

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 GO SANTE souscrite par **L'Association des Assurés d'APRIL** auprès de **PREVOIR - RISQUES DIVERS, Groupe Prévoir**.

PREVOIR - RISQUES DIVERS, Groupe Prévoir est une société d'assurance au capital de 9 000 000 euros, dont le siège social est situé 19 rue d'Aumale, 75009 Paris immatriculée au RCS de Paris sous le N°572 084 051 et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP : 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09). PREVOIR Risques Divers, Groupe Prévoir relève des branches 2 de l'article R321-1 du Code des assurances.

PREVOIR - RISQUES DIVERS, Groupe Prévoir est également désignée par le terme "Organisme assureur" dans les présentes conditions générales.

L'Association des Assurés d'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.

L'organisme gestionnaire de cette convention est, par délégation des organismes assureurs, **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 et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel - ACP : 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09 - ci-après dénommé APRIL.

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

L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, les présentes conditions générales et le **Certificat d'adhésion** qui mentionne l'organisme assureur. Elle est soumise à la législation française et notamment au code des Assurances. La langue utilisée est le français.

Le terme "**Assuré**" désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la convention GO 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**.

GO SANTE est un contrat de type « responsable » c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats 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 « Contrats responsables ».

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

1. A QUI S'ADRESSE CETTE CONVENTION ?

Pour adhérer à cette convention et être Assuré, Vous devez :

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

À NOTER :

En adhérent, 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.

Vous pouvez 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.

Si Vous souhaitez bénéficier du régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin » Vous devez également obligatoirement être à jour du paiement de vos cotisations au titre des Régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels Vous êtes affilié.

2. QUEL EST L'OBJET DE CETTE CONVENTION ?

La convention GO SANTE garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux des **Assurés**, conformément aux garanties que Vous avez souscrites.

3. QUE PREND-ELLE EN CHARGE ?

Elle 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 contrat,

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

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

Dépenses médicales effectuées à l'étranger :

Votre contrat 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.

4. VOS GARANTIES

4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES :

Pour chaque garantie, le montant de vos remboursements est défini au sein du tableau des garanties en fonction du niveau et des options que vous avez souscrits 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. Par dérogation certains forfaits sont exprimés par Jour. Ils sont alors signalés dans le tableau des garanties.

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.

À 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.

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.

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 !

4.2 TABLEAU DES GARANTIES :

Les garanties dont vous bénéficiez sont fonction du niveau que vous avez souscrit. Il est mentionné sur votre certificat d'adhésion.

FRAIS HOSPITALIERS

	Niveau Éco	Niveau Référence	Niveau Avantage	Niveau Privilège
Frais hospitaliers en secteur conventionné				
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires chirurgicaux	100 %	150 %	200 %	250 %
Hospitalisation en soins suite, réadaptation et assimilés	100% pendant 60 J	100% pendant 120 J	100% pendant 180 J	100% pendant 180 J
Hospitalisation psychiatrique	100% pendant 30 J	100% pendant 30 J	100% pendant 30 J	100% pendant 30 J
Frais hospitaliers en secteur non conventionné				
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires chirurgicaux	100 %	100 %	100 %	100 %

FRAIS MÉDICAUX

	Niveau Éco	Niveau Référence	Niveau Avantage	Niveau Privilège
Consultations, visites en parcours de soins	100 %	100 %	125 %	200 %
Actes médicaux courants, soins externes et radiologie	100 %	100 %	125 %	150 %
Auxiliaires médicaux, analyses	100 %	100 %	125 %	150 %
Appareillage (orthopédie, prothèses auditives, petit appareillage)	100 %	100 %	125 %	150 %
Transport	100 %	100 %	100 %	100 %

PHARMACIE

	Niveau Éco	Niveau Référence	Niveau Avantage	Niveau Privilège
Prise en charge par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %

FRAIS DENTAIRES

	Niveau Éco	Niveau Référence	Niveau Avantage	Niveau Privilège
Soins dentaires	125 %	150 %	200 %	300 %
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	125 %	150 %	200 %	300 %
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	125 %	150 %	200 %	300 %
Orthodontie et prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale mais avec cotation	100 %	100 %	150 %	200 %
Plafonds	Néant	Néant	1 200 €	1 200 €
Forfait Implantologie et parodontologie	75 €	100 €	125 €	150 €

