

Conditions générales valant notice d'information

PREAMBULE

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

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.

Les présentes conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties proposées dans le cadre de « Mon Assurance Santé Globale ».

Les garanties complémentaires frais de santé de « Mon Assurance Santé Globale » sont assurées par **AXERIA Prévoyance**, société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 29 rue Maurice Flandin 69444 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 située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

AXERIA Prévoyance est également désignée par le terme « AXERIA » dans les présentes conditions générales.

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'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. 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 de type « responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux Conventions d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. En conséquence, les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables ». **De même, aucune exclusion mentionnée au sein des présentes conditions générales ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.**

La garantie Complément Dépendance de « Mon Assurance Santé Globale » est assurée par **COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE MUNDIAL** sous le numéro de Convention **FID2012P03**.

COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE MUNDIAL est une, société anonyme d'assurance régie par la législation portugaise, au capital de 400 000 000 euros, dont le siège social est situé à Largo do Calariz 30 - 1200 LISBONNE et dont la succursale en France, immatriculée au RCS de Paris B 413 175 191, se situe 29 boulevard des italiens - 75002 PARIS.

L'autorité chargée du contrôle de COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE MUNDIAL est l'instituto de Seguros de Portugal, Avenida da Republica, nr 76, 1600-205 Lisbonne Portugal.

COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE MUNDIAL est également désignée par le terme « FIDELIDADE » dans les présentes conditions générales.

L'organisme gestionnaire de ces Conventions d'Assurance 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.

APRIL Santé Prévoyance est également désignée par le terme « APRIL » dans les présentes conditions générales.

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 notre site www.april.fr.

À NOTER :

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

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'une ou plusieurs des Conventions d'assurance ci-dessus. Il est également désigné par le terme « **Vous** » dans les conditions générales. L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, les conditions générales et le **Certificat d'adhésion** qui mentionne les Organismes 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 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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1 - QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour adhérer et être assuré au titre des garanties complémentaires frais de santé de l'une des Conventions « Mon Assurance Santé 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 français.

Peuvent également être assurés au titre de ces Conventions, votre Conjoint et vos enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français. Ils sont alors inscrits au **Certificat d'adhésion**.

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.

Pour adhérer et être assuré au titre de la garantie Complément Dépendance de « Mon Assurance Santé 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,
- bénéficier d'un niveau de garantie au titre de la Convention d'assurance 2012S01 « MON ASSURANCE SANTE GLOBALE » incluant la garantie Complément Dépendance,
- être âgé de 75 ans au plus au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de la garantie Complément Dépendance.

Seul Vous et votre Conjoint ayant la qualité d'Assuré au titre de la Convention 2012S01 pouvez bénéficier de la garantie Complément Dépendance.

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.
- le versement d'une rente à vie à l'Assuré reconnu en **Etat de Dépendance Totale** au cours de l'adhésion.

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, AXERIA pourrait conserver la **Base de Remboursement** qui était la sienne en valeur absolue avant cette modification.

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

3.1 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 prestation, 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.

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, AXERIA et FIDELIDADE sont subrogés 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.

3.2 MISE EN ŒUVRE DU COMPLÉMENT DÉPENDANCE

Si Vous bénéficiez de cette garantie, pour obtenir le règlement des prestations, Vous ou l'Assuré devra communiquer à APRIL (sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'APRIL) tous les justificatifs nécessaires à l'instruction du dossier **(les frais qui pourront en résulter seront à votre charge)** et notamment :

- L'attestation médicale fournie par APRIL complétée par le médecin traitant,
- l'attestation sur l'honneur sur la perte d'autonomie fournie par APRIL,
- le cas échéant :
 - la notification et les justificatifs de versement de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie prévue dans la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, ainsi que les justificatifs d'invalidité et / ou l'attestation d'exonération du ticket modérateur délivrés par le **Régime obligatoire** d'assurance maladie français de l'Assuré,
 - l'intégralité des comptes rendus des examens médicaux / opératoires / d'hospitalisations réalisés dans le cadre de la perte d'autonomie de l'Assuré,
- tout document jugé nécessaire par APRIL.

Les déclarations doivent être adressées à : APRIL Santé Prévoyance, Service indemnisation, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03. **Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel au médecin conseil.**

La date de reconnaissance de l'**Etat de Dépendance Totale** par APRIL est, au plus tôt, la date de réception du dossier complet établi en langue française, y compris, le cas échéant, les justificatifs et examens complémentaires demandés.

