

[COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ]
PARTICULIERS



santé tns

Conditions Générales
valant notice d'information



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

Conditions générales valant notice d'information

SANTÉ TNS

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	p.3
1. QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?.....	p.3
2. QUI PEUT BENEFICIER DU CONTRAT ?	p.3
3. QUE GARANTIT LA CONVENTION SANTE TNS ?.....	p.4
4. VOS GARANTIES	p.4
4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	p.4
4.2 CONTENU DES GARANTIES.....	p.4
4.2.1 EN CAS D'HOSPITALISATION	p.4
4.2.2 FRAIS MÉDICAUX.....	p.5
4.2.3 PHARMACIE.....	p.5
4.2.4 FRAIS DENTAIRE.....	p.6
4.2.5 FRAIS D'OPTIQUE.....	p.6
4.2.6 GARANTIE MATERNITÉ	p.6
4.3 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	p.7
4.4 DÉPENSES MÉDICALES EFFECTUÉES À L'ÉTRANGER.....	p.7
5. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?.....	p.7
5.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER.....	p.7
5.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	p.7
5.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL	p.7
6. CE QUE VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE.....	p.8
7. A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS SUIS-JE GARANTI ?.....	p.8
7.1 DATE D'EFFET DES GARANTIES	p.8
7.2 DURÉE DE VOS GARANTIES	p.9
7.4 CESSATION DE VOS GARANTIES	p.9
8. VOTRE COTISATION.....	p.9
8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	p.9
8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	p.9
8.3 LES MODES DE PAIEMENT	p.9
8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	p.9
9. LES INFORMATIONS QUE VOUS DEVEZ PORTER À LA CONNAISSANCE D'APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE	p.10
10. PRESCRIPTION.....	p.10
11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS.....	p.11
LEXIQUE.....	p.11

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 Santé TNS, référencée QUA25759, souscrite par l'**Association des Assurés d'APRIL** auprès de **QUATREM Assurances Collectives**.

L'organisme assureur de cette convention est QUATREM Assurances Collectives, entreprise régie par le Code des assurances - SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital social de 380 426 249 € dont le siège social est situé 59/61 rue La Fayette BP 460 09, 75423 PARIS CEDEX 09 - RCS Paris 412 367 724. Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09. Elle est également désignée par le terme "**Organisme assureur**" dans les présentes conditions générales. L'**Association des Assurés d'APRIL** est une association loi 1901, située 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 de l'organisme assureur, APRIL Santé Prévoyance - SA au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 - N° ORIAS 07 002 609.

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

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

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à la Convention Santé TNS. L'Adhérent, membre du Souscripteur devient « **Assuré** », dès son acceptation au contrat par l'Assureur. Il est également désigné par le terme « **Vous** » dans les présentes conditions générales.

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

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

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

À NOTER :

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

À NOTER :

Ce contrat peut vous permettre de bénéficier le cas échéant du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (chèque santé).

1. QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?

Pour adhérer et être assuré au titre de cette Convention, Vous devez :

- Exercer une activité professionnelle non salariée,
- relever du Régime obligatoire d'assurance maladie français,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de l'année de votre 65e anniversaire,
- résider et exercer votre activité professionnelle en France continentale, Corse ou dans un Département d'Outre-mer.

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 :

- 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.

À NOTER :

Ce contrat peut vous permettre de bénéficier le cas échéant du dispositif fiscal Madelin si vous êtes travailleur non salarié.

2. QUI PEUT BENEFICIER DU CONTRAT ?

Au titre du contrat, le terme « **Bénéficiaire** » recouvre indifféremment, sous réserve du paiement de la prime correspondante :

- l'Assuré lui-même, membre du souscripteur,
- le **Conjoint** bénéficiant de la Sécurité sociale, du fait de l'affiliation de l'Assuré ou d'une affiliation personnelle (régime général ou régime d'assurance maladie des professions indépendantes),
- les enfants à charge célibataires :
- jusqu'au 31 décembre de leur 25^e anniversaire, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français,

- jusqu'au 31 décembre de leur 26^e anniversaires s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité sociale au titre du régime étudiant ou des assurés volontaires, la couverture de l'étudiant étant prolongée jusqu'à son 26^e anniversaire,
- jusqu'au 31 décembre de leur 26^e anniversaire s'ils bénéficient de la Sécurité sociale du fait d'une affiliation personnelle en tant que titulaire d'un contrat initiative emploi, emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification ou d'un contrat de même type.

