas en charge la franchise médicale appliquée par la Sécurité sociale sur le remboursement de vos médicaments.

A noter :
Votre contrat est responsable. En conséquence il ne prendra pas en charge la participation forfaitaire appliquée par la Sécurité sociale sur le remboursement de vos consultations.

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

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

A 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, actes paramédicaux (c'est à dire effectués par des auxiliaires médicaux) et des analyses biologiques, ne pourra vous être remboursée.

Exemple de frais pris en charge au titre de cette garantie :
Les frais de corset ou de semelle orthopédique, de colliers cervicaux...

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Avec APRIL Assurances je comprends

prestations de prévention prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et définies par arrêté du 8 juin 2006.

Vous bénéficiez également d'un forfait "Pack Prévention Famille" destiné à couvrir des dépenses dites de prévention non prises en charge par la **Sécurité sociale** dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties.

Peuvent donner lieu à un remboursement au titre de ce forfait les dépenses liées :

- à des actes de Médecine naturelle : Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Microkinésithérapie ;
- à la réalisation de vaccins médicalement prescrits,
- à l'achat de médicaments homéopathiques médicalement prescrits,
- au suivi d'une formation aux gestes de premiers secours "Prévention et Secours Civiques de niveau 1" effectuée par un organisme agréé.

Pour bénéficier du Forfait "Pack Prévention Famille" vous devrez nous transmettre votre demande de remboursement accompagnée des factures justificatives nominatives.

3.4 Frais dentaires :

Soins dentaires

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologue,
- les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.).

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

Prothèses dentaires et frais d'orthodontie :

Ils sont pris en charge sous réserve :

- Qu'ils donnent lieu à un remboursement par la Sécurité sociale,
- Ou s'ils sont "non remboursés" qu'ils correspondent à une cotation prévue à la nomenclature des actes dentaires de la Sécurité sociale.

Forfait soins dentaires non remboursés :

Sont prises en charge au titre de ce forfait les dépenses d'implants ou d'actes de parodontologie non remboursés par la **Sécurité sociale**.

3.5 Optique :

Sont pris en charge **dans la limite du montant du forfait prévu au tableau des garanties** les frais liés :

- à l'achat des verres et montures remboursés partiellement par la **Sécurité sociale**,
- à l'achat de lentilles (acceptées ou refusées),
- à la chirurgie réfractive par laser pour le traitement de la myopie.

Bonus optique :

L'Assuré bénéficie d'un Bonus optique supplémentaire de :

- 50 euros si aucune prestation ne lui a été versée au titre du forfait optique au cours de l'**Année d'adhésion** précédente,
- 100 euros si aucune prestation ne lui a été versée au titre du forfait optique au cours des deux **Années d'adhésion** précédentes.

3.6- Forfait naissance/adoption :

La naissance d'un enfant ou l'adoption fait l'objet du versement d'un forfait. Ce forfait est versé

"Il vaut mieux prévenir que guérir !"
Ce forfait vous aide à financer par exemple des vaccins pour vos enfants non remboursés par la **Sécurité sociale**. Une formation de secourisme afin d'acquies les reflexes nécessaires pour assurer la sécurité au quotidien. Contactez les centres de formation de la Croix-Rouge sur www.croix-rouge.fr ou au 0 820 16 17 18 (0,12 € TTC/min.).

A 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.

A noter :
Votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologue est tenu d'établir préalablement un devis sur le traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés, le montant des honoraires et le montant remboursé par la **Sécurité sociale**. Si ces frais sont non remboursés, il doit préciser s'ils sont hors nomenclature. Pour connaître le montant pris en charge par votre contrat contactez le service santé d'APRIL Assurances dès que vous avez le devis !

Exemple :
Vous adhérez le 1^{er} janvier 2009 et optez pour le niveau confort (forfait optique à 300 €). Vous décidez de changer vos lunettes en juin 2011. Vous bénéficiez d'un Bonus optique de 100 € qui s'ajoute à votre forfait optique de 300 € soit un total de 400 €.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Avec APRIL Assurances je comprends

à l'Assuré pour la naissance ou l'adoption d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples.
Si l'Adhérent et son Conjoint sont tous les deux Assurés, il n'est versé qu'un seul forfait.

3.7 Le service Tiers Payant Santé :

Ce service vous permet de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la **Sécurité sociale** et votre contrat auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la **Base de remboursement** ou pour les garanties Optique au montant du forfait prévu au tableau des garanties.

Si vous bénéficiez de ce service, vous recevrez avec votre dossier d'adhésion une carte Tiers Payant Santé que vous devrez présenter au professionnel de santé pour bénéficier du Tiers payant.

A noter :
 Si le professionnel de santé accepte le tiers payant mais qu'il pratique un dépassement d'honoraires, vous devrez régler le montant du dépassement au professionnel. S'il ne l'accepte pas, pensez à lui demander de vous remettre un reçu de paiement.

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

4-1 Les documents à nous adresser :

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

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

- les originaux des décomptes délivrés par la **Sécurité sociale**,
- les notes ou factures acquittées détaillant les actes et 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.

A noter :
 La télétransmission permet à APRIL Assurances de recevoir de votre **Sécurité sociale** les informations nécessaires à votre remboursement. Vous n'avez donc rien à faire ! et vous serez remboursés sous 24 heures.

4.2 - Les modalités de remboursement :

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

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

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

Conseil :
 Si vous êtes victime d'un accident impliquant un tiers responsable, contactez le service santé APRIL Assurances.

