

NOTICE
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE



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

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	P.3
1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	P.3
2. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE ?.....	P.4
3. VOS GARANTIES ?	P.4
3.1 EN CAS D'HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ	P.5
3.2 FRAIS MÉDICAUX	P.6
3.3 PHARMACIE	P.7
3.4 FRAIS DENTAIRES	P.7
3.5 OPTIQUE.....	P.8
3.6 APPAREILLAGE.....	P.8
3.7 SOINS À L'ÉTRANGER.....	P.8
3.8 OPTION : PACK CONFORT	P.8
3.9 OPTION : PACK BIEN-ÊTRE	P.9
3.10 OPTION : CONSULTATION +	P.9
3.11 LE SERVICE TIERS-PAYANT	P.9
4. CE QUE LES CONVENTIONS NE PRENNENT PAS EN CHARGE	P.10
5. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE VOS GARANTIES ?	P.10
5.1 REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ	P.10
5.2 LE CONTRÔLE MÉDICAL	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.11
6.4 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	P.11
7. VOTRE COTISATION.....	P.12
7.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	P.12
7.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	P.12
7.3 LES MODES DE PAIEMENT	P.12
7.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	P.12
8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION AUX CONVENTIONS.....	P.12
9. PRESCRIPTION	P.13
10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	P.14
11. PROTECTION DE VOS DONNÉES	P.14
LEXIQUE.....	P.14
ANNEXE	P.15

PRÉAMBULE

Les garanties proposées dans le cadre de « Mon Assurance Santé Globale » sont souscrites par l'Association des Assurés APRIL dans le cadre de Conventions d'Assurance de groupe à adhésion facultative assurées par AXERIA Prévoyance.

AXERIA Prévoyance, société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 90 avenue Felix Faure - 69439 Lyon Cedex 03, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350.261.129 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

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

L'Association des Assurés APRIL est une association loi 1901, 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.

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties proposées dans le cadre de « Mon Assurance Santé Globale ».

Si Vous optez pour les garanties du Niveau Hospitalisation, Vous adhérez à la Convention référencée n° 2012S02 : Cette Convention d'assurance est une convention non « responsable » c'est-à-dire qu'elle ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 du code de la Sécurité sociale issues des articles 14 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la Sécurité sociale et 22 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 et des décrets d'application (articles R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale) . Elle n'est donc pas éligible au dispositif d'aide pour une complémentaire santé (A.C.S.) et au régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

Si Vous optez pour les garanties d'un des autres Niveaux, Vous adhérez à la Convention référencée n° 2012S01 : Cette Convention est une convention de type « solidaire » et « responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 du code de la Sécurité sociale issues des articles 14 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la Sécurité sociale et 22 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 et des décrets d'application (articles R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale).

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

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

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

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

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'une des Conventions d'assurance ci-dessus. 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. Elle est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances.

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

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

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour adhérer et être assuré au titre de l'une des Conventions MON ASSURANCE SANTE GLOBALE, Vous devez :

- résider en France Métropolitaine, Corse ou dans un Département d'Outre Mer (DOM) à l'exclusion de Mayotte ou dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin.
- relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.

Peuvent également être assurés au titre de ces Conventions, votre **Conjoint** et vos enfants, ayant droit

AVEC APRIL JE COMPRENDS

À NOTER :

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

www.association-assures-april.fr

À NOTER :

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

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 .

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français. Ils sont alors inscrits au **Certificat d'adhésion**.

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 ;
- être affilié à un **Régime Obligatoire** d'assurance maladie français ;
- être à jour du paiement de vos cotisations au titre des Régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels Vous êtes affilié.

ATTENTION : Si Vous souscrivez le Niveau Hospitalisation, Vous ne pourrez pas bénéficier de ce régime fiscal.

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

2. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE ?

En fonction du niveau de garantie et des Options que Vous avez souscrits, les Conventions « Mon Assurance Santé Globale » garantissent :

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

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

Si Vous souscrivez le Niveau Hospitalisation, seuls les frais et dépenses de soins d'Hospitalisation sont pris en charge au titre de vos garanties.