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

Les bénéficiaires sont inscrits au **Certificat d'adhésion**.

3. QUE GARANTIT LA CONVENTION SANTE TNS ?

La Convention 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 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.

Les frais réels supérieurs à la **Base de remboursement** de la **Sécurité sociale** devront être justifiés.

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.

4. VOS GARANTIES

4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES :

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

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la **Sécurité sociale (Base de remboursement)** ;
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par Année d'adhésion et par Bénéficiaire et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre (sauf cas particulier pour certaines garanties précisées ci-dessous).

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.

4.2 CONTENU DES GARANTIES :

Vous trouverez ci-après les modalités d'application des garanties.

4.2.1 EN CAS D'HOSPITALISATION :

Vos garanties interviennent en cas d'hospitalisation prise en charge par la **Sécurité sociale**.

Le montant de vos garanties varie selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non.

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

Le forfait hospitalier :

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.

La garantie Etablissement de convalescence, de soins, de repos ou assimilé

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

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 !

À NOTER :

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

Exemple de remboursement au 1^{er}

janvier 2010 : Vous consultez votre médecin traitant : 23 €
Remboursement de la Sécurité sociale : 70 % de 23 € soit 16.10 €
Votre tableau des garanties indique pour ce poste 100 % de la Base de remboursement (soit 100% de 23 €) ce qui signifie que votre contrat remboursera les frais restant à votre charge dans la limite de 23 € .

CONSEIL :

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

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.

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

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 Bénéficiaire.

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

La psychiatrie :

Toute hospitalisation pour motif psychiatrique en établissement conventionné est prise en charge **dans la limite de 30 jours par Année d'adhésion** sur la base de 100% de la Base de remboursement de la **Sécurité sociale**. Elle comprend le forfait journalier.

La chambre particulière :

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de chambre particulière. La prise en charge est limitée à un forfait exprimé par jour dans votre tableau des garanties.

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

- à un séjour en établissement de convalescence, de soins, de repos ou assimilé,
- à une Hospitalisation psychiatrique.

Frais d'accompagnant :

En cas d'Hospitalisation d'un de vos enfant bénéficiaire de moins de 14 ans, 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 de Bénéficiaire au contrat, dans la limite de **30 jours par Année d'adhésion**.

4.2.2 FRAIS MÉDICAUX

Consultations et visites des médecins

Cette garantie vous rembourse les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier, ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité sociale**.

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

- **les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés »** : ce contrat ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la **Sécurité sociale**) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats Responsables.
- **Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées « hors parcours de soins coordonnés »** : ces consultations sont prises en charge dans la limite de **3 consultations maximum par Année d'adhésion et par Bénéficiaire**.

Frais de transport :

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

Actes de radiologie, Auxiliaires médicaux, Analyses :

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.

4.2.3 PHARMACIE

Cette garantie Vous rembourse les frais de médicaments restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale.

Appareillage, appareillage orthopédique, prothèse (hors prothèses et appareillages auditifs) :

Cette garantie Vous rembourse les frais d'orthopédie, de prothèses, d'appareillages ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité sociale**.

Appareillage auditif :

Cette garantie Vous rembourse les frais de prothèses ou appareillages auditifs ayant donné lieu à un remboursement partiel par la **Sécurité sociale**, dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties. Le forfait ne peut être versé qu'une fois toutes les deux (2) années **d'adhésion**.

Forfait cure thermique :

Sont pris en charge **dans la limite du montant du forfait prévu au tableau des garanties** les frais de cure thermique pris en charge par la **Sécurité sociale**.

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 :

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

À NOTER :

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

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.

