

# SANTÉ COIFFURE

## EXTENSION AYANTS DROIT



NOTICE  
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

REF CG : SCFS 15-12/15

### SOMMAIRE

1- OBJET DE L'ASSURANCE.....	p.3
2- QUI PEUT ADHÉRER ? .....	p.3
3- QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ? .....	p.3
4- QUE GARANTIT LA CONVENTION SANTÉ COIFFURE EXTENSION AYANTS DROIT ? .....	p.3
5- LES GARANTIES .....	p.4
6. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR SES REMBOURSEMENTS ? .....	p.6
7- CE QUE LA CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE.....	p.7
8- LA COTISATION .....	p.8
9- EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES .....	p.8
10- AJUSTEMENT DE L'ADHÉSION .....	p.9
11- LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION A LA CONVENTION .....	p.10
12- PRESCRIPTION .....	p.10
13- EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET DEMANDE DE MÉDIATION .....	p.11
14- PROTECTION DES DONNÉES .....	p.11
LEXIQUE.....	p.12
EXTRAIT DES STATUTS .....	p.14

## PRÉAMBULE

Afin de permettre aux salariés assurés au titre de la Convention d'assurance SANTÉ COIFFURE « SOCLE » (n° AE2014S13) de faire bénéficier leurs ayants droit de garanties similaires, l'**Association des Assurés APRIL** a conclu auprès d'**AXERIA Prévoyance** une Convention d'assurance de groupe à adhésion facultative dénommée SANTÉ COIFFURE « EXTENSION AYANTS DROIT » (Convention d'assurance n° AE2015S11).

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de cette Convention.

AXERIA Prévoyance est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 31.000.000 d'euros, dont le siège social est situé 90 avenue Félix Faure 69439 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

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

L'**Association des Assurés APRIL** est une association loi 1901, 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'Association des Assurés APRIL est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

L'**organisme gestionnaire de cette Convention** est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Entreprise Prévoyance**, S.A.S. au capital de 2 441 600€ dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle - CS 63341 - 69439 Lyon Cedex 03 – RCS Lyon 493 481 816 – N°ORIAS 08 040 197 - soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

APRIL Entreprise Prévoyance est désigné ci-après par le terme « APRIL » dans la présente Notice.

L'adhérent à la convention SANTÉ COIFFURE « EXTENSION AYANTS DROIT » est obligatoirement le salarié bénéficiaire de la Convention d'assurance SANTÉ COIFFURE « SOCLE ». **Il adhère pour le compte de son(es) ayant(s) droit, à l'Association et à la Convention d'assurance susvisée ci-dessus.**

L'Adhérent est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

L'adhésion à cette Convention est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice valant conditions générales, le Certificat d'adhésion et le résumé du détail des garanties souscrites.

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la Convention SANTÉ COIFFURE « EXTENSION AYANTS DROIT ». Les Assurés à la présente Convention sont les ayants droit du salarié, ils sont définis au Lexique des présentes et sont inscrits au Certificat d'adhésion.

La Convention est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances.

La langue utilisée dans le cadre de l'exécution de cette convention est la langue française.

**SANTÉ COIFFURE « EXTENSION AYANTS DROIT » est une Convention de type « solidaire » et « responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale.**

**En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (remboursement Sécurité sociale inclus).**

**La Convention respecte également les plchers minimaux et les plafonds maximum de garanties des « Contrats responsables » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).**

**Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables et solidaires ».**

Pour Vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit avec une majuscule est défini(e) au Lexique.

## 1. OBJET DE L'ASSURANCE

L'adhésion à la présente Convention garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par l'Assuré dans la limite des garanties et du niveau déterminé par l'Adhèrent.

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

## 2. QUI PEUT ADHÉRER

Pour pouvoir adhérer, tout proposant doit être affilié à la Convention d'assurance de groupe à adhésion obligatoire SANTÉ COIFFURE « SOCLE » (AE2014S13) souscrite par son employeur auprès d'APRIL.

Le proposant demande à adhérer pour ses ayants droit qui doivent chacun :

- Résider en France continentale, Corse ou dans un Département et Région d'Outre-mer (DROM)
- Relever d'un Régime d'assurance maladie obligatoire français.