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

3. VOS GARANTIES

Dispositions générales :

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

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la **Sécurité sociale (Base de Remboursement)** ;
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par **Année d'Adhésion** ou par période de deux (2) **Années d'Adhésion** et par Assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES DEDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE 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.

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

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

Contenu des garanties :

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre des Conventions MON ASSURANCE SANTE GLOBALE. Il convient donc pour chaque garantie

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

mentionnée dans votre tableau des garanties de Vous reporter au paragraphe concerné.

Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent des niveaux de garanties et des options que Vous avez souscrites.

Attention :

- Si une ou plusieurs des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaît pas dans votre tableau des garanties, c'est que Vous n'en bénéficiez pas.
- Si Vous avez souscrit le Niveau Hospitalisation de MON ASSURANCE SANTE GLOBALE, Vous bénéficiez uniquement des garanties en cas d'**Hospitalisation** en secteur conventionné telles que définies au paragraphe 3.1.

Modalités de souscription et de résiliation des OPTIONS :

Les OPTIONS peuvent être souscrites au moment de l'adhésion à l'une des Conventions MON ASSURANCE SANTE GLOBALE ou en cours d'adhésion. Dans cette hypothèse, l'OPTION prendra effet au premier (1^{er}) janvier de l'année qui suit.

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

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

Modification des niveaux de garanties :

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

3.1. EN CAS D'HOSPITALISATION

Les garanties des Conventions MON ASSURANCE SANTE GLOBALE interviennent uniquement en cas d'**Hospitalisation** prise en charge par la **Sécurité sociale**.

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

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

Sont pris en charge au titre de ces garanties les frais de soins dits « de courte durée » dispensés au cours d'une **Hospitalisation** en Médecine, chirurgie, **Hospitalisation** à domicile et maternité et les frais liés au séjour selon les modalités suivantes.

Frais de séjour :

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

Forfait journalier :

Sont 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.

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 au **Contrat d'Accès aux Soins (CAS)** prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8).

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

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

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

Le forfait de 18 euros :

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

Chambre particulière du Niveau Hospitalisation :

Cette garantie fait partie des garanties de base du Niveau Hospitalisation. Elle est en option sur les autres Niveaux.

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

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

La prise en charge des frais de chambre particulière relatifs à un séjour en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés est limitée à 30 jours.

ATTENTION : Un **Délai d'attente** de trois (3) mois est appliqué sur la garantie chambre particulière. L'Assuré ne bénéficie de cette garantie qu'à compter du 4^e mois suivant la date d'effet de ses garanties.

À NOTER :

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

À NOTER :

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

Ce **Délai d'attente** ne s'applique pas en cas d'**Accident**.

Frais d'accompagnant du Niveau Hospitalisation :

Cette garantie fait partie des garanties de base du Niveau Hospitalisation. Elle est en option sur les autres Niveaux.

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.

À NOTER :

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

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

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de soins de suites, de réadaptation et de rééducation dispensés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale au cours d'une **Hospitalisation** listés ci-dessous, pris en charge par la **Sécurité sociale** :

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

Les frais pris en charge au titre de cette garantie sont le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux tels que définis au 3.1.1.

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

Chambre particulière du Niveau Hospitalisation :

Cette garantie fait partie des garanties de base du Niveau Hospitalisation. Elle est en option sur les autres Niveaux.

Les frais de chambre particulière pour les **Hospitalisations** en Soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés sont pris en charge dans la limite d'un forfait exprimé par jour dans votre tableau des garanties. **La durée de versement du forfait est limitée à trente (30) jours par Année d'Adhésion et par Assuré.**

ATTENTION : Un Délai d'Attente de trois (3) mois est appliqué sur la garantie chambre particulière. L'Assuré ne bénéficie de cette garantie qu'à compter du 4^e mois suivant la date d'effet de ses garanties.

Ce **Délai d'Attente** ne s'applique pas en cas d'**Accident**.

