



[La Santé] Particulier

Garanties 2010

APRIL Optimalis Santé

[Des solutions] idéales tout au long de votre vie



***Votre complémentaire
santé d'aujourd'hui
et de demain***



L'assurance qui me fait gagner en santé



Un contrat qui s'adapte à l'évolution de vos besoins

Que vous viviez seul ou en couple, que vous soyez actif ou à la retraite, vous attendez de votre complémentaire santé une grande flexibilité. Pour cela, APRIL Assurances vous propose APRIL Optimalis Santé.

Les + du contrat

- + Large choix de garanties et options (14 solutions d'assurances)
- + Tarif très attractif
- + Forfait Liberté : médecines naturelles, vaccins, automédication
- + Aucun délai d'attente
- + Remboursements en 24h



Un tarif attractif

Les tarifs d'Optimalis Santé sont parmi les moins chers du marché, à garanties équivalentes. De plus, **en cas d'adhésion en couple, le tarif est calculé en fonction de l'âge de l'assuré le plus jeune.**

Un contrat flexible

En cas d'évolution de vos besoins ou de difficultés financières, avec April Optimalis Santé vous pouvez augmenter ou diminuer votre niveau de garantie, ajouter ou retirer un renfort à tout moment*.

* Sous réserve d'acceptation par APRIL Assurances.

Des garanties sécurisantes

- **Le maintien de vos garanties** même en cas de dégradation forte de votre état de santé.
- **La prise en charge renforcée des honoraires médicaux** pour faire face aux coups durs (jusqu'à 300 % de la base de remboursement).
- **Le forfait Chambre particulière renforcé** vous assure tranquillité et sérénité*.
- Un forfait annuel* destiné aux **prothèses dentaires** non remboursées, ainsi qu'à certains actes dentaires hors nomenclature, vous permet de faire face à des dépenses très coûteuses et non prises en charge par la Sécurité sociale.

* accessibles dès le niveau 2.

Un bonus optique avantageux



Vous bénéficiez, sur tous les niveaux de garanties, d'un forfait optique, et si vous n'entamez pas ce forfait de base sur une année, vous bénéficiez automatiquement d'un bonus de 50 € l'année suivante. Dans la limite de 2 années consécutives sans utilisation de ce forfait, votre garantie optique peut atteindre jusqu'à 450 € (hors renfort).

Forfait Liberté

Dans votre santé comme dans le reste de votre vie, vous voulez **préservez votre liberté de choix** ? Quel que soit votre niveau de garantie, vous bénéficiez grâce à votre contrat APRIL Optimalis Santé d'un forfait annuel vous remboursant vos frais de soins non remboursés par la Sécurité sociale.



Médecines Naturelles

APRIL Assurances prend en charge une partie de vos soins concernant :

- L'homéopathie
- L'ostéopathie
- L'acupuncture
- La chiropractie
- La micro kinésithérapie



Automédication

Pour les petits maux du quotidien, comme une migraine ou une gastro-entérite, vous préférez vous rendre directement chez le pharmacien, sans passer par un médecin ?

APRIL Optimalis Santé vous propose donc une garantie automédication qui vous assure (sur envoi de justificatifs) le remboursement à 50% des Frais Réels, et dans la limite du forfait annuel par bénéficiaire, de 3 classes de médicaments en accès libre dans les pharmacies et non remboursés par la Sécurité sociale.

Ces 3 classes sont :

- Les médicaments antalgiques (contre la douleur)
- Les médicaments pour l'aide à l'arrêt du tabac
- Les médicaments pour le traitement des troubles gastro-intestinaux (ballonnements, brûlures d'estomac ou simplement digestion difficile)

Ces médicaments ont été sélectionnés par le Directeur Médical APRIL Assurances parmi la liste établie par l'AFSSAPS (liste disponible sur le site www.afssaps.fr) : ils combinent utilité pour les petits maux du quotidien et sécurité d'utilisation.

Important

N'hésitez pas à demander conseil à votre pharmacien pour vous orienter vers les médicaments les plus adaptés à vos symptômes. Bien entendu, en cas de persistance des symptômes, nous vous conseillons de consulter votre médecin traitant.

Restez modéré dans votre consommation, soyez particulièrement prudent en cas de grossesse, d'allergie, de maladie chronique et pour les enfants. Ne laissez pas les médicaments à portée des enfants.



