

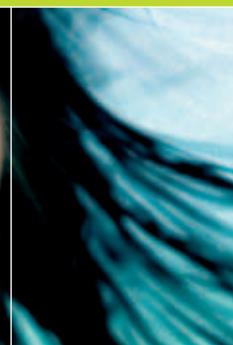
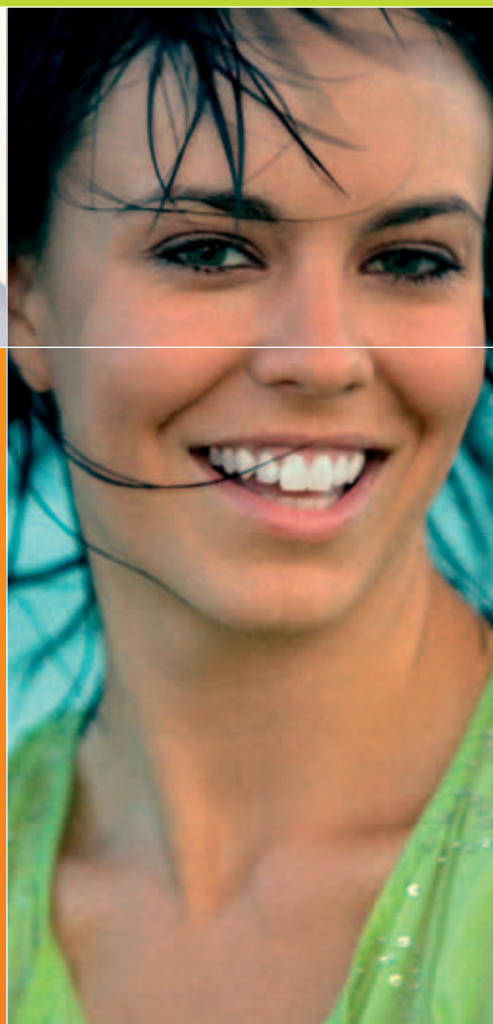


[ La Santé ] Particulier

**Garanties 2008**

# *Responsabilis Santé*

[ des solutions ] économiques pour les personnes responsables



*Prenez la liberté  
d'économiser en préservant  
votre capital santé*

**april**  
ASSURANCES

**Points forts**

- Economique
- Astucieux et responsable
- Aucun délai d'attente
- Vos remboursements en 24 heures
- Vos remboursements en ligne sur l'Espace Assurés : [www.april.fr](http://www.april.fr)

## Une complémentaire Santé qui vous veut du bien !

### Faites des économies !

**Pour vous, la santé est très importante, mais vous souhaitez maîtriser votre budget?**

APRIL Assurances vous propose la solution adaptée : "Responsabilis Santé".

Avec Responsabilis Santé, vous bénéficiez de 10 à 30% d'économies sur le prix de votre complémentaire santé<sup>(1)</sup>.

**Vous avez un comportement responsable et vous souhaitez avoir un contrat Santé qui vous ressemble ?**
**Vous trouvez normal que plus on utilise un service, plus on le paye ?**

Nous vous proposons donc un contrat qui prévoit l'application de frais associés à la gestion de vos prestations à hauteur de 1,50 € à chaque fois que vous bénéficiez d'un remboursement au titre de vos garanties.



### A qui s'adresse Responsabilis Santé ?

A vous, qui souhaitez maîtriser votre budget,

A vous, qui n'avez pas l'habitude de consulter beaucoup, mais qui prenez soin de votre santé,

A vous, qui avez un comportement responsable et, qui acceptez de prendre en charge certaines dépenses de pharmacie.

Si vous utilisez votre complémentaire, comme 75% des français, **moins de 2 fois par mois par personne**, ce produit est idéal : les économies réalisées par rapport à une complémentaire classique sont importantes : jusqu'à 30% d'économies réalisées<sup>(1)</sup> !

### Concrètement comment ça marche ?

Prenons des exemples simples.

**1. Vous allez consulter votre médecin généraliste dans le parcours de soins.**

Vous payez la consultation 25 €.