3.1.3 SÉJOURS EN PSYCHIATRIE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de soins dispensés dans le cadre d'une **Hospitalisation** pour motif psychiatrique au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la **Sécurité sociale**.

Les frais pris en charge au titre de cette garantie sont le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux tels que définis au 3.1.1.

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

Les frais de Chambre particulière ainsi que les frais d'accompagnant relatifs à une Hospitalisation pour motif psychiatrique sont toujours exclus des garanties.

Si vous avez souscrit le Niveau Hospitalisation :

La durée de prise en charge est limitée en jours comme indiqué dans Votre tableau des garanties. La limite s'entend par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**.

3.1.4 HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné sont pris en charge le forfait journalier, la participation forfaitaire de 18 euros, les frais de soins et de séjour tels que définis au 3.1.1 et pris en charge par la Sécurité sociale.

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

3.2. FRAIS MÉDICAUX

3.2.1 CONSULTATIONS GÉNÉRALISTES, SPÉCIALISTES ET VISITES À DOMICILE

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

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

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

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

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

Sont soumises à des conditions de remboursement spécifiques :

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.

- **Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés »** : 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 Responsables.

3.2.2 ACTES MÉDICAUX, AUXILIAIRES MÉDICAUX, IMAGERIE MÉDICALE, ANALYSES, EN PARCOURS DE SOINS (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES)

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologues, kinésithérapeutes et sages femmes,
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement,
- les frais d'actes techniques,
- les frais d'analyses et de radiologie (y compris en soins externes).

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

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

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

3.2.3 TRANSPORT

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

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

3.2.4 LES PRESTATIONS DE PRÉVENTION

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

3.3. PHARMACIE

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

3.4. FRAIS DENTAIRES

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**.

3.4.2 PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSEES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

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

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

3.4.3 ORTHODONTIE REMBOURSEES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

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

3.4.4 PLAFOND DENTAIRE

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

3.4.5 AUTRES FRAIS DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais dentaires Non remboursés par la **Sécurité Sociale** et notamment les frais :

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

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

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.

À NOTER :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

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 au titre du forfait est limitée à l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) au cours de deux **Années d'adhésion** consécutives.

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

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

LENTILLES PRESCRITES ACCEPTÉES, REFUSÉES, JETABLES

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**).

ATTENTION :

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

CHIRURGIE RÉFRACTIVE (MYOPIE ET PRESBYTIE)

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

3.6. APPAREILLAGE

3.6.1 PETIT ET GROS APPAREILLAGE

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

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

3.6.2 PROTHÈSE AUDITIVE

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

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

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

3.6.3 ACCESSOIRES OPTIQUE

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

3.7. SOINS À L'ÉTRANGER

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

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

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

3.8. OPTION : PACK CONFORT

Si Vous avez souscrit le Niveau Hospitalisation, vous ne pouvez pas souscrire cette OPTION.

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

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

3.8.1 CHAMBRE PARTICULIÈRE

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

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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

3.8.2 FRAIS D'ACCOMPAGNANT

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

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

3.8.3 TOUS MÉDICAMENTS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

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

3.9. OPTION : PACK BIEN-ÊTRE

Si Vous avez souscrit le Niveau Hospitalisation, vous ne pouvez pas souscrire cette OPTION.

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

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

3.9.1 MÉDECINES NATURELLES

Vous bénéficiez d'un forfait, exprimé dans votre tableau des garanties par **séance**, prenant en charge des frais non pris en charge par la **Sécurité sociale** et consécutifs à des actes ou consultation de médecine naturelle : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, microkinésithérapeute, étiope, diététicien, naturopathe et podologue.
Le montant du forfait dépend du niveau que Vous avez souscrit.

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

3.9.2 SÉANCES AUPRÈS D'UN PSYCHOLOGUE

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

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

3.9.3 CURE THERMALE REMBOURSEE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Vous disposez d'un Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale. Ce forfait est exprimé par **Année d'Adhésion** et par Assuré.

Le niveau de vos garanties dépend du niveau que Vous avez souscrit.