Témoignage

« Pour mes problèmes de dos, j'avais tout essayé ! Depuis que j'ai rencontré mon ostéopathe, ma vie a changé. Heureusement, ses honoraires, non remboursés par la Sécurité sociale, sont pris en charge par Optimalis. Pareil pour mon mari, qui est un adepte de l'acupuncture. »

Aline, 47 ans - Lille

APRIL vous facilite l'assurance



> Ne faites plus l'avance des frais !

Grâce au Tiers Payant Santé, vous n'avez plus à effectuer l'avance des frais de santé.

A chaque visite chez votre pharmacien, votre opticien, votre dentiste, pensez à présenter votre **carte de tiers payant**.

> Vos remboursements en 24 h



> Votre Espace Assuré sur Internet

Votre **compte personnel, disponible 7/7j., 24/24h, sur www.april.fr**, vous permet de **consulter vos remboursements**, vos cotisations, vos courriers et échanges avec APRIL Assurance, mais aussi de demander une prise en charge ou un devis.

Vous pouvez réaliser directement les modifications de vos données personnelles en ligne (changement d'adresse, de téléphone...) ou de réimprimer vos documents : **plus rapide, plus économe, plus écologique.**



> Faites un geste pour l'environnement !

@relevé : zéro papier, 100 % simplicité

Abonnez-vous gratuitement pour recevoir vos relevés de prestations en ligne.

N'oubliez pas de renseigner votre adresse mail lors de votre adhésion.

@lerte remboursement : un e-mail ou un sms vous informe du montant de chaque remboursement au moment où il est effectué.



> Espace Prévention en ligne

Un site entièrement dédié à la prévention sur www.april.fr

Ouvert à tous, ce site permet de découvrir **une multitude d'informations relatives à la santé, validées par le corps médical.**

Vous y trouverez des dossiers, des quizz, des sondages... des outils ludiques pour capitaliser sur sa santé ! Et pour être encore plus informé, vous pouvez vous abonner à la newsletter.



> April Assistance

En souscrivant un contrat APRIL Assurance, **vous bénéficiez de notre Assistance** :

En cas d'hospitalisation, nous prenons en charge **la garde de vos enfants ou d'un parent dépendant**, mais aussi la **livraison de médicaments** et la garde d'animaux domestiques.

Si vous êtes victimes d'un préjudice, vous pouvez faire appel à notre service d'assistance juridique qui vous aidera à obtenir réparation.

PARTENARIAT APRIL Assurances



Pour être un grand sportif, il faut respecter sa santé et bien la protéger.

Alain BERNARD, vice champion du monde 2009 du 100m nage libre, préserve son capital santé grâce à la natation. En dehors des bassins, il sait qu'il peut compter sur APRIL pour prendre soin de sa santé.

En sponsorisant Alain Bernard, APRIL Assurances affirme son engagement pour une santé équilibrable et durable.