**Seuls les salariés bénéficiaires de la Convention d'assurance SANTÉ COIFFURE « SOCLE » peut adhérer à la présente Convention.**

## 3. QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Selon le choix formulé par l'Adhèrent sur la demande d'adhésion, peuvent être Assuré au titre de cette Convention ses ayants droit, c'est-à-dire :

- son conjoint, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou son concubin non à charge au sens de la Sécurité sociale.

À noter : En cas de concubinage, ce dernier doit être établi de façon notoire ou matérialisé depuis plus d'un an, le domicile fiscal doit être le même et les concubins doivent être célibataires, non pacsés, veufs ou séparés de corps

- Les enfants non à charge au sens de la législation Sécurité sociale dès lors qu'ils sont fiscalement à la charge de l'Adhèrent.

Dans ce cas, ces derniers pourront être garantis jusqu'au 31 décembre de leur 25<sup>ème</sup> anniversaire, à condition qu'ils soient bénéficiaires du régime de Sécurité sociale et qu'ils

soient domiciliés en France métropolitaine. La limite d'âge des enfants peut être prorogée jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ou en contrat d'apprentissage. Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

**Et sous réserve qu'ils ne soient pas affiliés à la Convention d'assurance SANTÉ COIFFURE « SOCLE » souscrite par l'employeur de l'Adhèrent.**

Les Assurés sont inscrits au Certificat d'adhésion.

**L'Adhèrent à la présente Convention n'a pas la qualité d'Assuré et ne peut donc pas bénéficier des garanties qui en sont issues.**

## 4. QUE GARANTIT LA CONVENTION SANTÉ COIFFURE EXTENSION AYANTS DROIT ?

La Convention prend en charge, en fonction des niveaux souscrits, le remboursement :

- des frais médicaux et/ou chirurgicaux restant à la charge de l'Assuré après remboursement du Régime obligatoire
- des dépenses de soins médicalement prescrites,
- des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de montants spécifiques prévus au tableau de garanties.

**Les dépenses et les frais indiqués ci-dessus doivent correspondre à des actes prescrits et réalisés durant la période de validité des garanties et la prise en charge s'effectue après remboursement du Régime obligatoire.**

**Sauf dispositions contraires mentionnées au tableau des garanties, les actes non pris en charge par le Régime obligatoire ou pris en charge mais non remboursés, ne sont pas garantis par la Convention.**

## 5. LES GARANTIES

### 5.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les garanties s'exercent en France continentale, Corse ou dans un Département et Région d'Outre-mer et selon les indications prévues au tableau des garanties. Les prestations sont remboursées en France et en euros.

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

Les remboursements s'effectuent dans la limite des frais réellement engagés par les Assurés.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (Base de remboursement) ou en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ou en pourcentage des Frais réels dans les limites fixées au sein du tableau des garanties
- ou sous la forme d'un montant spécifique de prise en charge
- Et si prévu au tableau des garanties, dans la limite d'un plafond maximum de prise en charge.

**LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUÉS DÉDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (SAUF DISPOSITIONS CONTRAIRES FIGURANT AU TABLEAU DES GARANTIES) ET DANS LA LIMITE DES GARANTIES SOUSCRITES ET DES DÉPENSES RÉELLEMENT ENGAGÉES.**

**DANS TOUS LES CAS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, DE L'ORGANISME ASSUREUR ET DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AUPRÈS DUQUEL LES BÉNÉFICIAIRES POURRAIENT ÊTRE ASSURÉS, SONT LIMITÉS AU MONTANT DES DÉPENSES RÉELLES DU BÉNÉFICIAIRE.**

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

La contribution de chaque assureur est ensuite déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121- 4 du Code des assurances, en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

**Les Assurés doivent faire la déclaration des assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'Adhésion à la Convention**

**Les niveaux de garanties et évolution :**

À l'adhésion :

**Les niveaux de garanties des Assurés dépendent des niveaux de garanties souscrites au titre de la Convention d'assurance SANTÉ COIFFURE « SOCLE ».**

En cours d'adhésion :

L'Adhérent peut formuler une demande de modification des garanties à effet du 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. La première demande de modification ne pouvant être formulée qu'après six (6) mois d'adhésion.

**En cas de modification à la baisse, il ne sera plus possible par la suite d'opter pour un changement de garantie de niveau supérieur.**

En tout état de cause, tout changement des niveaux de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL. En cas d'acceptation, l'accord d'APRIL est concrétisé par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion.

### 5.2 CONTENU DES GARANTIES

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre de la Convention SANTÉ COIFFURE « EXTENSION AYANTS DROIT ». Il convient donc pour chaque garantie mentionnée au tableau des garanties de se reporter à l'article concerné.