3.9.4 PHARMACIE NON REMBOURSEE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

3.10. OPTION : CONSULTATION +

Si Vous avez souscrit le Niveau Hospitalisation, vous ne pouvez pas souscrire cette OPTION.

ATTENTION : La possibilité de souscrire cette OPTION dépend du niveau de garantie de base que Vous avez souscrit. Tout changement du niveau de garantie de base peut entraîner une résiliation de cette OPTION.

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

3.11. LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

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

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

À NOTER :

Si le professionnel de santé, hors prestations dentaires accepte le Tiers Payant mais qu'il pratique un dépassement d'honoraires, vous ne réglez que le montant du dépassement au professionnel.

S'il ne l'accepte pas, pensez à lui demander de vous remettre un reçu de paiement, à adresser à APRIL Santé Prévoyance

4. CE QUE LES CONVENTIONS NE PRENNENT PAS EN CHARGE

Sont exclus des garanties des deux Conventions d'assurance MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE :

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

Sont exclus des garanties de la Convention d'assurance MON ASSURANCE SANTE GLOBALE Niveau Hospitalisation :

- les consultations et soins dits « externes » c'est-à-dire effectués dans un établissement hospitalier mais sans Hospitalisation.

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

5.1. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ

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

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez adresser à APRIL, service prestations, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par la **Sécurité sociale** :

- les originaux des décomptes délivrés par la **Sécurité sociale**,
- **Y compris lorsque la Sécurité sociale n'intervient pas** : les notes ou factures acquittées 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.

Les modalités de remboursement :

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

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

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

5.2. LE CONTRÔLE MÉDICAL

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

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin qu'APRIL aura désigné doit 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 (hors Collectivités d'Outre-Mer et Mayotte) métropolitaine pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

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

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du tribunal compétent. Dans la première éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt quinze (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 (3) mois ne se 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.

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.

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.

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

6.1. MODALITÉS D'ADHÉSION

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

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

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

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

Votre adhésion à l'une des Conventions est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL.

Votre adhésion sera matérialisée par l'émission d'un **Certificat d'adhésion**.

CONSEIL :

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

6.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

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

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

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

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

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

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

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

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

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

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention «MON ASSURANCE SANTE GLOBALE» 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 l'une des Conventions, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

6.3. Durée de votre adhésion

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

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

6.4. Cessation de votre adhésion

Les garanties et le droit aux prestations cessent pour l'ensemble des Assurés 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 Santé Prévoyance

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).

À NOTER :

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, au plus tard 2 mois avant la date d'échéance telle que mentionnée au paragraphe « Durée de votre adhésion ».

A l'initiative d'APRIL :

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- pour chaque Assuré, dès lors qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
- en cas de dénonciation de (des) la Convention(s) par l'Association des Assurés APRIL ou l'Organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Vous en serez informé par l'Association et l'Organisme assureur. Vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.

À NOTER :

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

7. VOTRE COTISATION

7.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge de chaque Assuré à la date de prise d'effet des garanties (l'âge est calculé par différence de millésimes entrée l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),
- des garanties et options que Vous avez souscrites,
- de la composition de la famille assurée,
- du **Régime Obligatoire** de chaque Assuré,
- du département de **Résidence** de l'Adhérent.

Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables aux Conventions, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable aux Conventions, entraînera une modification du montant de la cotisation.

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

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

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 conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la **Sécurité sociale**.

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

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

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

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

À NOTER :

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

8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION AUX CONVENTIONS

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

En communiquant à APRIL 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, demander à APRIL de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez avertir APRIL 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.

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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Ainsi, en cours de votre adhésion, Vous devez déclarer à APRIL, 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 : Conformément aux articles L 113-8 et L113-9 du code des assurances, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le sinistre, par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat.

De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion à la Convention MON ASSURANCE SANTE GLOBALE.

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.

MODALITÉS D'APPLICATION DE L'OPTION 2 € MALINS :

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

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

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

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

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

La résiliation de l'option Vous fait perdre le bénéfice de la réduction tarifaire octroyée dans le cadre de cette option.