Vous avez souscrit Responsabilis Santé, Niveau Confort remboursé à 150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Vous êtes remboursés :  $25 \text{ €} - 1 \text{ €} - 1.50 \text{ €} = 22.50 \text{ €}^{(2)}$

Participation forfaitaire de 1 € appliquée par la Sécurité sociale

Frais de gestion des prestations

**2. Votre vision a changé : vous devez changer de lunettes.**

Votre monture coûte 120 €, et vos verres 170 €, soit un montant de 290 €

Vous avez choisi le niveau Confort, vous bénéficiez de 300 € de forfait optique, dès la 2<sup>ème</sup> année d'adhésion.

Vous êtes remboursés :  $290 \text{ €} - 1.50 \text{ €} = 288.50 \text{ €}^{(2)}$

(1) (par rapport à une complémentaire santé classique, selon la zone géographique de résidence.)

(2) La somme indiquée comprend la part prise en charge par votre caisse de Sécurité sociale et le remboursement au titre du contrat RESPONSABILIS Santé.

### **Vous allez à la pharmacie : niveau Equilibre.**

Vous achetez 2 boîtes de médicaments pour un montant total de 18 €.

Vous êtes remboursés :  $18 \text{ €} - 1,50 \text{ €} - (2 \times 0,50 \text{ €}) = 15,50 \text{ €}^{(2)}$

Frais de gestion des prestations

franchise médicale appliquée par la Sécurité sociale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 : 0,50 €/boîte de médicament

### **3. Vous allez à la pharmacie : niveaux Equilibre ou Confort.**

Suite à une consultation chez votre médecin dans le cadre du parcours de soin, vous allez le lendemain à la pharmacie pour acheter vos antibiotiques, pour un montant total de 16.50 €.

**Vous êtes remboursés<sup>(2)</sup> :**

$$25 \text{ €} - 1 \text{ €} - 1,50 \text{ €} = 22,50 \text{ €}$$

Consultation

Participation forfaitaire de 1 € appliquée par la Sécurité sociale

Frais de gestion des prestations

Pharmacie

Pour vos médicaments, nous remboursons directement votre pharmacien (service Tiers payant). Cela donnera lieu à l'application des frais de gestion des prestations de 1,50 € que nous déduirons de  **votre prochain remboursement.**

(2) La somme indiquée comprend la part prise en charge par votre Régime Obligatoire et le remboursement au titre du contrat RESPONSABILIS Santé.

## Quelles garanties ?

Responsabilis Santé est un produit simple, efficace et astucieux : vous choisissez parmi 3 niveaux de garanties :

### > Le niveau Eco

Un tarif ajusté pour ceux qui n'ont pas besoin de remboursements de pharmacie aux frais réels ni du Tiers Payant et qui acceptent de prendre en charge une partie des frais de pharmacie.

#### **Une attitude efficace, engagée et économique !**

La Haute Autorité de Santé décide du remboursement de chaque médicament en fonction de son SMR (Service Médical rendu). Notre niveau Eco vous permet d'être toujours très bien remboursé sur les médicaments jugés "importants", et présentant un caractère "indispensable", comme par exemple les antibiotiques. Parmi l'ensemble des médicaments remboursés par la Sécurité sociale, ces médicaments représentent 76.5 % de la consommation.

### > Le niveau Equilibre

#### **Un niveau de garantie Astucieux !**

Cette couverture vous permet de conserver la maîtrise de votre budget : vous disposez de bonnes garanties sur les postes onéreux (comme l'optique, le dentaire ou l'hospitalisation).

Par exemple, le niveau Equilibre vous permet de bénéficier d'un forfait optique de 200 € par personne et par année d'adhésion dès la 2<sup>ème</sup> année d'adhésion.

En plus, vous bénéficiez du **Tiers Payant étendu** !