À NOTER :

La télétransmission permet à APRIL Santé Prévoyance de recevoir de votre **Sécurité sociale** 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.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

Au cours du versement de la rente, l'Assuré est tenu d'informer immédiatement APRIL de l'évolution de son *Etat de Dépendance Totale* et notamment de la suppression éventuelle de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie.

De même, chaque année, l'Assuré devra adresser au Médecin conseil d'APRIL sous pli confidentiel, un certificat médical attestant de la persistance de son *Etat de Dépendance Totale* et le cas échéant le justificatif de maintien de l'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Cette procédure sera rappelée à l'Assuré par courrier, adressé tous les ans, à la date anniversaire du premier versement de la rente. En cas de non réception par APRIL des documents à la date convenue, le versement de la rente sera suspendu et ne reprendra qu'après réception des justificatifs.

3.3 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 :

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.

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

4.1 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 les Conditions générales, 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**.

4.2 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 aux Conventions « Mon Assurance Santé Globale » que j'avais souscrites 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 l'une des Conventions, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

4.3 DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion à la (aux) Convention(s) a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance annuelle, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année pour autant que la (les) Convention(s) soit (soient) toujours en vigueur.

Votre adhésion est viagère, c'est-à-dire qu'AXERIA et FIDELIDADE ne pourront résilier votre adhésion sauf dans les cas mentionnés au paragraphe « Cessation de votre adhésion ».

4.4 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 – 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".

CONSEIL :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

A l'initiative d'APRIL :

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

D'autre part la garantie Complément Dépendance et le droit aux prestations (sauf pour les prestations en cours de versement) cessent pour l'ensemble des Assurés :

- en cas de modification de votre niveau de garanties de la Convention 2012S01 « MON ASSURANCE SANTE GLOBALE », dès lors que le niveau souscrit n'inclut pas le Complément Dépendance,
- dès lors que l'Assuré ne bénéficie plus des garanties de la Convention 2012S01 « MON ASSURANCE SANTE GLOBALE ».

5 - VOTRE COTISATION

5.1 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 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.

5.2 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**.

5.3 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).

5.4 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 résiliation pour non paiement nous ne serons plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.

6 - 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.

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 Santé Globale.

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 9 relatif aux garanties complémentaires frais de santé des présentes Conditions Générales.

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.

À NOTER :

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

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

7 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L114-1 et L114-2 et L 114-3 du Code des assurances, 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.

8 - QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?

En cas de difficultés dans l'application de vos Conventions, APRIL Vous recommande de Vous adresser à votre assureur conseil. Si un différend éventuel persiste après réponse, Vous pouvez adresser votre réclamation écrite au Service Clients – APRIL Santé Prévoyance – 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.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FRAIS DE SANTÉ

9 - 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. Lorsque la *Sécurité Sociale* intervient, le montant pris en charge par cette dernière sera déduit du montant du forfait. Ces forfaits sont valables par *Année d'Adhésion* ou par période de trois (3) *Années d'Adhésion* ou par acte et par *Assuré*, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

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.

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.

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 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 souscrits.

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* définies au paragraphe 9.1.**

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 Santé 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.

9.1 EN CAS D'HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

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

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

9.1.1 SÉJOURS EN MÉDECINE CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ

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 :

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

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.

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.

Votre contrat est responsable (hors Niveau Hospitalisation), si vous consultez dans le cadre du parcours de soins, un chirurgien, un gynécologue obstétricien et/ ou un anesthésiste ayant opté pour l'option de coordination, votre contrat prendra en charge les dépassements d'honoraires encadrés appliqués sur les actes techniques.

CONSEIL :

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

À NOTER :

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

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.

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.

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.

9.1.2 SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, RÉADAPTATION, RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS

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 9.1.1.

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.

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

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.

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 ou votre conjoint assurés au cours de son hospitalisation.

9.1.3 SÉJOURS EN PSYCHIATRIE

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 9.1.1.

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.

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.

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

9.2 FRAIS MÉDICAUX

9.2.1 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.

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

- **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.
- **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.
- **Votre contrat est responsable (hors Niveau Hospitalisation), si vous consultez dans le cadre du parcours de soins, un chirurgien, un gynécologue obstétricien et/ou un anesthésiste ayant opté pour l'option de coordination, votre contrat prendra en charge les dépassements d'honoraires encadrés appliqués sur les actes techniques.**

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

Sont pris en charge au titre de ces garanties :

- 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.**

9.2.3 TRANSPORT

Cette garantie prend en charge 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**.