Les modalités de souscription et de résiliation de cette option sont prévues au paragraphe 3 de la présente Notice.

9. PRESCRIPTION

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

- **Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :**
 - 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
 - 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

- **Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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».**

À NOTER :

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

- **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).

10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

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

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

Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous 48 heures (en jours ouvrés) ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à vous communiquer, sous 48 heures, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder 30 jours.

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

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

11. PROTECTION DE VOS DONNÉES

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

LEXIQUE

Année d'Adhésion :

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

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.

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**.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) :

Le **Contrat d'Accès aux Soins (CAS)** a été mis en place par l'avenant n°8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012, et paru au Journal Officiel du 7 décembre 2012. Il est ouvert aux médecins de secteur 2 (à honoraires libres) et certains médecins du secteur 1 qui s'engagent à limiter leurs dépassements pendant trois ans.

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

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

Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion aux Conventions 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.

Délai d'attente :

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au **Certificat d'Adhésion**.

Hospitalisation :

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilités à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel

EXEMPLE :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 01/09/2014. L'Année d'Adhésion correspond à la période entre le 01/09/2014 et le 01/09/2015.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

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

Maladie :

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

Régime Obligatoire :

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

Résidence :

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

Sécurité Sociale :

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

TA (Tarif d'Autorité) :

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

TC (Tarif de Convention) :

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

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) :

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

TM (Ticket Modérateur) :

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

TR (Tarif de Responsabilité) :

Cela vise :

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

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 APPLICABLES SELON NIVEAU DE GARANTIE (CF TABLEAU DE GARANTIE COMPLET)
CATÉGORIE A ● Deux verres simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	Niveau éco : 100% BR Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 100 € Niveau 3 : 150 € Niveau 4 : 200 € Niveau 5 : 250 € Niveau 6 : 350 €
CATÉGORIE B > Verre 1 : ● Un verre simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 > Verre 2 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ● Un verre multifocal ou progressif ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]- 4,00 à + 4,00[Niveau éco : 100% BR Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 125 € Niveau 3 : 150 € Niveau 4 : 200 € Niveau 5 : 250 € Niveau 6 : 350 €
CATÉGORIE C > 2 verres (au choix) : ● Deux verres simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[● Deux verres simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ● Deux verres multifocaux ou progressifs ● Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[● Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est]- 4,00 à + 4,00 OU > Verre 1 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est]-6,00 à +6,00[● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à +4,00 ● Un verre multifocal ou progressif > Verre 2 (au choix) : ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]- 4,00 à + 4,00[Niveau éco : 100% BR Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 200 € Niveau 3 : 200 € Niveau 4 : 250 € Niveau 5 : 350 € Niveau 6 : 550 €

**ASSOCIATION RÉGIE PAR LA LOI DU 1^{ER} JUILLET 1901 ET PAR LE DÉCRET DU 16 AOÛT 1901
IMMATRICULÉE À LA PRÉFECTURE DU RHÔNE SOUS LE N° W691060414
SIÈGE SOCIAL : 114 BOULEVARD MARIUS VIVIER MERLE - 69439 LYON CEDEX 03**

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

ARTICLE 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

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

ARTICLE 5. COMPOSITION

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

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

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

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

ARTICLE 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La qualité de membre se perd :

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

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

ARTICLE 8. OPPOSABILITÉS AUX ADHERENTS

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

ARTICLE 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

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

ARTICLE 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés, prévues ou non aux contrats collectifs d'assurances souscrits par l'Association.

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

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

ARTICLE 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

› 1. Convocation

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

Les Assemblées Générales se composent de tous les membres de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

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

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

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

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration. Elles sont faites au moins soixante jours avant la tenue de l'Assemblée Générale.

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

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

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

› 2. Droit de vote

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

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

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

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

› 3. Tenue des Assemblées

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

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des adhérents présents ou représentés.

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

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

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

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

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

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

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

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

FRAIS DE GESTION

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

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

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

april | santé prévoyance

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

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



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