4-3 - le contrôle médical

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

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

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

A 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.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Avec APRIL Assurances je comprends

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.

5. Ce que votre contrat ne prend pas en charge

Sont exclus des garanties :

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 3), la thalasso thérapie,

En outre, votre contrat ayant la qualité de « Contrat Responsable » il ne prendra jamais en charge :

- la participation forfaitaire légale ou les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs :
 - au non respect du parcours de soins coordonné,
 - au refus par l'assuré social d'autoriser le professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel (DMP).

Montants appliqués au 1^{er} janvier 2008 :

- Franchise de 50 cts par boîte de médicament.
- Franchise de 50 cts par acte paramédical.
- Franchise de 2 € par transport sanitaire.
- Participation forfaitaire de 1 €, par consultation, analyse biologique et acte technique.

6. A partir de quand et pour combien de temps suis-je garanti ?

Votre adhésion au contrat est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL Assurances, concrétisée par l'émission d'un **Certificat d'adhésion**. Elle est conditionnée par le paiement de la première cotisation.

6.1 - Prise d'effet de vos garanties :

Vos garanties prennent effet à la date indiquée sur votre **Certificat d'adhésion**. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de votre demande d'adhésion par APRIL Assurances.

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 une

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

A 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).

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Avec APRIL Assurances je comprends

Convention à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de la Convention, 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 de la Convention, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation".

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 14 jours à compter du jour où le contrat à distance est conclu.

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

Vous devez Nous adresser la lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL Assurances Service Adhésion santé – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

"Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention "APRIL Famille & Santé " n°..... que j'avais souscrit 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.

6.2 - Durée de vos garanties :

Votre contrat a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance annuelle, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année.

Vos garanties sont viagères dès la date d'adhésion, c'est-à-dire que l'**Organisme assureur** ne pourra pas résilier votre contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe "Cessation de vos garanties".

A noter :
Vous n'avez pas à intervenir, votre contrat se renouvelle automatiquement au 1er janvier de chaque année.

6.3- Cessation de vos garanties :

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

A votre initiative : à chacune de ses échéances par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL Assurances au plus tard le 31 octobre de chaque année. **Il est précisé que la première échéance est fixée au 31 décembre de l'année qui suit l'année d'adhésion.**

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

A l'initiative de l'**Organisme assureur** :

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
 - et pour chaque Assuré, dès lors qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
 - en cas de dénonciation de la convention par l'Association des Assurés d'APRIL ou l'Organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de cette dernière. Vous en serez informé par l'Association et l'Organisme assureur vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.
- De même, en cas de démission de l'Association, votre contrat prendra alors automatiquement fin au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de la démission.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

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 à l'adhésion de chaque **Assuré**,
- des garanties que vous avez souscrites,
- de la composition de la famille assurée (et notamment nombre de parent et nombre d'enfant de moins de 21 ans ayant la qualité d'**Assuré**),
- du **Régime obligatoire** de chaque **Assuré**,
- du département de **Résidence** de l'**Adhérent**,

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

A noter :
Toute modification de l'un de ces critères entraînera un recalcul de votre cotisation.

A noter :
Le nombre et l'âge des personnes assurées au sein d'une même famille peuvent vous donner droit à des réductions de tarif. Si ces critères venaient à changer, votre cotisation sera modifiée.

Comment est déterminé l'âge de chaque **Assuré** ?

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

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

7.2 Comment évolue votre cotisation ?

Votre cotisation évolue contractuellement de :

- 2 % chaque année, jusqu'aux 65 ans de l'**Assuré**,
- et de 3 % chaque année, au-delà de cet âge.

A ces taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'année d'adhésion, de l'âge et du sexe de chaque Assuré, de la zone géographique de la Résidence, de la composition de la famille assurée, du **Régime obligatoire** et du niveau choisi.

Les augmentations de cotisations ont lieu :

- chaque année au 1^{er} janvier,
- ou éventuellement en cours d'année si les montants pris en charge par les contrats d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à évolution de la réglementation de la **Sécurité sociale**.

7.3 Les modes de paiement :

La cotisation est payable d'avance annuellement.

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 10 jours de son échéance, Nous Vous adresserons

A noter :
En cas de résiliation nous ne serons plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.

une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard.

Après un nouveau délai de 10 jours, Nous résilierons de plein droit le contrat et pourra réclamer le paiement des cotisations restant dues.

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

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

8. Les informations que vous devez porter à notre connaissance _____

L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent Nous être transmis directement.

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

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

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

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

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

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à APRIL Assurances et notamment dans la déclaration d'un sinistre, vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre Convention.

9. Prescription _____

Toute action dérivant de votre adhésion au contrat est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de six (6) mois.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par Vous à APRIL Assurances en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL Assurances à Vous en ce qui concerne le paiement des cotisations.

10. Que faire en cas de réclamation ? _____

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, Nous Vous recommandons de Vous adresser à votre Assureur conseil. Si un différend éventuel persiste après réponse, Vous pouvez adresser votre réclamation écrite au Service Clients – APRIL Assurances – 114 bvd Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03.

Si malgré tout, la réponse apportée ne vous donnait pas satisfaction, vous pourrez demander l'avis du médiateur, sans préjudice de votre droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

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 du contrat dans les 2 mois suivant sa naissance, il bénéficiera des garanties à partir de sa naissance.

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

A noter :
Si vous laissez passer ces délais, toute action deviendra impossible.

A 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.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Lexique

Année d'adhésion :

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion 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.

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 co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

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.

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 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.