Pas de délai d'attente

Garanties de base

Aucune limite d'âge à l'adhésion

Prestations en pourcentage de la base de remboursements de la Sécurité sociale sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties figurant dans ce tableau ne sont valables qu'une fois par assuré et par année d'adhésion en cours. Ils ne peuvent donc pas être reportés d'une année sur l'autre.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Frais hospitaliers en secteur conventionné et non conventionné						
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour - en secteur conventionné - en secteur non conventionné	Frais réels 100 %	Frais réels 100 %	Frais réels 150 %	Frais réels 200 %	Frais réels 300 %	Frais réels 400 %
Honoraires chirurgicaux**	100 %	100 %	125 %	150 %	Année 1 : 200% Année 2 : 300%	Année 1 : 300% Année 2 : 400%
Chambre particulière (par jour)	Néant	35 €	45 €	50 €	65 €	80 €
Frais d'accompagnant enfant ou conjoint assuré (par jour)	Néant	10 €	10 €	10 €	15 €	15 €
Hospitalisation psychiatrique (dans la limite de 60 jours)***	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Maison de repos et assimilés***	30 j	30 j	100 % dans la limite de 60 j 120 j		150 j	180 j
Frais médicaux						
Consultations, visites en parcours de soins*	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	Année 1 : 200% Année 2 : 300%
Actes médicaux courants, soins externes et imagerie médicale en parcours de soins*	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	Année 1 : 200% Année 2 : 300%
Auxiliaires médicaux, analyses	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	Année 1 : 200% Année 2 : 300%
Appareillage (orthopédie, prothèses auditives, petit appareillage)	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie						
Prise en charge par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale en libre accès en pharmacie. Sont pris en charge exclusivement, les médicaments contre la douleur, pour le traitement des troubles gastro-intestinaux, et pour l'aide à l'arrêt du tabac	50 % des frais réels dans la limite de					
	10 €	10 €	10 €	30 €	60 €	75 €
Frais dentaires						
Soins dentaires	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
- Orthodontie et prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale - Plafond annuel	100 % Pas de plafond	100 % Pas de plafond	125 % Pas de plafond	150 % Pas de plafond	Année 1 : 200% Année 2 : 250% 1000 €	Année 1 : 300% Année 2 : 400% 1500 €
Forfait prothèses dentaires et orthodontie non remboursées (avec cotation) par le RO et actes hors nomenclature (implants dentaires et paradontologie)	Néant	100 €	100 €	150 €	250 €	400 €
Forfait optique						
Forfait optique (montures et verres pris en charge par la Sécurité sociale, lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale, y compris jetables)	50 €	70 €	125 €	150 €	250 €	350 €
Votre bonus	50 € supplémentaires si l'assuré n'utilise pas de tout son forfait optique l'année précédente 100 € supplémentaire si l'assuré n'utilise pas de tout son forfait optique les deux années précédentes					
Montant maximum du forfait de base en 3 ^{ème} année si non consommation durant deux années consécutives	150 €	170 €	225 €	250 €	350 €	450 €
Forfait opération de la vision au laser	Néant	50 €	100 €	150 €	175 €	400 €
Prestations non prises en charge par la Sécurité Sociale						
Médecines naturelles (Homéopathie - Diététicien - Ostéopathie - Acupuncture - Chiropractie - Microkinésithérapie) Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	60 €	75 €	75 €	90 €	90 €	100 €
Autres dépenses de santé						
Forfait cure thermale	Néant	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Dépenses médicales inopinées effectuées à l'étranger	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Quelques astuces...

➤ Pour votre budget, pensez à vous rendre dans un établissement du secteur conventionné.

➤ Les audioprothèses, les prothèses capillaires ou les bas de contention sont pris en charge par votre contrat dans le cadre de la garantie Appareillage si ils sont médicalement prescrits

➤ Ayez le réflexe "médicaments génériques". Ils sont moins chers et tout aussi efficaces

➤ Les médicaments concernés sont ceux listés par l'AFSSAPS

➤ Les appareils dentaires complets ou partiels sont pris en charge dans votre contrat dans le cadre de votre garantie Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale

➤ Si votre vue a évolué, et que votre ordonnance ophthalmologique a moins de trois ans, votre opticien peut réaliser un bilan d'évaluation pour mesurer votre degré de correction.

➤ **Votre bonus** est attribué si vous n'avez pas du tout utilisé votre forfait optique de l'année précédente. Il peut vous être versé deux fois au maximum. La somme reste disponible jusqu'à son utilisation.

➤ Les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale sont notamment les vaccins contre l'hépatite A, la fièvre jaune...

Votre contrat est responsable : vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables". La participation forfaitaire et les franchises médicales appliquées par la Sécurité sociale ne sont pas prises en charge par le contrat.

Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

* Si vous êtes hors parcours de soins, ce contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par la Sécurité sociale.

** En pourcentage du TC reconstitué pour les honoraires chirurgicaux en secteur non conventionné.

*** En secteur conventionné uniquement.

Comprendre

- Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille
- TC = tarif de convention en France métropolitaine

Renforts optionnels

Aucune limite d'âge à l'adhésion

Les garanties des renforts viennent compléter les garanties du niveau de base choisi. Les renforts peuvent être souscrits lors de l'adhésion ou au cours de la vie du contrat*.

Le renfort 1 est ouvert dès le niveau 2 (de la garantie de base).
Le renfort 2 est ouvert exclusivement aux niveaux de garantie de base 4, 5 ou 6.