PRÉVENTION

	Niveau Éco	Niveau Référence	Niveau Avantage	Niveau Privilège
Actes de prévention santé (prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale)		100 %		

DIVERS

	Niveau Éco	Niveau Référence	Niveau Avantage	Niveau Privilège
Dépenses médicales effectuées à l'étranger prises en charge par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %

OPTIONS

	Niveau Éco	Niveau Référence	Niveau Avantage	Niveau Privilège
Forfait optique (montures/verres/lentilles)	100 €	150 €	250 €	350 €
Forfaits médecines naturelles	150 €/an/assuré			
Forfait Chambre particulière en secteur conventionné (hors hospitalisation psychiatrique et maison de repos)	50 €/jour			

SERVICES

	Niveau Éco	Niveau Référence	Niveau Avantage	Niveau Privilège
Abonnement à relevés de prestations			Oui	
Espace Assuré Santé			Oui	
Tiers Payant			Oui	

4.3 PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS D'APPLICATION DE VOS GARANTIES

Vous trouverez ci-après les modalités d'application des garanties de la convention GO 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.

4.3.1 EN CAS D'HOSPITALISATION :

Vos garanties interviennent pour toute hospitalisation prise en charge par la **Sécurité sociale**.

Vos garanties et montant de vos remboursements varient 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 réglementé, 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 :

Est prise en charge la participation forfaitaire de 18 euros qui peut être laissée 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).

Hospitalisation en soins de suite, réadaptation et assimilés

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais consécutifs aux hospitalisations ou séjours dits de moyens séjours listés ci-dessous, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la **Sécurité sociale** :

- Les hospitalisations en soins de suites, de rééducation, de réadaptation et de diététique,
- les séjours en établissements climatiques, en maisons de repos, d'enfants, de convalescence, les cures thermales avec Hospitalisation,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.

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.

Hospitalisation pour motif psychiatrique :

Sont pris en charge au titre de cette garantie les séjours et hospitalisations pour motif psychiatrique, effectués au sein d'un établissement conventionné 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. Elle comprend le forfait journalier.

CONSEIL :

En cas d'hospitalisation, pensez à faire une demande de prise en charge auprès d'APRIL. Les frais pris en charge par vos garanties seront ainsi directement réglés par APRIL 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 !

À NOTER :

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

À NOTER :

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

4.3.2 FRAIS MÉDICAUX :

Consultations et visites des médecins

Sont remboursés au titre de cette garantie les frais d'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**.

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/podologues, kinésithérapeutes et sages femmes.
- les frais d'analyses, d'exams 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 :

Sont pris en charge au titre de ces garanties les frais d'orthopédie, de petits appareillages et de Prothèse auditive ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité sociale**.

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 par la **Sécurité sociale**.

4.3.3 PHARMACIE :

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

4.3.4 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 :

Ces frais sont pris en charge sous réserve :

À 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.

Exemple de remboursement au 1^{er} janvier 2011 :

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 nous vous rembourserons les frais restant à votre charge dans la limite de 23 €.

Exemple de frais pris en charge au titre de cette garantie :

Les frais de corset ou de semelle orthopédique, de colliers cervicaux...

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 Sécurité sociale !

À NOTER :

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

À 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.

À NOTER :

Une participation forfaitaire sera appliquée par la Sécurité sociale en cas de consultation chez un médecin stomatologue non prise en charge par vos garanties au titre du contrat responsable.

- 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 Implantologie et parodontologie :

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

4.3.5 ACTES DE PRÉVENTION SANTÉ

Sont pris en charge au titre de cette garantie, en complément de la **Sécurité sociale**, l'ensemble des prestations de prévention prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et définies par arrêté du 8 juin 2006 comme suit :

- Scellement prophylactique pour un enfant de moins de quatorze (14) ans.
- Détartrage annuel.
- Bilan du langage oral et écrit : un bilan par enfant assuré de moins de quatorze (14) ans.
- Dépistage de l'hépatite B.
- Dépistage des troubles de l'audition : une fois tous les cinq (5) ans pour les assurés âgés de plus de 50 ans.
- Ostéodensitométrie : une fois tous les (six) 6 ans pour les femmes assurées de plus de 50 ans.
- Vaccinations contre la diphtérie, tétanos et poliomyélite, coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole, haemophilus influenzae B, Pneumocoques (enfants de moins de 18 mois).