#### 5.2.1 En cas d'Hospitalisation

##### ► Hospitalisation en secteur conventionné ou non conventionné :

Sont pris en charge les frais de séjours, honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux restant à la charge de l'Assuré après remboursement du Régime obligatoire.

Selon que l'Hospitalisation a lieu en Secteur conventionné ou non conventionnée et en fonction du niveau souscrit, cette garantie s'exprime en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale ou en pourcentage des frais réellement engagés. **De plus, le niveau et la base de remboursement des dépassements d'honoraires varient selon que le médecin est signataire ou non signataire du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).**

##### ► 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.

Cette garantie est exprimée en pourcentage des frais réellement engagés

##### ► La participation forfaitaire de 18 euros :

Cette Convention prend en charge la participation forfaitaire de 18 euros que le Régime obligatoire peut laisser à la charge des Assurés si ceux-ci bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

##### ► Chambre Particulière en secteur conventionné ou non conventionné (hors maternité) :

Sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé par jour au sein du tableau des garanties, les frais de chambre particulière pour des séjours en médecine et chirurgie.

Attention, la durée de prise en charge des frais de chambre particulière est limitée à trente (30) jours par année civile et par Assuré.

##### ► Lit d'accompagnement :

En cas d'Hospitalisation, cette garantie prévoit, dans la limite du montant indiqué au sein du tableau des garanties, le versement d'une indemnisation par jour afin de prendre en charge les frais facturés par l'établissement hospitalier suite à la mise à disposition d'un lit pour l'accompagnant.

### 5.2.2 Soins courants

#### ► Consultations, visites généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, actes d'imagerie médicale, actes techniques médicaux et analyses (y compris en soins externes)

Sont pris en charge au titre de cette garantie (y compris lorsqu'ils sont effectués en soins externes) :

- les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier à domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes) ;
- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologues, et kinésithérapeutes ;
- les frais d'actes techniques médicaux et de chirurgie ;
- les frais d'analyses ;
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement ;
- les frais d'examens, d'imagerie médicale.
- la participation forfaitaire de 18 euros pour les actes que le Régime obligatoire peut laisser à la charge des Assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

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

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

Attention le remboursement des dépassements d'honoraires médicaux varie selon que le médecin est signataire ou non signataire du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Sont soumises à des conditions de remboursement spécifiques :

- Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors Parcours de soins coordonnés » : la Convention ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité sociale) et/ou les dépassements d'honoraires.
- Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées « hors Parcours de soins coordonnés » : ces consultations sont prises en charge sur la base de 150% de la Base de remboursement.

#### ► Pharmacie remboursée par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais de médicaments restant à la charge de l'Assuré après remboursement par le Régime obligatoire.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

#### ► Appareillage

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais suivants :

- appareillage orthopédique,
- audioprothèse,
- prothèse non dentaire.

Sont également pris en charge les frais de petits appareillages ayant donné lieu à un remboursement par la Sécurité sociale.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire

#### ► Transport remboursé par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de transport prescrits par un médecin et ayant donné lieu à un remboursement du régime Obligatoire.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

#### ► Cure thermale remboursée par le Régime obligatoire

En fonction du niveau de garantie souscrit, les frais de cure thermale remboursés par le Régime obligatoire sont pris en charge.

Cette garantie est exprimée au tableau des garanties sous la forme d'un montant maximum de prise en charge.

### 4.2.3 Dentaires

#### ► Soins dentaires

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste,
- les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux,

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire. Ils sont exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

#### ► Prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais de prothèses dentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

#### ► Prothèses dentaires non remboursées par le Régime obligatoire

En fonction du niveau de garantie souscrit, sont pris en charge les frais de prothèses dentaires qui n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement qu'aurait retenue la Sécurité sociale si elle était intervenue, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

#### ► Inlays/Onlays remboursées par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais d'inlays-onlays qui ont fait l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

#### ► Orthodontie remboursée par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais d'orthodontie qui ont fait l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties par période de six (6) mois.

#### ► Implants dentaires non pris en charge par le Régime obligatoire

Sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, par Assuré et par année civile, les frais d'implants dentaires.

### ► **Parodontologie non remboursée par le Régime obligatoire**

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale suivants :

- curetage/surfaçage,
- greffe gingivale,
- allongement coronaire,
- élévation chirurgicale d'un lambeau.