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

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

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

À NOTER :

Les frais de prothèse et appareillage auditifs sont pris charge au titre de cette garantie.

Il exclut le remboursement de tout autre frais tels que les frais de transport ou les soins annexes à la cure thermique.

4.2.4 FRAIS DENTAIRE :

→ Soins dentaires :

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

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

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

→ Prothèses dentaires et frais d'orthodontie :

Ils sont pris en charge sous réserve :

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

Le montant cumulé des remboursements effectués au titre des garanties frais d'orthodontie et prothèses dentaires, est plafonné, par Bénéficiaire et par Année d'Adhésion, au montant indiqué au tableau des garanties.

→ Forfaits implants dentaires et parodontologie :

Sont prises en charge au titre de ces forfaits les dépenses d'implants ou d'actes de parodontologie non remboursés par la **Sécurité sociale**. Ces forfaits sont exprimés par année d'adhésion et par Bénéficiaire.

4.2.5 FRAIS D'OPTIQUE :

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

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

4.2.6 GARANTIE MATERNITÉ :

Forfait amniocentèse :

Les frais liés à la réalisation d'une amniocentèse médicalement prescrite mais non remboursée par la **Sécurité sociale** sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties.

- Forfait naissance/adoption :

La naissance d'un enfant ou l'adoption fait l'objet du versement d'un forfait. Ce forfait est doublé en cas de naissances ou d'adoptions multiples.

Si Vous et votre Conjoint êtes tous les deux Bénéficiaires, il n'est versé qu'un seul forfait.

- Forfait procréation :

Les frais liés au traitement de la stérilité féminine ou masculine, médicalement prescrit mais non remboursés par la **Sécurité sociale** sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties.

Les prestations de prévention et autres soins :

Sont pris en charge au titre de vos garanties, 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.

De même sont pris en charge, dans la limite des forfaits prévus au tableau des garanties et correspondants aux frais liés aux soins suivants :

- vaccin Anti-grippe.
- vaccin ou traitements antipaludéens médicalement prescrits mais non remboursés par la **Sécurité sociale**.
- réalisation d'une ostéodensitométrie médicalement prescrite mais non remboursée par la **Sécurité sociale**.
- sevrage tabagique : frais de traitement du sevrage tabagique, médicalement prescrit mais non remboursé.
- « Bilan diététique » : seul sera pris en charge le bilan nutritionnel diététique réalisé auprès d'un professionnel de santé ayant le statut de médecin.
- Médecine naturelle : actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture, étiopathe, naturopathe.

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 par votre contrat contactez le service santé d'APRIL dès que vous avez le devis !

À NOTER :

"Mieux vaut prévenir que guérir !" Ce forfait vous aide à financer par exemple des vaccins pour vos enfants non remboursés par la **Sécurité sociale**.

- Pédicure.
- Psychologue.
- Pilules contraceptives médicalement prescrites mais non remboursées par la **Sécurité sociale**.

4.3 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ :

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

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

4.4 DÉPENSES MÉDICALES EFFECTUÉES À L'ÉTRANGER :

Sont pris en charge au titre de cette garantie 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.

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 :

Pour toutes les prestations pour lesquelles Vous bénéficiez de la télétransmission, vos remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, Vous devrez Nous adresser dans les trois (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 par les éventuels autres organismes d'assurance complémentaire santé.

Pour bénéficier du forfait naissance Vous devrez nous transmettre une copie de votre livret de famille dans les trois mois qui suivront la naissance ou l'adoption de l'enfant.

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 remboursé sous 24 heures.

5.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT :

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

Nous pouvons être amenés à réclamer au Bénéficiaire demandant ou 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, le Bénéficiaire pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL.

CONSEIL :

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

5.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL

Nous nous réservons le droit de faire expertiser le Bénéficiaire par un médecin de notre choix, à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin que Nous aurons désigné doit avoir libre accès auprès du Bénéficiaire afin de pouvoir constater son état. A défaut, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

En cas d'accident ou de maladie atteignant le Bénéficiaire 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

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.

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 VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE

Sont exclus des garanties :

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 3), les soins esthétiques, la thalassothérapie,
- les hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés.