Prestations en pourcentage de la Base de Remboursement et forfaits exprimés par année d'adhésion au renfort et par assuré	RENFORT 1	RENFORT 2
Secteur conventionné et non conventionné		
Honoraires chirurgicaux**	+ 50%	+ 100 %
Chambre particulière (par jour)	+ 10 €	+ 15 €
Autres frais hospitaliers		
Frais d'accompagnant enfant ou conjoint assuré (par jour)	+10 €	+20 €
Chambre particulière (en maison de repos et assimilés en secteur conventionné)	35 € pendant 30j	50 € pendant 30 j
Soins courants		
Appareillage (orthopédie, prothèses auditives, petit et gros appareillage)	année 1 : 100 € année 2 : 150 € année 3 et suivantes : 250 €	année 1 : 200 € année 2 : 250 € année 3 et suivantes : 350 €
Pharmacie		
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale en libre accès en pharmacie. Sont pris en charge exclusivement les médicaments contre la douleur, pour le traitement des troubles gastro-intestinaux, et pour l'aide à l'arrêt du tabac	50 % des frais réels dans la limite de 50 €	50 % des frais réels dans la limite de 75 €
Dentaire		
Prothèses dentaires prises ou non en charge par la Sécurité sociale et hors nomenclature (implants et paradontologie)	+ 100 €	+ 150 €
Optique		
Forfait optique Montures et verres pris en charge par la Sécurité sociale, lentilles acceptées, prises ou non en charge par la Sécurité sociale, y compris jetables.	+ 75 €	+ 125 €
Opération de la vision au laser		+ 200 €
Prestations non prises en charge par la sécurité sociale		
- Médecines naturelles (Homéopathie - Diététique - Ostéopathie - Acupuncture - Chiropractie - Microkinésithérapie) - Vaccins non remboursés	+ 50 €	+ 100 €
Forfait cure thermale		+ 100 €

La garantie appareillage prend notamment en charge les lits médicaux et les déambulateurs prescrits

Les médicaments concernés sont ceux listés par l'AFSSAPS

INFO +
Pour mieux comprendre votre garantie automédication avec renfort, reportez-vous à l'exemple ci-dessous

Le renfort n'entre pas dans le bonus optique

Les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale sont notamment les vaccins contre l'hépatite A, la fièvre jaune...

** En pourcentage du TC reconstitué pour les honoraires chirurgicaux en secteur non conventionné.

Pour la garantie Automédication :

Vous avez souscrit sur APRIL Optimalis Santé un niveau de base 2 et un renfort 1, vous serez donc remboursé à hauteur de 50 % des frais réels dans la limite de **60 euros** par an.

Exemple :

Vous nous envoyez une demande de remboursement (avec justificatifs) de 100 euros pour cette garantie, nous vous rembourserons **50 euros** (50 % de la dépense engagée) et vous disposerez d'un reliquat de **10 euros** sur votre forfait annuel automédication.

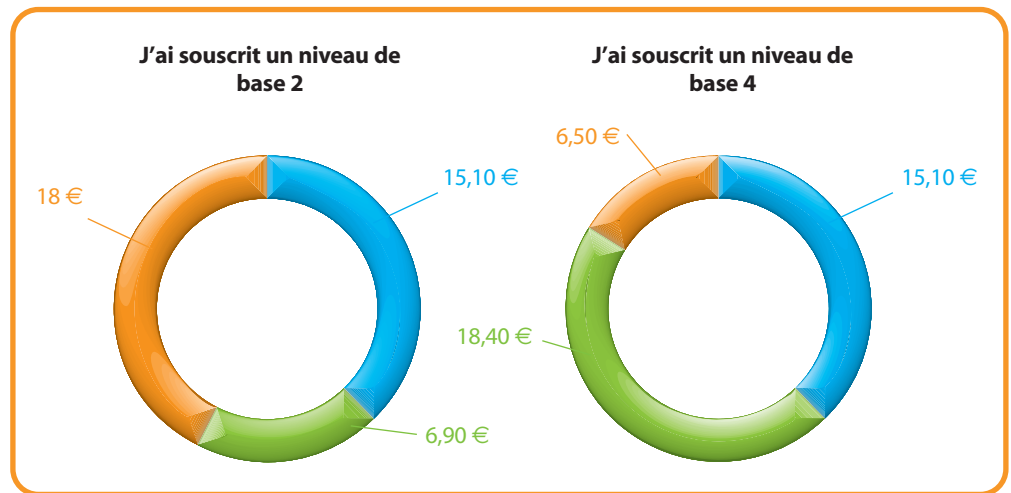
* Sous réserve d'acceptation par APRIL Assurances.