Selon le niveau souscrit, cette garantie s'exprime :

- soit en pourcentage des frais réellement engagés, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties et d'un nombre d'actes réalisés par an ;
- soit sous la forme d'un montant maximum de prise en charge, valable par année civile et par Assuré.

**À noter :** Les dépenses de soins prothétiques et d'orthopédie dentofaciale sont prises en charge à hauteur minimale de 125 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

### 5.2.4 Optiques

Seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge au titre de la Convention.

#### ► **Monture et verres**

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, les frais de monture optique et de verres simples, complexes, hypercomplexes, multifocaux ou progressifs remboursés par le Régime obligatoire

**Cette garantie s'entend des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement d'optique médical composé de deux verres et d'une monture, à raison d'une prise en charge par période de deux ans à compter de l'Année d'adhésion sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement d'optique médical justifié par une évolution de la vue auquel cas, la prise en charge s'effectue par période d'un an à compter de l'Année d'adhésion.**

#### ► **Lentilles prises en charge ou non par la Régime obligatoire**

Sont pris en charge les frais liés à l'achat de lentilles correctrices qui ont fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

La prise en charge s'effectue dans la limite du montant maximum prévu au sein du tableau des garanties, par année civile et par Assuré

#### ► **Lentilles non prises en charge par le Régime obligatoire**

Sont pris en charge les frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites mais qui ne font pas l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire.

Cette garantie s'exprime en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par année civile et par Assuré.

#### ► **Chirurgie réfractive**

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, les frais de chirurgie réfractive.

La prise en charge s'effectue par œil.

### 5.2.5 Maternité, prévention et autres soins

#### ► **Maternité**

##### • **Participation aux frais de maternité**

Cette garantie prévoit le versement d'un montant forfaitaire en cas de naissance d'un enfant d'un Bénéficiaire. Attention, le versement de cette garantie s'entend par enfant.

##### • **Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné**

Sont pris en charge les frais de chambre particulière pour des séjours en maternité, dans la limite du montant exprimé en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, par jour, dans le tableau des garanties. Attention la durée de prise en charge des frais de chambre particulière en maternité est limitée à douze (12) jours, par année civile et par Assuré.

##### • **Pilules et patchs contraceptifs prescrits mais non remboursés par le Régime obligatoire**

Sont pris en charge les frais de pilules et patch contraceptifs prescrits mais n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire. Cette garantie est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, par année civile et par Assuré.

##### • **Vaccins**

Sont pris en charge les vaccins non remboursés par le Régime obligatoire. Cette garantie est exprimée en pourcentage frais réellement engagés, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année civile et par Assuré.

##### • **Sevrage tabagique**

En fonction du niveau de garantie souscrit, sont pris en charge les frais suivants : Gommages et patchs médicalement prescrit. Cette garantie est exprimée sous la forme d'un forfait valable par année civile et par Assuré.

##### • **Médecine naturelle**

Sont pris en charge les frais de médecine naturelle suivants : ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, auprès d'un professionnel de santé titulaire d'un diplôme d'état, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France. Cette garantie est exprimée au sein du tableau des garanties sous la forme d'un montant spécifique de prise en charge par séance. Un nombre maximum de séance par année civile et par Assuré est également prévu.

##### • **Autres actes de prévention**

Les actes de prévention définis dans l'arrêté du 08 juin 2006 sont à minima pris en charge à hauteur du ticket modérateur.

### 5.3 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

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

Pour bénéficier de ce service, les Assurés devront présenter au professionnel de santé leur carte Tiers Payant Santé.

## 6. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR SES REMBOURSEMENTS ?

### 6.1 LES DOCUMENTS À COMMUNIQUER

Si les Assurés bénéficient de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et APRIL, les

remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si les Assurés n'utilisent pas

le système de télétransmission lors de leur dépense de santé, ils devront adresser à APRIL dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par la Sécurité sociale :

- Les originaux des décomptes délivrés par la Sécurité sociale.
- **Y compris lorsque la Sécurité sociale n'intervient pas :** les originaux des notes ou factures détaillées et acquittées comportant le numéro SIRET du praticien, précisant le nom et prénom de l'Assuré concerné et les actes ou prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein du tableau des garanties ainsi que les prescriptions médicales.
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.
- En cas d'hospitalisation, le bulletin de situation, factures et notes d'honoraires et sur demande un certificat médical détaillé.
- Une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance pour le forfait naissance.
- Une copie du jugement ayant prononcé l'adoption pour le forfait adoption.