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

- la participation forfaitaire légale ou franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,
- la diminution du remboursement du régime obligatoire 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).

Aucune exclusion mentionnée au sein de la présente notice d'information ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale

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

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

7.1 DATE D'EFFET DES GARANTIES

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

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 Convention à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du Convention, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie de la Convention, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation".

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 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 Nous adresser la lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance, Service Adhésion santé – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

"Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention "Santé TNS " n°..... que j'avais souscrit le..... par l'intermédiaire du cabinet..... Fait à..... le..... signature..... ».

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre adhésion à la Convention, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

À NOTER :

Montants appliqués au 1^{er} 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.

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).

7.2 DURÉE DES GARANTIES

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

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

À NOTER :

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

7.3 CESSATION DES GARANTIES

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

A votre initiative : à chaque échéance annuelle de votre contrat, par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL au plus tard le 31 octobre de chaque année.

A l'initiative de l'Organisme assureur :

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- et pour chaque Bénéficiaire, dès lors qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable tel que défini à l'article un (1),
- en cas de dénonciation de la convention par l'Association des Assurés d'APRIL ou l'Organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de cette dernière. Vous en serez informé par l'Association et l'Organisme assureur vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.

À NOTER :

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

8. VOTRE COTISATION

8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet des garanties,
- des garanties que Vous avez souscrites,
- du montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale,
- de la composition de la famille assurée.

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

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

En cas de modification du niveau de garantie souscrit suite à une demande de l'Adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet de ladite modification.

À NOTER :

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

8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue chaque année en fonction du montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

D'autre part, votre cotisation évolue contractuellement de 3 % chaque année à compter des 65 ans de l'Adhérent.

A ces taux, peut s'ajouter une révision de la cotisation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte du **Régime obligatoire** de l'Adhérent, de l'âge, du sexe, de la composition de la famille assurée, de la zone géographique de résidence et des garanties souscrites.

Les augmentations de cotisation 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 évolution de la réglementation de la Sécurité sociale ou en cas de modification dans la situation des Bénéficiaires (la nouvelle cotisation prendra effet à la date d'effet de ladite modification).

8.3 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).

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

Conformément aux dispositions prévues à l'article L 113-3 du Code des assurances, à défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, Nous Vous adresserons une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard.

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

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

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

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 NOTRE CONNAISSANCE

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

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

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

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

Ainsi, en cours de votre adhésion, Vous devez Nous déclarer par écrit dès que Vous en avez connaissance, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion et notamment tout changement de statut, d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle ou toute modification relative à un Bénéficiaire.

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

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à APRIL 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 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.

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 **Sinistre**, que du jour où les Bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Si l'action du Bénéficiaire 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 le Bénéficiaire 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 en cas de **Sinistre** ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressé par l'Adhérent ou le Bénéficiaire 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 RECLAMATIONS

En cas de difficultés dans l'application de votre Convention, 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 Santé Prévoyance – 114 bd 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.

LEXIQUE

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

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 Bénéficiaire.

Base de Remboursement :

Tarif de base déterminé par la **Sécurité sociale** française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Certificat d'adhésion :

Document qui Vous est remis, confirmant votre adhésion à la convention Santé TNS et qui précise pour chacun des Bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi.

Conjoint :

L'époux ou l'épouse de l'Assuré, 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'Assuré est assimilé au conjoint pour l'application de la convention Santé TNS.

Maladie :

Altération de la santé constatée par une autorité médicale.

Toutefois, sont considérées comme des Maladies et non comme des Accidents, les affections aiguës ou chroniques telles que lumbagos, tour de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un Accident caractérisé).

Régime obligatoire :

Le régime obligatoire d'assurance maladie français 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 le Bénéficiaire est affilié.

TA (Tarif d'Autorité) :

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

TC (Tarif de Convention) :

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

TM (Ticket Modérateur) :

Différence entre la base de remboursement de la **Sécurité sociale** et la part prise en charge par le régime obligatoire.

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.

april | santé prévoyance

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



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