Exemples de remboursements APRIL OPTIMALIS SANTE



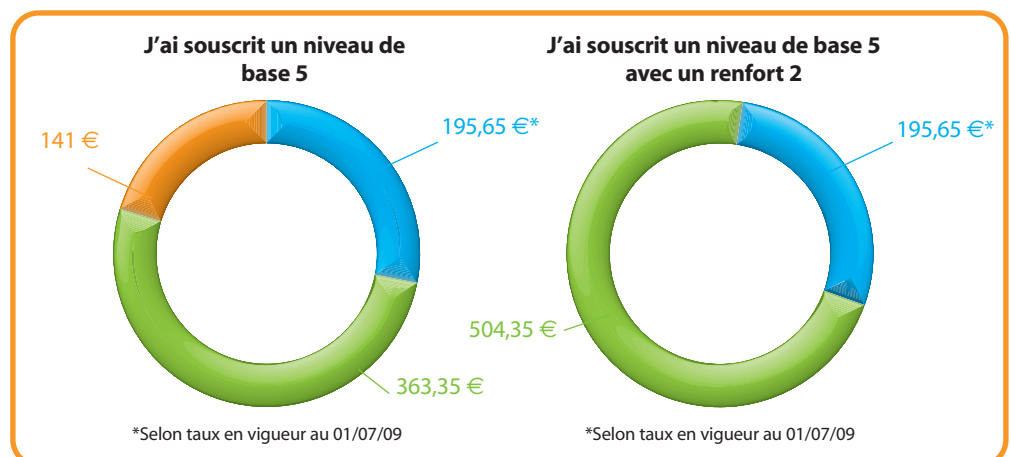
Je vais voir le gastro-entérologue vers lequel m'a orienté mon médecin traitant. Il est en secteur 2, ses honoraires sont de 40 €

- Remboursement par ma caisse d'assurance maladie
- Remboursement APRIL Assurances
- Reste à charge (dont participation forfaitaire de 1€)



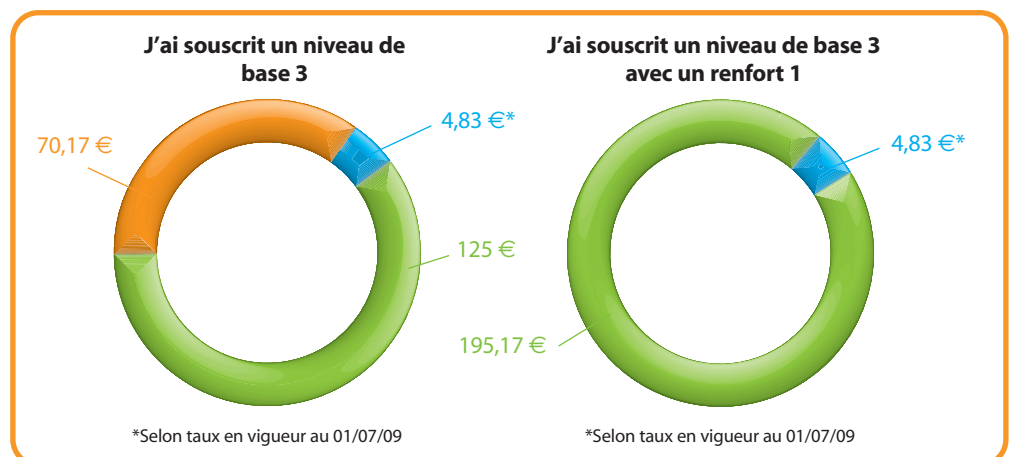
Je dépense 700 € chez mon dentiste pour la pose d'un bridge

- Remboursement par ma caisse d'assurance maladie
- Remboursement APRIL Assurances
- Reste à charge



Je dépense 200 € chez mon opticien pour l'achat d'une paire de lunettes (montures + verres à faible correction)

- Remboursement par ma caisse d'assurance maladie
- Remboursement APRIL Assurances
- Reste à charge



Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

PREAMBULE

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

La Mutuelle Mieux Etre est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II Code de la mutualité, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 775 659 907, située 171 avenue Ledru-Rollin 75011 Paris et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM : 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09).