D'autre part, en cas de renouvellement de l'équipement d'optique médical par un Assuré adulte (18 ans et plus) avant la fin de la deuxième Année d'adhésion qui suit l'acquisition du précédent équipement optique, l'Assuré devra communiquer la prescription médicale et tout autre justificatif permettant d'attester que ce renouvellement anticipé est consécutif à une évolution de la vue. A défaut les frais liés à l'acquisition de l'équipement d'optique médicale ne seront pas pris en charge au titre de la garantie optique.

**APRIL se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire jugée nécessaire au règlement de la prestation.**

## 6.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros. APRIL pourra demander à l'Assuré ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document qu'elle jugera utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL.

**Si à l'occasion d'une demande de remboursement, l'Assuré transmet intentionnellement des documents faux ou dénaturés, il s'expose à des poursuites pénales, à la nullité de son adhésion ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement.**

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un accident causé par un tiers, l'organisme

assureur pourra agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui ont été versées à l'Assuré.

À cet effet, notamment lorsque l'Assuré est victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule terrestre à moteur) il doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident, le nom de l'organisme assureur de la présente Convention en tant que tiers payeur.

## 6.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL

**APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré par un médecin de son choix, à tout moment, notamment pour les frais dentaires.**

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

Il en est de même en cas de refus de transmission des pièces justificatives demandées.

Le médecin expert missionné par APRIL, est un médecin indépendant, spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré a la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par le médecin de son choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin sont à la charge de l'Assuré.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'Assuré. Chacune des parties désignera alors un médecin.

Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Dans cette hypothèse, les parties attendront que le troisième ait déposé son rapport avant de recourir à une éventuelle action judiciaire pour le règlement du litige.

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.

L'Assuré qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

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.

## 7. CE QUE LA CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

**Ne sont pas garantis :**

- les cures de toutes natures (à l'exception des cures thermales cf. article 5), les soins esthétiques, la thalassothérapie,
- les séjours effectués en maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.

**En outre, la convention ayant la qualité de « Convention responsable », elle ne prendra jamais en charge :**

- la participation forfaitaire légale (hors participation forfaitaire de 18 euros) 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.

## 8. LA COTISATION

### 8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE LA COTISATION ?

La cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- du niveau de garantie souscrit,
- de la composition de la famille assurée,
- de l'âge de(s) l'enfant(s) Assuré (l'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance),
- du Régime obligatoire des Assurés,
- d'un pourcentage du montant du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
- des taxes applicables.

Les taxes et contributions actuelles sont à la charge de l'Adhèrent et sont comprises dans la cotisation.

### 8.2 COMMENT ÉVOLUE LA COTISATION ?

La cotisation peut varier en fonction de l'évolution du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, de l'évolution de la consommation Médicale Totale et 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.

De même, la cotisation de l'enfant Assuré évolue au 1er janvier de l'année de ses 26 ans. A partir de cette date, la cotisation applicable est calculée sur la base du tarif adulte

D'autre part tout changement du taux des taxes applicables ou toute instauration de nouvelles impositions applicables à la Convention ainsi que toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable à la Convention, pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

La cotisation peut également évoluer si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la Sécurité sociale.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1<sup>er</sup> janvier ou éventuellement en cours d'année en cas de modification de la réglementation applicable.

### 8.3 LES MODES DE PAIEMENT

La cotisation est payable d'avance annuellement, par prélèvement ou par 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 choisi par l'Adhèrent:

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

Dans ce cas, le montant de l'acompte versé par l'Adhèrent lors de l'adhésion, s'impute sur celui des cotisations dues au titre de la première échéance.

### 8.4 QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DE LA COTISATION ?

Les cotisations sont versées par l'Adhèrent seule débiteur des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur.

À défaut du paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL adressera à l'Adhèrent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, 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.

## 9. EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES

### 9.1 DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion à la Convention est conclue à la date de signature mentionnée sur la demande d'adhésion et au plus tôt le lendemain zéro heure de la date de réception du dossier d'adhésion complet par APRIL.

Par la signature de la demande d'adhésion, l'Adhèrent manifeste son accord sur les conditions de la Convention dont il a au préalable pris connaissance et il s'engage sur l'exactitude de ses déclarations.