### > Le niveau Confort

#### **Une couverture sécurisante !**

Une protection très efficace : vous bénéficiez de garanties renforcées sur tous les postes de soins, à un **excellent rapport qualité/prix** ! Vos dépenses de soin onéreuses comme l'hospitalisation ou l'optique sont encore mieux remboursées (jusqu'à 300 € par personne en optique !), et nous couvrons les dépassements d'honoraires de praticiens spécialistes (jusqu'à 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale). Bien sûr, vous bénéficiez du **Tiers Payant étendu** !

## Responsabilis Santé, c'est aussi des services innovants

> **La prévention**, consultez notre site de prévention en ligne en nous connectant sur [www.april.fr](http://www.april.fr) !

### > **Le coaching nutritionnel personnalisé offert !**

APRIL Assurances s'investit et vous propose un programme de coaching nutritionnel personnalisé.

Encadré par des professionnels de la nutrition, ce programme vous sensibilise à la diététique, vous permet d'évaluer vos apports alimentaires, et vous apporte si besoin un rééquilibrage alimentaire.

**Pour en savoir plus sur ce coaching, rendez-vous sur votre Espace Assuré : [www.april.fr](http://www.april.fr) !**

### > **L'Espace Assuré : votre compte personnel en ligne pour réaliser vos opérations courantes de manière autonome.**

- modifications de vos données : RIB, adresse, téléphone, email...

- demande de prise en charge : optique, dentaire, hospitalisation

+ économique + écologique, profitez-en !

# Pas de délai d'attente

# Garanties

Prestations en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés.

## Limite d'âge à l'adhésion : 65 ans.

Quelques astuces...

Responsabilis Santé	Niveau éco	Niveau équilibre	Niveau confort	Pour y voir plus clair... (2)	
<b>Frais hospitaliers</b> en secteur conventionné					
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	<b>Ex : opération de l'appendice</b> Coût total de l'opération : 834 €, dont 550 € de dépassement d'honoraires des praticiens. <b>Niveau Confort :</b> pour 834 € dépensés, votre remboursement atteindra 834 € - 1,50 € soit 832,50 €*.	
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels		
Honoraires chirurgicaux	100 %	300 %	300% la 1 <sup>ère</sup> année puis 500 %		
Chambre particulière (hospi. et maternité)	Néant	30 € par jour	50 € par jour		
Frais d'accompagnement enfant assuré - 18 ans	Néant	15 € par jour	25 € par jour		
Maison de repos et assimilés	100 % pendant 60 jours	100 % pendant 120 jours	100 % pendant 180 jours		
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	150 %		
<b>Frais hospitaliers</b> en secteur non conventionné					
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Responsabilis Santé prend en charge la participation forfaitaire appliquée par la Sécurité sociale de 18 € si vous réalisez des actes supérieurs à 91 € en cas d'hospitalisation.	
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %		
Honoraires chirurgicaux	100 %	100 %	100 %		
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	Qu'est-ce qu'un acte paramédical ? C'est un acte réalisé par un auxiliaire médical : - podologue / pédiatre - orthoptiste - orthophoniste - masseur-kinésithérapeute	
<b>Frais médicaux</b>					
Consultations, visites en parcours de soin	100 %	100 %	150 %		
Actes médicaux courants, soins externes et radiologie en parcours de soins*	100 %	100 %	150 %		
Auxiliaires médicaux, analyses	100 %	100 %	150 %		
Appareillage (orthopédie, prothèses auditives, petit appareillage)	100 %	100 %	150 %		
Transport	100 %	100 %	150 %		
<b>Pharmacie</b>					
Prise en charge par la Sécurité sociale	30% <sup>(1)</sup>	100 %	100 %	<b>Ex : Dentaire</b> Pose d'une couronne céramo-métallique codifiée SPR 50 Prix total : 460 € <b>Niveau Confort :</b> pour 460 € dépensés, votre remboursement atteindra 321 € - 1,50 € soit 319,50 €*.	
<b>Frais dentaires</b>					
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100 %	150 %	200 %		
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	100 %	100 % la 1 <sup>ère</sup> année puis 175 %	150 % la 1 <sup>ère</sup> année puis 300 %		
Orthodontie et prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale mais avec cotation	Néant	100 %	150 %		
Plafond années 1 et 2	Néant	Néant	750 €		
Plafond années suivantes	Néant	Néant	1 500 €		
Soins dentaires	100 %	150 %	200 %		
<b>Forfait soins dentaires non remboursés (Actes Hors Nomenclatures) : implants dentaires et parodontologie</b>	Néant	100 €	150 €		
<b>Frais d'optique</b>					
Monture, verres, lentilles acceptés par la Sécurité sociale Lentilles refusées par la Sécurité sociale et lentilles jetables - Forfait traitement de la myopie	50 € la 1 <sup>ère</sup> année puis 100 €	100 € la 1 <sup>ère</sup> année puis 200 €	150 € la 1 <sup>ère</sup> année puis 300 €	<b>Ex : Optique</b> Monture + verres <b>Niveau Confort :</b> pour 280 € dépensés, votre remboursement atteindra 280 € - 1,50 € soit 278,50 €*.	
<b>Maternité</b>					
Forfait naissance/adoption	Néant	50 € la 1 <sup>ère</sup> année puis 100 €	50 € la 1 <sup>ère</sup> année puis 150 €		
<b>Cure thermique</b>					
Forfait cure thermique	Néant	50 €	100 €		
<b>Divers</b>					
Dépenses médicales effectuées à l'étranger	100 %	100 %	100 %		