9.2.4 LES PRESTATIONS DE PRÉVENTION

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

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.

CONSEIL :

Une participation forfaitaire sera appliquée par la Sécurité sociale en cas de consultation chez un médecin stomatologue. Votre contrat en tant que contrat responsable (hors Niveau Hospitalisation), ne les prendra pas en charge.

À NOTER :

Si vous recherchez un professionnel de santé proche de votre domicile contactez votre Caisse de **Sécurité sociale** par téléphone au 36.46.

À NOTER :

Votre contrat est responsable (hors Niveau Hospitalisation). 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!

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

9.3 PHARMACIE

Cette garantie Vous rembourse les frais de médicament à « **Vignette blanche** » restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité Sociale**.

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

9.4 FRAIS DENTAIRES

9.4.1 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**.

9.4.2 PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSÉES 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**.

Le montant du forfait est exprimé par **Prothèse** comme indiqué au sein de votre tableau des garanties. Le montant du forfait comprend **le remboursement de la Sécurité Sociale**.

ATTENTION : Le montant garanti par prothèse est limité à 100 € 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.

Le montant garanti par Année d'Adhésion et par Assuré est plafonné, suivant le niveau souscrit, comme indiqué au sein du tableau des garanties.

9.4.3 AUTRES FRAIS DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de ce forfait 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.

9.5 OPTIQUE

9.5.1 VERRES ET MONTURES, LENTILLES ACCEPTÉES OU REFUSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cette garantie est exprimée par **Année d'Adhésion et par Assuré**.

Elle prend en charge les frais liés :

- à l'achat des verres et montures remboursés partiellement par la **Sécurité Sociale**,
- à l'achat de lentilles (acceptées ou refusées par la **Sécurité Sociale**)

Le forfait exprimé dans Votre tableau des garanties s'entend y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

ATTENTION : Cette garantie est limitée à 50 € pendant les trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement dépend du niveau souscrit.

9.5.2 SUPPLÉMENT VERRES PROGRESSIFS

Si Vous bénéficiez du Supplément verres progressifs, celui-ci vient s'ajouter à votre garantie « verres et montures, lentilles acceptées et refusées par la **Sécurité Sociale** ». Il s'applique uniquement pour l'achat de verres progressifs.

ATTENTION : Le forfait exprimé dans Votre tableau des garanties s'entend y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. Cette garantie est limitée à 25 € pendant les trois (3) premiers mois suivant la

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.

date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai, le niveau de remboursement dépend du niveau souscrit.

9.5.3 CHIRURGIE RÉFRACTIVE ET TRAITEMENT AU LASER DE L'ŒIL

Cette garantie prend en charge, dans la limite du forfait exprimé dans Votre tableau des garanties, par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**, les frais de chirurgie réfractive et de traitement au laser de l'œil :

- pour des cas de myopie
- et de presbytie

9.6 APPAREILLAGE

9.6.1 PETIT ET GROS APPAREILLAGE

Cette garantie prend en charge 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**.

9.6.2 PROTHÈSE AUDITIVE

Cette garantie prend en charge, 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. Ce forfait s'entend y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

9.6.3 ACCESSOIRES OPTIQUE

Cette garantie prend en charge, dans la limite du forfait exprimé par **Année d'Adhésion** et par Assuré dans le tableau des garanties, les frais de loupes et lunettes loupes achetées en pharmacie.

9.7 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.

9.8 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 :

9.8.1 CHAMBRE PARTICULIÈRE

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

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

La durée de versement du forfait est limitée à 30 jours par Année d'Adhésion et par Assuré, si les frais de chambre particulière sont liés à une Hospitalisation en Soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés (telle que définies au paragraphe 9.1.2).

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

9.8.2 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.

9.8.3 TOUS MÉDICAMENTS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cette garantie prend en charge vos frais de médicaments, remboursés par la **Sécurité Sociale** « hors Vignette blanche », restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité Sociale** (y compris l'homéopathie).

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

9.9 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 :

9.9.1 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 varie selon le niveau souscrit.

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

9.9.2 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.

ATTENTION : Cette garantie est limitée à 5 séances par Année d'Adhésion et par Assuré. Le montant du forfait dépend du niveau que Vous avez souscrit.