L'adhésion est soumise à l'acceptation d'APRIL, à l'encaissement d'un acompte dont le montant est indiqué sur la demande d'adhésion, et se matérialise par l'émission d'un Certificat d'adhésion.

### 9.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion remis à l'Adhèrent. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL.

En cas d'ajout d'un Assuré par l'Adhèrent, la date de prise d'effet des garanties du nouvel Assuré est inscrite au Certificat d'adhésion.

L'Adhèrent bénéficie d'un délai de renonciation dans les cas suivants :

- **En cas d'adhésion suite à un démarchage à domicile :**

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du



Code des assurances s'appliquent :

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

► **En cas d'adhésion à la Convention à distance :**

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son 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 le droit à renonciation :**

L'Adhérent doit adresser une lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL Entreprise Prévoyance – Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle - CS 63341 - 69439 Lyon Cedex 03.

L'Adhérent peut utiliser le modèle de lettre suivant :

« Je soussigné(e) M ..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention «SANTÉ COIFFURE EXTENSION AYANTS DROIT » que j'avais souscrite le .....par l'intermédiaire cabinet...

Fait à .....le .....signature ..... ».

L'adhésion à la Convention et le bénéfice des garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et APRIL Entreprise Prévoyance remboursera les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

**Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion à la Convention, l'Adhérent ne pourra plus exercer son droit à renonciation.**

### 9.3 DÉLAIS D'ATTENTE

Il n'y a pas de Délai d'attente sauf en cas d'adhésion à la Convention plus de trois (3) mois après la date d'effet des garanties de la Convention SANTÉ COIFFURE « SOCLE ».

Dans ce cas un délai d'attente de trois (3) mois sera appliqué pour les postes suivants :

- dentaires à l'exception des frais dentaires faisant l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire, des soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale,

- optiques non remboursées par la Sécurité sociale (lentilles et chirurgie réfractive).

Toutefois, ce délai peut être abrogé dans l'hypothèse où l'Assuré peut justifier avoir bénéficié de garanties antérieures de même nature et de même niveau, résiliées depuis moins d'un (1) mois décompté à partir de la date d'effet des garanties à la Convention.

### 9.4 DURÉE DE L'ADHÉSION

**L'adhésion à la présente Convention a une durée annuelle et elle se renouvelle par tacite reconduction à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année, pour autant que la Convention soit toujours en vigueur.**

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

### 9.5 CESSATION DE L'ADHÉSION

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

À l'initiative de l'Adhérent :

a) À chacune des échéances annuelles, par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL Entreprise Prévoyance au plus tard 2 mois avant la date d'échéance telle que mentionnée à l'article « durée de l'adhésion ».

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de la lettre (cachet de la poste faisant foi).

À l'initiative d'APRIL :

b) en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues à l'article « La cotisation »,

c) en cas de dénonciation de la Convention par l'Association des Assurés APRIL ou par l'organisme assureur à l'échéance annuelle ou en cas de cessation d'activité de l'Association. L'Adhérent en sera informé par l'Association et l'organisme assureur Vous maintiendra le bénéfice des garanties.

De même, chaque Assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne remplit plus les conditions pour être assuré au titre de la Convention telles que prévues à l'article 3 des présentes. **Dans ce cas, l'organisme assureur proposera aux Assurés concernés une solution d'assurance.**

d) En cas de fausse déclaration conformément à l'article 11 des présentes.

## 10. AJUSTEMENT DE L'ADHÉSION

Si une décision législative ou réglementaire ou une évolution des résultats techniques ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des conditions de l'assurance, l'organisme assureur se réserve la possibilité de réviser l'adhésion. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer à l'adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et/ou d'application immédiate.

En cas de révision suite à une évolution des résultats techniques, la révision ne prendra effet qu'au renouvellement de la (des) Convention(s).