**Votre contrat est responsable : les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables". Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 seront au moins remboursés au ticket modérateur, sauf pour les vaccins en Niveau "Eco"**

- 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.
- Votre âge est celui que vous aurez au 31 décembre de l'année d'adhésion.

(1) En plus des remboursements de la Sécurité sociale.

(2) Ces exemples comprennent la part prise en charge par votre Régime obligatoire, et le remboursement en 2<sup>ème</sup> année d'adhésion, au titre du contrat Responsabilis Santé.

### Comprendre

#### Franchises médicales et participation forfaitaire appliquées au 01/01/08 par la Sécurité sociale et non remboursées par votre contrat

- 0,50 € / boîte de médicament
- 0,50 € / acte paramédical
- 2 € / transport sanitaire
- 1 € / consultation, acte technique et analyse biologique

# Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

Les présentes conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre :

- du contrat du type individuel RESPONSABILIS SANTE,
- de la convention d'assurance de groupe RESPONSABILIS SANTE Madelin souscrite par l'Association des Assurés d'APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance. L'adhésion à cette convention est ouverte aux personnes physiques exerçant une activité non salariée non agricole et souhaitant bénéficier du dispositif fiscal "Madelin" (loi n° 94-0126 du 11/02/1994 et ses décrets d'application).

Le contrat de type individuel et la convention seront également désignés par le terme "**Contrat**" dans les présentes conditions générales.

L'Organisme assureur de ces Contrats est **AXERIA Prévoyance**. Ces contrats sont soumis à la législation française et notamment au Code des assurances.

**AXERIA Prévoyance** est une Compagnie d'assurance vie au capital de 21 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69487 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM : 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09).

**AXERIA Prévoyance** 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 BP 3133, 69211 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 ces Contrats 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.

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

L'Adhérent est la personne physique qui adhère au Contrat. Il est également désigné par le terme "**Vous**" dans les présentes conditions générales.

L'adhésion au Contrat est constituée par la demande d'adhésion, les présentes conditions générales et le Certificat d'adhésion.

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

Le contrat **RESPONSABILIS SANTE** est de type "responsable" c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

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

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

## 1. QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?

Pour adhérer et être assuré au titre de ce Contrat, vous devez :

- résider en France (**à l'exclusion des Collectivités d'Outre-Mer**),
- relever d'un régime d'assurance maladie français,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de votre 65<sup>ème</sup> anniversaire.

Peuvent également être assurés au titre de ce contrat, 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 :**  
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](http://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 (chèques 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 de nous informer en suivant les indications de l'article 8 des présentes Conditions Générales.