La Mutuelle Mieux Etre 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 Assurances** – SA au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03 – RCS Lyon 428 702 419 – N° ORIAS 07 002 609.

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 de la Mutualité et aux statuts de la Mutuelle.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à la Convention APRIL OPTIMALIS SANTE. Il est également désigné par le terme "**Vous**" dans les présentes conditions générales.

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

APRIL OPTIMALIS SANTE est une Convention 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, vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "Contrats responsables".

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

1 - Qui peut adhérer et être assuré ?

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

- résider en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'outre Mer (DOM-ROM),
- relever d'un régime d'assurance maladie français.

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

A noter :
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.

A noter :
La gestion de votre contrat par APRIL Assurances, 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.

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

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

2- Que garantit la convention OPTIMALIS ? _____

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

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

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

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

Dépenses médicales effectuées à l'étranger :

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

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

3 - Vos garanties _____

3.1 - Dispositions générales :

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

Les montants de remboursement sont exprimés :

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

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.

3.2 - Contenu des garanties :

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

Attention : si une des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaît pas dans votre tableau

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.

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 !

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.

Exemple de remboursement au 1^{er} janvier 2009 :
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 €, moins la participation forfaitaire de 1 €.

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

de garantie, c'est que Vous n'en bénéficiez pas.

3.2.1 - En cas d'Hospitalisation :

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

Honoraires chirurgicaux

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

Le forfait journalier

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

Le forfait de 18 euros

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

Les frais de séjour

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

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

Etablissements de soins de suite et réadaptation et Hospitalisation psychiatrique

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

- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec Hospitalisation, les frais d'établissements de soins de suite et réadaptation (moyens séjours et assimilés, pour enfants, adultes et personnes âgées),
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues,
- toute Hospitalisation pour motif psychiatrique.

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

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

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

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

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

A noter :
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 !

Conseil :
Attention, les frais restant à votre charge seront plus élevés en établissement non conventionné. Si vous devez être hospitalisé, renseignez vous auprès de l'établissement hospitalier.

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

La chambre particulière

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

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

- à un séjour en établissements de soins de suite et réadaptation (sauf si ces frais sont pris en charge dans le cadre de la garantie spécifique "Chambre particulière en établissement de soins de suite et réadaptation")
- à une Hospitalisation psychiatrique.

Frais d'accompagnant

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

3.2.2 - Pharmacie :

Garantie des frais de pharmacie pris en charge par la Sécurité sociale :

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

Garantie Automédication

Sont pris en charge au titre de cette garantie une partie de vos frais de médicaments dits de médication officinale c'est-à-dire en libre accès en pharmacie sans ordonnance. Ces médicaments doivent faire partie de la liste AFSSAPS "des médicaments de médication officinale disponible en accès direct" pour les indications suivantes : douleur, troubles gastro-intestinaux ou addiction au tabac.

Les médicaments seront pris en charge à hauteur de 50% du tarif appliqué par le pharmacien et dans la limite d'un plafond annuel mentionné au tableau des garanties.

Pour bénéficier de cette garantie, Vous devrez nous transmettre votre demande de remboursement accompagnée des factures justificatives nominatives (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement).

3.2.3 - Frais médicaux :

Consultations et visites des médecins

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

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

- **Les consultations, visites, actes techniques et les actes de radiologie réalisés "hors parcours de soins coordonnés"** : la Convention ne prend 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**

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

A noter :
Si vous avez souscrit un renfort vous bénéficiez de la prise en charge des frais de chambre particulière en établissement de soins de suite et réadaptation conventionnée pendant 30 jours (dans la limite du forfait).

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

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

A noter :
La liste établie par l'AFSSAPS est disponible sur le site april.fr

A noter :
N'hésitez pas à consulter votre pharmacien avant l'achat d'un médicament en libre accès !

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

A noter :
Votre contrat est responsable. En conséquence la participation forfaitaire appliquée par la **Sécurité sociale** sur le remboursement de vos consultations ne pourra pas faire l'objet d'un remboursement.