**À noter : En cas de révision de l'adhésion pour aggravation du risque et de désaccord sur la modification envisagée, l'adhésion à la Convention pourra être dénoncée dans les conditions prévues à l'article L113-4 du Code des assurances.**

## 11. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION

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

En communiquant son adresse électronique, l'Adhérent et chaque Assuré acceptent que les informations relatives à l'exécution de leur adhésion soient transmises à cette adresse. Ils peuvent à tout moment, par écrit, demander à APRIL de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, l'Adhérent et chaque Assuré doivent nous avertir dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

L'adhésion est établie d'après les déclarations que faites par l'Adhérent lors de son adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Ainsi, au cours de l'adhésion, l'Adhérent doit déclarer à APRIL par écrit dès qu'il en a 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, l'Adhérent aura trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de l'adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

### **Sanctions en cas de fausse déclaration :**

L'adhésion à la présente Convention est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et de chaque Assuré. Ils doivent en conséquence répondre aux questions posées par l'organisme assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge.

**Attention, toute inexactitude, omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les éléments qui**

seront fournis à APRIL au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, notamment dans la déclaration d'un sinistre, exposent l'Adhérent et les Assurés à une déchéance de garantie et à la résiliation de l'adhésion à la présente Convention ; ou à la mise en réduction de la prestation conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances ci-dessous reproduits.

### **Article L113-8 du Code des assurances :**

*Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.*

*Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.*

*Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.*

### **Article L 113-9 du Code des assurances :**

*L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.*

## 12. PRESCRIPTION

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

- Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

- Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité».

- Article L114-3 « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent,

même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),

- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du code Civil)

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246).

### 13. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET DEMANDE DE MÉDIATION

Pour toute réclamation, l'Adhérent peut contacter son conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier. Si un différend éventuel persistait après réponse, l'Adhérent pourrait adresser sa réclamation écrite à l'adresse suivante: Service réclamation – APRIL Entreprise Prévoyance – Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle CS 63341, 69439 Lyon Cedex 03 ou à l'adresse mail [reclamationsaep@april.com](mailto:reclamationsaep@april.com).

APRIL s'attachera à apporter une réponse sous un délai de quarante-huit (48) heures en jours ouvrés. Si une analyse plus approfondie du dossier s'avère nécessaire, APRIL accusera réception de la réclamation auprès de son interlocuteur et s'engage à apporter une réponse dans un délai maximum de trente (30) jours.

#### Médiation :

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, l'Adhérent peut demander l'avis du médiateur de l'organisme assureur, sans préjudice de son droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande écrite adressée au Service réclamation.

Si l'Adhérent a adhéré à la convention à distance par Internet, il peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>.

### 14. PROTECTION DES DONNÉES

Les informations recueillies par APRIL sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des adhésions.

Par ailleurs, APRIL met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cadre les données peuvent être transmises aux assureurs, réassureurs, intermédiaires, autorités judiciaires et autres organismes concernés par la fraude.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent et les Bénéficiaires peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figureraient sur les fichiers à l'usage d'APRIL ou s'y opposer en cas de motifs légitimes. Ce droit d'accès et de rectification et d'opposition peut être exercé à l'adresse suivante : APRIL Entreprise Prévoyance – Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle - CS 63341 - 69439 Lyon Cedex 03.

Par ailleurs, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous rappelons que si l' Adhérent ou les Bénéficiaires, en dehors de leur relation avec APRIL, ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, ils peuvent gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) ou en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret- 10000 Troyes.

Ils peuvent également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès APRIL Entreprise Prévoyance à l'adresse susmentionnée.

## LEXIQUE

### Adhérent :

Personne physique membre de l'Association des Assurés April qui adhère à la présente Convention d'Assurance.

### Année d'adhésion :

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

### Assuré :

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la Convention d'assurance.

Il s'agit du conjoint de l'Adhérent, de son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou de son concubin non à charge au sens de la législation Sécurité sociale.

En cas de concubinage, ce dernier doit être établi de façon notoire ou matérialisé depuis plus d'un an, le domicile fiscal doit être le même et les concubins doivent être célibataires, non pacésés, veufs ou séparés de corps.

Peuvent également être assurés, les enfants non à charge au sens de la législation Sécurité sociale dès lors qu'ils sont fiscalement à la charge de l'Adhérent.

Dans ce cas, ces derniers pourront être garantis jusqu'au 31 décembre de leur 25<sup>ème</sup> anniversaire, à condition qu'ils soient bénéficiaires du régime de Sécurité sociale et qu'ils soient domiciliés en France métropolitaine. La limite d'âge des enfants peut être prorogée jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ou en contrat d'apprentissage. Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

### Base de remboursement :

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la Sécurité sociale résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base). Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

### Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la présente Convention et qui précise pour chacun des Assurés les garanties souscrites et leur date d'effet et le niveau choisi.