APRIL ASSURANCES

Immeuble Aprilium

1 14 boulevard Marius Vivier Merle

69439 LYON Cedex 03

# Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

## 2. QUE GARANTI LE CONTRAT RESPONSABILIS SANTÉ ?

Pendant la période où votre adhésion est en vigueur, le Contrat prend en charge en fonction du niveau de garantie que Vous avez souscrit, le remboursement :

- des frais médicaux et chirurgicaux restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité sociale**,
- des dépenses de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique non prises en charge par la **Sécurité sociale** mais relevant des garanties de votre Contrat,

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

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

### Dépenses médicales effectuées à l'étranger :

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

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

## 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.

Lorsque le tableau des garanties mentionne l'existence d'un plafond de remboursement, celui-ci s'entend par **Année d'adhésion** et par **Assuré**.

**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 du contrat RESPONSABILIS SANTE.

**Attention : si une des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaît pas dans votre tableau de garantie, c'est que Vous n'en bénéficiez pas.**

#### 3.2.1 En cas d'hospitalisation :

Votre contrat intervient pour toute hospitalisation prise en charge par la **Sécurité sociale**.

Le montant de vos remboursements variera selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non.

#### Honoraires chirurgicaux

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

#### Le forfait journalier :

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

**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 !

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

**Exemple de remboursement au 1<sup>er</sup> janvier 2008 :**  
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 1,50 € de frais de gestion des prestations.

**Conseil :**  
En cas d'hospitalisation, pensez à Nous faire une demande de prise en charge. Nous réglerons ainsi les frais pris en charge par votre contrat directement à l'Hôpital. Ce qui peut vous éviter 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.



# Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

## Les frais de séjour

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

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

## Séjour en maison de repos et assimilés

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

- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (**à l'exclusion de la thalassothérapie**) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.

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

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

## 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, pour toute Hospitalisation en secteur conventionné.

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

- à un séjour en maison de repos ou assimilé,
- à une Hospitalisation psychiatrique.

## Frais d'accompagnant :

En cas d'Hospitalisation d'un de vos enfant Assuré de moins de 18 ans, cette garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant ayant également la qualité d'Assuré au contrat.

## La psychiatrie :

- Toute hospitalisation pour motif psychiatrique en établissements conventionnés est prise en charge **dans la limite de 60 jours par Année d'adhésion** sur la base de 100% de la **Base de remboursement** y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière**.

## 3.2 .2 Pharmacie

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

### 3.2.3 Frais médicaux

#### Consultations et visites des médecins

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

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

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

**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.

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

Un établissement hospitalier conventionné est un **établissement qui applique les tarifs fixés par la Sécurité sociale**. Il s'agit donc de tous les établissements publics et des établissements privés ayant passé une convention avec la **Sécurité sociale**. A l'inverse les établissements non conventionnés peuvent pratiquer des tarifs plus élevés. N'hésitez pas à demander un devis !

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

**A noter :**  
Ce forfait vous permet notamment d'accompagner votre enfant 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.

**Conseil :**  
Si Vous souhaitez connaître les tarifs pratiqués par un Professionnel de santé, contactez votre Caisse de Sécurité sociale par téléphone.

**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.

# Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

## **Transport :**

Cette garantie vous rembourse 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, radiologie :**

Sont pris en charge au titre de ces garanties :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologue, kinésithérapeutes et sages femmes,
- les frais d'analyses, d'exams et de radiologie,
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement,
- les frais d'actes cliniques et techniques.