4.3.6 OPTIONS

Option forfait Optique :

Si Vous avez souscrit cette option, 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**,
- et à l'achat de lentilles (acceptées ou refusées).

Option Forfait Médecine Naturelle :

Si Vous avez souscrit cette option, peuvent donner lieu à un remboursement au titre de ce forfait les dépenses **non prises en charge par la Sécurité sociale** et liées ;

- à des actes de Médecine naturelle : Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Microkinésithérapie,
- à l'achat de médicaments homéopathiques médicalement prescrits.

Pour bénéficier du Forfait, vous devrez nous transmettre votre demande de remboursement accompagnée des factures justificatives nominatives acquittées et de l'ordonnance le cas échéant.

Option chambre particulière :

Si Vous avez souscrit cette option, 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 de garanties, pour toute Hospitalisation en secteur conventionné.

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

- à une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et assimilés,
- à une Hospitalisation psychiatrique.

À NOTER :

Votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste 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, contactez le service santé d'APRIL Santé Prévoyance dès que vous avez le devis !

À NOTER :

Pour bénéficier de cette garantie, vous devez la souscrire en option.

À NOTER :

Pour bénéficier de cette garantie, vous devez la souscrire en option.

4.3.7 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ :

Ce service Vous permet de ne pas régler, auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers payant, les frais de soins pris en charge par la **Sécurité sociale** et votre contrat. 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.

En cas de dénonciation de votre contrat pour quelque raison que ce soit, Vous devrez restituer votre carte Tiers payant en cours de validité à APRIL.

À 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.

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

5.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER :

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

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez adresser à APRIL 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.

À NOTER :

La télétransmission permet à APRIL 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.

5.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT :

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros. Vous pouvez consulter à tout moment le détail de vos remboursements sur votre espace personnel du "Site Assuré".

APRIL pourra 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.

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 Santé Prévoyance.

5.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL :

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

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

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

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

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

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.

6. CE QUE LA CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

Sont exclus des garanties :

- les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures, la thalassothérapie,

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

- la participation forfaitaire légale ou franchises médicales qui reste 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 1er janvier 2010 :

- 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.

7. A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ETES VOUS GARANTI ?

7.1 – MODALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion à la convention "GO SANTE" se fait à distance par Internet par l'intermédiaire du site d'APRIL.

Pour adhérer, Vous devez répondre aux questions posées permettant à APRIL d'identifier les personnes à assurer et d'évaluer le risque à couvrir en fonction des besoins en termes de garanties complémentaire santé que Vous aurez exprimés.

A chaque étape de l'adhésion en ligne vous devez valider et attester l'exactitude de vos déclarations.

Votre adhésion à la convention sera finalisée dès lors que Vous aurez signé électroniquement le recueil des besoins et la demande d'adhésion.

Par la signature électronique 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.

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.

Une fois votre demande d'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. Ce mail contiendra un lien vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de vos documents contractuels.

Votre adhésion est réputée conclue à la date d'envoi dudit mail de confirmation.

Un dossier d'adhésion, contenant notamment le **Certificat d'adhésion**, vous sera ensuite envoyé par courrier dans les jours qui suivent votre adhésion en ligne accompagné d'une autorisation de prélèvement que vous devrez adresser signée sans délai à votre banque. Seront également joints vos identifiants et mot de passe vous permettant d'accéder à votre dossier au sein de votre espace personnel sur le " Site Assuré".

7.2 PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES :

Vos garanties prennent effet, à votre demande, à la date indiquée sur votre **Certificat d'adhésion**. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de confirmation de votre adhésion en ligne.

Renonciation :

Conformément au code des assurances relatif à la vente à distance, Vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion à la convention dans un délai de 14 jours à compter du jour où elle est conclue (date d'envoi du mail de confirmation par APRIL de l'enregistrement de Votre adhésion).

Pour exercer votre droit à renonciation, Vous devez adresser une lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL 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 GO SANTE n°..... que j'avais souscrit lepar 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.