Conditions générales

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

de soins coordonnés : ces consultations sont prises en charge dans la limite de 3 consultations maximum par **Année d'adhésion** et par Assuré.

Transport

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

Auxiliaires médicaux, Analyses, Actes médicaux ou paramédicaux courants, soins externes, imagerie médicale :

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'examens et d'imagerie médicale,
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement,
- les frais d'actes cliniques et techniques.

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

Appareillage

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

Les prestations de prévention

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

3.3 - Frais dentaires :

Soins dentaires

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste,
- 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.

Garantie Orthodontie et Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale :

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

Le montant pris en charge au titre de cette garantie peut être plafonné par **Année d'adhésion et par Assuré** comme indiqué au sein du tableau des garanties.

Forfait prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale :

Sont prises en charge au titre de ce forfait les frais de prothèse dentaire, d'orthodontie, d'implants (avec cotisation) ou d'actes de parodontologie non pris en charge par la **Sécurité sociale**.

Avec APRIL Assurances je comprends

A noter :

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

A noter :

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

A noter :

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

A noter :

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

A noter :

Si vous souhaitez connaître les tarifs pratiqués par un Professionnel de santé, ou faire un comparatif sur un devis contactez votre Caisse de **Sécurité sociale** par téléphone au 36.46

A noter :

Une participation forfaitaire sera appliquée par la **Sécurité sociale** en cas de consultation chez un médecin stomatologue. Votre contrat, en tant que contrat responsable, ne pourra la prendre en charge.

A noter :

Votre chirurgien-dentiste ou votre médecin 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 Assurances dès que vous avez le devis !

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

3.4 - Frais Optique :

• Forfait 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 pris en charge partiellement par la **Sécurité sociale**,
- à l'achat de lentilles (pris en charge ou non par la Sécurité sociale),

Bonus optique :

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

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

• Forfait opération laser de la vision

Sont pris en charge **dans la limite du montant du forfait prévu au tableau des garanties** les frais liés à une opération de la vision au laser.

Exemple :
 Vous adhérez le 1^{er} janvier 2010 et optez pour le niveau 3 (forfait optique à 125 €)
 Vous décidez de changer vos lunettes en juin 2012.
 Vous bénéficiez d'un Bonus optique de 100 € qui s'ajoute à votre forfait optique de 125 €, soit un total de 225 €.

3.5 - Forfait frais de soins non pris en charge par la Sécurité sociale :

Vous bénéficiez d'un forfait annuel destiné à couvrir **des dépenses de soins non prises en charge par la Sécurité sociale et liées** :

- à des actes ou consultations de Médecine naturelle : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, microkinésithérapie, diététique, homéopathie,
- à la réalisation de vaccins médicalement prescrits,
- à l'achat de médicaments homéopathiques médicalement prescrits.

Ces dépenses de soins sont remboursées dans la limite du montant du forfait annuel prévu au tableau des garanties.

3.6 - Forfait cure thermale :

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

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

3.7 - Le service Tiers Payant Santé :

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

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

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

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

4.1 - Les documents à nous adresser :

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

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

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

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

4.2 - Les modalités de remboursement :

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

Nous pourrions demander à l'Assuré ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document 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 Assurances.

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

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

4-3 - Le contrôle médical :

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

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

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

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.

A noter :
Vous pouvez être en désaccord avec les conclusions de l'expert et demander l'organisation d'une expertise contradictoire en présence du médecin de votre choix.

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

Conditions générales

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

réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

5 - Ce que votre convention ne prend pas en charge

Sont exclus des garanties :

- *les séjours en Instituts Médicaux Pédagogiques et établissements similaires,*
- *les séjours en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en services hospitaliers de long séjour gériatrique,*
- *les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf si prise en charge dans le cadre du Forfait cure thermale), la thalassothérapie.*

En outre, votre Convention ayant la qualité de "Convention Responsable" elle ne prendra jamais en charge :

- *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,*
 - *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.

Montants appliqués au 1^{er} janvier 2008 :

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

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

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL Assurances, concrétisée par l'émission d'un **Certificat d'adhésion**.

6.1 - Prise d'effet de vos garanties :

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

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

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

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 121-25 du Code de la consommation s'appliquent :
« Dans les sept (7) jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant ».

Dans le cadre de la présente convention, le délai de sept (7) jours est porté à quatorze (14) jours.