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

## **Appareillage et Prothèse auditive :**

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

## **Les prestations de prévention :**

Sont pris en charge au titre de vos garanties, en complément de la **Sécurité sociale**, l'ensemble des prestations de prévention prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et définies par arrêté du 8 juin 2006, **à l'exception des vaccinations qui ne sont pas prises en charge si vous avez souscrit le Niveau Eco.**

## **3.2.4 Frais dentaires :**

### **Soins dentaires**

Cette garantie Vous rembourse :

- 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.**

### **Prothèses dentaires et frais d'orthodontie :**

Ils sont pris en charge sous réserve :

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

### **Forfait soins dentaires non remboursés :**

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

## **3.2.5 Frais d'Optique :**

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

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

## **3.2.6 Les forfaits :**

### **• Forfait cure thermique :**

Sont pris en charge dans la limite du montant du forfait prévu au tableau des garanties les frais de cure thermique pris en charge par la **Sécurité sociale**, **à l'exclusion de tout autre frais**, tels que les frais de transport ou les soins annexes à la cure thermique. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Assuré et par Année d'adhésion.**

**A noter :**  
Certains transports prescrits par votre médecin peuvent ne pas donner lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Renseignez vous auprès de votre Caisse de Sécurité sociale !

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

**Exemple de frais pris en charge au titre de cette garantie :**  
Les frais de corset ou de semelle orthopédique, de colliers cervicaux,...

**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

## • Forfait naissance/adoption :

La naissance d'un enfant ou l'adoption fait l'objet du versement d'un forfait. Ce forfait est versé au pour la naissance ou l'adoption d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples.

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

### 3.3 Le service Tiers Payant Santé :

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

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

#### A noter :

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

## 4. QUE FAUT IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

### 4.1 - Les documents à Nous adresser :

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

Dans les autres cas, Vous devrez Nous adresser dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par la **Sécurité sociale** :

- les originaux des décomptes délivrés par la **Sécurité sociale**,
- les notes ou factures acquittées détaillant les actes et prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein de votre tableau des garanties,
- les décomptes établis par les éventuels autres organismes d'assurance complémentaire santé.

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

#### A noter :

La télétransmission Nous permet de recevoir de votre **Sécurité sociale** les informations nécessaires à votre remboursement. Vous n'avez donc rien à faire ! et vous serez remboursés sous 24 heures.

### 4.2 - Les modalités de remboursement :

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

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

Nous pouvons être amenés à réclamer à l'Assuré demandant ou ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document que Nous jugerons utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL Assurances.

#### Conseil :

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

### Modalités d'application des frais de gestion des prestations :

Dans le cadre du versement de vos prestations, Nous appliquerons des frais de gestion pour chaque acte de soins remboursé à un Assuré au titre des garanties du Contrat à hauteur de 1,50 € par acte de soins remboursé.

Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour par un Assuré, les frais de gestion ne seront appliqués qu'une seule fois au titre du premier acte de soin remboursé.

Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement au titre des garanties du contrat inférieur à 1,50 €, les frais appliqués seront limités au montant du remboursement.

Le montant des frais de gestion appliqués est indiqué sur chaque relevé de prestation.

Il est dû par l'Adhérent et réglé à APRIL Assurances par voie de compensation sur le montant des prestations à payer.

Ces frais de gestion pourront évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Ils seront alors mentionnés sur l'avis d'échéance annuel. En cas de refus, l'Adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion au contrat dans les conditions définies à l'article "Cessation de vos garanties".

### 4-3 - Le contrôle médical

**Nous nous réservons le droit de faire expertiser l'Assuré par un médecin de notre choix, à tout moment.**

**Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin que Nous aurons désigné doit avoir libre accès auprès 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

#### 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.

# Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

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

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

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou définitif, (à moins que trois mois ne soient écoulés depuis sa nomination), sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

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

## 5. CE QUE VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE

### **Sont exclus des garanties :**

- **les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,**
- **les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,**
- **les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 4), la thalassothérapie,**
- **les hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés.**

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

- **la participation forfaitaire légale ou franchises médicales qui reste à la charge des assurés sociaux,**
- **la diminution du remboursement du régime obligatoire et les dépassements d'honoraires consécutifs :**
  - **au non respect du parcours de soins coordonné,**
  - **au refus par l'assuré social d'autoriser le professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel (DMP).**

**Montants appliqués par la Sécurité sociale au 1<sup>er</sup> 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 et acte technique.