7.3 DURÉE DE VOS GARANTIES :

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

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

En cas de dénonciation de la convention par l'**Organisme assureur** ou l'Association des Assurés d'APRIL ou 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.

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

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

7.4 CESSATION DE VOS GARANTIES :

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

A votre initiative : à chacune de ses échéances par l'envoi d'un courrier recommandé de résiliation adressé à APRIL au plus tard le 31 octobre de chaque année.

A l'initiative de l'Organisme assureur :

- a) en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- b) et pour chaque Assuré, dès lors qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
- c) en cas de fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations fournies à l'adhésion ou en cours de contrat (cf. article 9).

8. VOTRE COTISATION

8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

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

- de l'âge de chaque **Assuré** à la date de prise d'effet des garanties,
- des garanties et options que **Vous** avez souscrites,
- 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.

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.

8.2 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, s'ajoute l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré et, le cas échéant, à l'évolution de la réglementation de la **Sécurité sociale** impactant les contrats d'assurance complémentaire santé.

La composition du groupe assuré tient compte de l'âge, de la zone géographique de la Résidence, de la composition de la famille assurée, du **Régime obligatoire** et du niveau choisi.

De même, la cotisation de l'enfant **Assuré** évolue au 1^{er} janvier de l'année de ses 21 ans. A partir de cette date, la cotisation applicable est calculée sur la base du tarif adulte.

Les augmentations de cotisations ont lieu :

À NOTER :

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

À 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.

- 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**.

8.3 LES MODES DE PAIEMENT :

La cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement automatique sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France dont Vous nous avez communiqué les coordonnées lors de l'adhésion en ligne.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon la périodicité que vous avez choisie :

- semestriel,
- trimestriel,
- mensuel.

8.4 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, APRIL Vous adressera 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, APRIL résiliera de plein droit votre adhésion 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.

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 résiliation nous ne serons plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.

9. LES INFORMATIONS QUE VOUS DEVEZ PORTER A LA CONNAISSANCE D'APRIL

Votre adhésion est établie d'après les déclarations que Vous avez faites en ligne et pendant la durée de votre adhésion.

Ainsi, en cours 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 l'adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

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

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

CONSEIL :
Pour que vos garanties soient toujours adaptées à votre situation, pensez à nous informer de tout changement. De même, en cas de naissance d'un enfant, si vous l'assurez dans les 2 mois suivant sa naissance, il bénéficiera des garanties à partir de sa naissance.

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

10. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les Assurés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Si l'action de l'**Assuré** contre l'Organisme 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, par la désignation d'un expert à la suite de la réalisation d'un risque ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressé par l'**Adhérent** ou l'**Assuré** à APRIL en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL à l'**Adhérent** en ce qui concerne le paiement des cotisations.

En aucun cas il ne pourra être apporté de modification sur la durée de la prescription ni d'ajouts sur ses causes de suspension ou d'interruption et ce même en cas d'accord entre l'**Adhérent** et l'Organisme assureur.

À NOTER :
Si vous laissez passer ces délais, toute action deviendra impossible.

11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés rencontrées au cours de votre adhésion, 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 – 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.

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.

12. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE CONTRAT

Celle-ci est confiée à APRIL dont le siège social est situé 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03.

A cet effet, l'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent être transmis à APRIL.

En adhérant en ligne à cette convention, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre contrat Vous soient transmises à l'adresse électronique que vous nous avez communiquée. Vous pouvez à tout moment, par écrit, demander à APRIL de cesser ce mode de communication.

LEXIQUE

Adhérent :

Personne membre de l'Association, qui adhère à la convention GO Santé .

Il est également désigné par le terme « Vous » dans les présentes conditions générales.

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.

Assuré :

L'**Adhérent** et éventuellement son Conjoint et leurs enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, admis à l'assurance. Ils sont alors inscrits au **Certificat d'adhésion**.

Base de Remboursement :

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

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

Certificat d'adhésion :

Document remis à l'**Adhérent** confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise les garanties souscrites, leurs dates d'effet et l'organisme assureur.

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**.

Membres de la famille :

Le Conjoint et les enfants de l'**Adhérent** ayant la qualité d'ayant droit au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire française.

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.