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

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

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

Dans tous les cas, pour exercer votre droit à renonciation :

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

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

“Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention “APRIL OPTIMALIS SANTE” n°..... que j’avais souscrit le par l’intermédiaire du cabinet....

Fait à le..... signature.....”

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

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

6.2 - Durée de votre adhésion :

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 de votre adhésion ».

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

6.3 - Cessation de votre adhésion :

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

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

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

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

- a) en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe “Votre cotisation”;
- b) et pour chaque Assuré, dès lors qu’il cesse d’appartenir à l’effectif assurable,
- c) en cas de 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.

7 - Votre cotisation

7.1 Comment est déterminée votre cotisation ?

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

- de l’âge à l’adhésion de l’adhérent. Pour les adhésions en couple, la cotisation est fonction de l’âge du Conjoint s’il est plus jeune.

Exemple :
Date d’effet de vos garanties : 01/01/2010
Votre date de naissance : 25/10/1969
Vote âge à l’adhésion est 41 ans.

Conditions générales

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

- des garanties que Vous avez souscrites,
- de la composition de la famille assurée,
- du **Régime obligatoire** de chaque Assuré,
- du département de **Résidence** de l'Adhérent.

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

Comment est déterminé l'âge de chaque Assuré ?

L'âge de l'Assuré est toujours déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance. Pour les adhésions en couple (Vous et votre **Conjoint**), la cotisation est déterminée en fonction de l'âge de l'Assuré le plus jeune.

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

7.2 - Comment évolue votre cotisation ?

Votre cotisation évolue contractuellement de :

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

A ces taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'année d'adhésion, de l'âge 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 évolution de la réglementation de la **Sécurité sociale**.

7.3 - Les modes de paiement :

La cotisation est payable d'avance annuellement.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement que vous avez choisi :

- semestriel,
- trimestriel (par prélèvement automatique seulement),
- mensuel (par prélèvement automatique seulement).

7.4 - Que se passe-t-il si Vous ne payez pas votre cotisation ?

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, Nous Vous adresserons 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9 - Prescription _____

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

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

10 - Que faire en cas de réclamations ? _____

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 Assurances – 114 bvd Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03.

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

Conseil :
Pour que votre contrat soit toujours adapté à votre situation, pensez à nous informer de tout changement. De même en cas de naissance d'un enfant, si vous l'assurez au titre de ce contrat dans les deux mois suivant sa naissance, il bénéficiera des garanties à partir de sa naissance.

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

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

A noter :
Vous pouvez retrouver les coordonnées complètes de votre Assureur conseil sur votre **Certificat d'adhésion** ou sur l'espace Assuré en vous connectant sur www.april.fr.

Conditions générales

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

LEXIQUE

Année d'adhésion :

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

Base de Remboursement :

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

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

Conjoint :

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le (a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Régime obligatoire :

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

Résidence :

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

Sécurité sociale :

Terme générique utilisé dans les présentes conditions générales pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

TA (Tarif d'Autorité) :

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

TC (Tarif de Convention) :

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

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) :

Base de remboursement calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établit par Arrêté ministériel.

TM (Ticket Modérateur) :

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

TR (Tarif de Responsabilité) :

Cela vise :

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

A noter :
La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 20/10/2010. L'Année d'adhésion correspond à la période du 20/10/2010 et le 19/10/2011.

APRIL Assurances à vos côtés

Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les travailleurs indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, APRIL Assurances s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une qualité de gestion hors normes en 24 heures.



Santé, Prévoyance, Assurance de Prêt
particuliers et professionnels

Tél. **09 74 50 20 20**
(appel non surtaxé)

www.april.fr



L'assurance qui me fait **gagner en santé**

Nos engagements :

- Vous protéger au plus près de vos besoins
- Vous guider dans vos choix de santé
- Vous aider à prendre en main l'avenir de votre santé



Une société certifiée ISO 9001(1) version 2000

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

APRIL GROUP propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

A sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **3 500 collaborateurs et 70 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus

contactez votre assureur-conseil ou votre conseiller mutualiste

ROC ASSUR
BP 2
62155 MERLIMONT
Tél : 03 21 09 24 75
Email : rokickirocassur@aol.com

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par Mutuelle Mieux Etre.


april
ASSURANCES