9.9.3 CURE THERMALE REMBOURSÉE 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.

9.9.4 PHARMACIE NON REMBOURSÉE 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**.

9.10 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

À NOTER :

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

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.

10 - CE QUE LES CONVENTIONS NE PRENNENT PAS EN CHARGE

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

- 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 (sauf celles prises en charge dans le cadre de l'OPTION Pack Bien-être), la thalassothérapie.
- les Hospitalisations en cours à la date d'effet des garanties, quelque soit le type d'établissement.
- les Hospitalisations en établissement non conventionné.

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.

Sont exclus des garanties de la Convention d'assurance MON ASSURANCE SANTE GLOBALE "Responsable" (Tous niveaux hors Niveau Hospitalisation) :

- 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.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE COMPLÉMENT DÉPENDANCE

11 - CONTENU DE LA GARANTIE

En cas de **Dépendance Totale (GIR 1 et GIR 2)**, il est versé après une **Franchise absolue de quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la reconnaissance de l'Assuré en **Etat de Dépendance Totale**, une rente égale à 100 % de la rente souscrite.

Le montant de la garantie souscrite est indiqué au **Certificat d'adhésion**.

La rente est payable mensuellement à terme échu. **Le paiement de la rente se poursuit jusqu'à la fin du mois au cours duquel intervient soit la cessation de l'Etat de Dépendance Totale, soit le décès de l'Assuré.**

La rente ne sera versée qu'à compter du premier (1^{er}) jour du mois de la reconnaissance par APRIL de l'**Etat de Dépendance Totale** et au plus tôt après application de la **Franchise absolue de quatre-vingt-dix (90) jours**.

12 - EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis au titre de La Convention COMPLEMENT DEPENDANCE, les sinistres résultant et/ou provenant :

- du fait volontaire ou intentionnel de l'Assuré (tentative de suicide, mutilation),
- des conséquences de la consommation de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux autorisé par le Code de la Route en vigueur à la date du sinistre et les complications physiques ou neuropsychiatriques d'abus chronique de consommation de boissons alcoolisées,
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'actes de terrorisme dans lesquels l'Assuré a pris une part active, étant précisé que le cas de la légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
- directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atome,
- de la pratique de sports aériens,
- de l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à dose non prescrite par une autorité médicale.

Montants appliqués au 1^{er} janvier 2012 :

- 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, acte technique et examens de radiologie. Ces franchises sont limitées à 50 € par an et par personne.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION (SUITE)

13 - DÉLAI D'ATTENTE

Un **Délai d'Attente** de neuf (9) mois est applicable lorsque l'**Etat de Dépendance Totale** est dû à une démence sénile invalidante ou à la maladie d'Alzheimer.

14 - ÉTATS ANTÉRIEURS

La **garantie complément dépendance** s'applique uniquement si l'**Etat de Dépendance** de l'Assuré est survenu après la prise d'effet de la garantie ou à l'expiration du **Délai d'Attente**.

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 au cours de son 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 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**.

Etat de Dépendance :

L'Assuré est considéré en **Etat de Dépendance** lorsque la perte définitive d'autonomie lui rend impossible, sans l'aide d'un tiers, la réalisation de certaines activités ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter et se déplacer).

Selon l'importance de la perte d'autonomie, l'Assuré sera classé parmi l'un des Groupes Iso-Ressources (GIR) tels que décrits par le Syndicat National de Gérontologie Clinique dans l'arrêté du 28 avril 1997 de la loi sur la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) ci-après définis.

L'**Etat de Dépendance** de l'Assuré est constaté par le Médecin conseil d'APRIL ou si nécessaire par expertise médicale. La date de reconnaissance de l'**Etat de Dépendance** est, au plus tôt, la date de réception du dossier complet, y compris les examens médicaux complémentaires demandés par APRIL.

Etat de Dépendance Totale :

Pour l'application du présent contrat, on parlera d'**Etat de Dépendance Totale** pour les personnes relevant des GIR 1 et GIR 2.

GIR 1

Le stade GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou dans un fauteuil, dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

EXEMPLE :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 01/09/2012.

L'Année d'adhésion correspond à la période entre le 01/09/2012 et le 01/09/2013.

GIR 2

Le Stade GIR 2 correspond :

- aux personnes confinées au lit ou dans un fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas altérées, mais qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités ordinaires de la vie.
- ou aux personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement est possible, mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits, ou faits partiellement.

Franchise :

Période pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

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 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 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 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.