### Consommation Médicale Totale :

La consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires (montant en euros des soins et biens médicaux figurant dans les Comptes nationaux de la Santé sous les rubriques « débours des ménages », « Mutuelles et Assurances privées »).

### Contrat d'Accès aux soins (CAS) :

Il s'agit d'un contrat souscrit sur la base du volontariat entre l'Assurance maladie et des médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Ce contrat favorise l'accès aux soins pour les patients en leur permettant notamment d'être mieux remboursés.

Par ce contrat les médecins signataires du CAS s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. En contrepartie, l'Assurance maladie s'engage à aligner le niveau de remboursement des médecins adhérents au CAS sur ceux exerçant en secteur 1. D'autre part les contrats d'assurances santé complémentaires qui prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires, doivent prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraire des médecins signataires du CAS par rapport aux médecins non signataires du CAS y compris les médecins non-conventionnés.

### Délai d'Attente :

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

### Franchise (Article L322-2 du code de la Sécurité sociale) :

Montant forfaitaire que la Sécurité sociale ne rembourse pas. Cette Franchise, à la charge de l'Assuré, concerne les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. La Franchise n'est pas remboursée au titre de la présente Convention.

### Frais réels :

Il s'agit du montant des frais réellement engagés par l'Assuré dans le cadre d'un acte, d'un soin, d'une prestation, d'un traitement ou d'une hospitalisation.

Les remboursements perçus au titre de la présente Convention et ceux éventuellement versés par la Sécurité sociale ne peuvent en aucun cas dépasser le montant global des frais réels engagés par l'Assuré.

### Hospitalisation :

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilité(e)s à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

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

**Parcours de soins coordonnés :**

Le parcours de soins coordonnés consiste à choisir et à consulter en priorité un médecin, dit médecin traitant, dans le cadre de son suivi médical, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins coordonnés concerne les patients à partir de 16 ans et permet d'être remboursés sans application de pénalité.

**Participation forfaitaire (Article L322-2 du code de la Sécurité sociale) :**

Montant forfaitaire que la Sécurité sociale ne rembourse pas. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'Assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. Elle n'est pas remboursée au titre de l'adhésion.

**Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) :**

Valeur financière fixée par la Sécurité sociale par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales.

L'évolution du PMSS est consultable sur [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr).

**Prestations en nature :**

Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques,...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par l'Assuré.

**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.

**Secteur conventionné :**

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la Base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'assuré social.

**Secteur non conventionné :**

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

**Sécurité sociale :**

Terme générique utilisé 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.

**TM (Ticket Modérateur) :**

Différence entre la Base de remboursement et la part prise en charge par la Sécurité sociale avant application de la participation forfaitaire ou de la Franchise qui n'est pas remboursée au titre de la présente Convention.

**TR (Tarif de Responsabilité) :**

Cela vise :

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

**TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) :**

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

## **EXTRAIT DES STATUTS**

### **ASSOCIATION DES ASSURES APRIL**

#### **(ASSOCIATION 3A)**

---

**Les statuts complets et le règlement intérieur sont consultables sur internet à l'adresse suivante : [www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr)**

**Mis à jour au 1<sup>er</sup> avril 2015**

---

#### **Article 2. OBJET**

Cette Association a pour objet :

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

#### **Article 5. COMPOSITION**

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

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

**EXTRAIT DES STATUTS ASSOCIATION DES ASSURES APRIL MIS A JOUR AU 1<sup>er</sup> avril 2015**

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

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

## **Article 6. PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE**

La qualité de membre se perd :

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

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

## **Article 8. OPPOSABILITES AUX ADHERENTS**

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

## **Article 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION**

Les ressources de l'Association se composent :

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

## **Article 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES**

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

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

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

## **Article 13. ASSEMBLEES GENERALES**

### **1. Convocation**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## **2. Droit de vote**

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

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

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

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

## **3. Tenue des Assemblées**

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

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

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

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

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

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

---

**april** entreprise | prévoyance

Immeuble APRILIUM  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
CS 63341 - 69439 Lyon Cedex 03  
Fax : 04 72 36 74 10

**pro.april.fr**

S.A.S. au capital de 2 441 600 € à Conseil d'Administration - RCS LYON 493 481 816  
Intermédiaire en assurances immatriculé l'ORIAS sous le n° 08 040 197 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 61 rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.  
Contrat conçu et géré par APRIL Entreprise Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance.