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

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

### **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.

### **Si Vous avez adhéré au Contrat suite à un démarchage à domicile :**

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9-I. du Code des assurances s'appliquent :

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

### **Si Vous avez adhéré au Contrat 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.

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

**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).

# Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

## **Dans ces deux cas, pour exercer votre droit à renonciation :**

Vous devez Nous adresser la lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL 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 au contrat "RESPONSABILIS 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.

## **6.2 - Durée de vos garanties :**

**Votre adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, 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 vos garanties".

## **6.3 - Cessation de votre adhésion :**

**Les garanties et le droit aux prestations cessent dès la résiliation de votre adhésion au Contrat 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,
- à réception de votre avis d'échéance annuel et notamment en cas d'augmentation de la cotisation ou des "frais de gestion des prestations". Vous avez la possibilité de résilier votre contrat par lettre recommandée adressée à APRIL Assurances dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance (date figurant sur la cachet de la poste). La résiliation prend effet à la date de réception par APRIL Assurances de la lettre recommandée et au plus tard le 31 janvier de l'année en cours. La cotisation reste due pour la période de garantie entre la date d'échéance et la date d'effet de la résiliation.

A l'initiative de l'Organisme assureur :

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe "Votre cotisation,"
- en cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque lors de votre adhésion ou en cours de Contrat,
- et pour chaque Assuré, dès lors qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable.

Si vous êtes Adhérent à la convention groupe, en cas de dénonciation de cette convention par l'Organisme assureur ou l'Association des Assurés d'APRIL, 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.

De même, en cas de démission de l'Association, votre contrat prendra alors automatiquement fin au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de la démission.

**A noter :**  
Vous n'avez pas à intervenir, votre contrat se renouvelle automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

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

## 7. Votre cotisation

### **7.1 Comment est déterminée votre cotisation ?**

Votre cotisation à l'adhésion est fonction du niveau que Vous avez choisi, de la composition de la famille assurée, du Régime obligatoire, de la zone géographique du domicile et de votre âge à l'adhésion.

Si vous adhérez en couple, la cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion de votre conjoint s'il est plus jeune que vous.

Votre âge ou celui de votre **Conjoint** est toujours déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

En cas de modification du niveau de garantie souscrit suite à votre demande, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de votre âge ou celui de votre conjoint le cas échéant à la date de prise d'effet de ladite modification.

**A noter :**  
Toute modification de l'un de ces critères entraînera un nouveau calcul de votre cotisation.

**Exemple :**  
Date d'effet de vos garanties : 01/01/2008  
Votre date de naissance : 25/10/1968  
Votre âge à l'adhésion est 40 ans.

RS08-03/08



# Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

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.

## **7.2 - Comment évolue votre cotisation ?**

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

A ces taux, peut s'ajouter une révision de la cotisation en fonction des évolutions des charges et dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier, ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des assurés sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure de la **Sécurité sociale**, ou en cas de modification dans la situation des Assurés (la nouvelle cotisation prenant effet à la date d'effet de ladite modification).

## **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 au Contrat 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.

### **A noter :**

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

## **8. LES INFORMATIONS QUE VOUS DEVEZ PORTER A NOTRE CONNAISSANCE**

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

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

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

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

Ainsi, au cours de votre adhésion, Vous devez Nous déclarer par écrit dès que Vous en avez connaissance, tout changement intervenu dans votre situation ou celle des Membres de votre famille, tels que changement de Régime obligatoire, de situation professionnelle et/ou familiale et de domicile.

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 que Vous et les Membres de votre famille Nous auriez fournies notamment lors de la déclaration d'un sinistre, Vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre adhésion.**

### **Conseil :**

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

### **A noter :**

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



# Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances je comprends

## 9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de votre adhésion au Contrat 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 l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

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

## 10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés dans l'application de votre adhésion au Contrat, nous vous recommandons de Vous adresser à votre assureur conseil habituel. 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.

**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](http://www.april.fr)

## 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 la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

### **Certificat d'adhésion :**

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion au présent Contrat et qui précise pour chacun des Assurés les garanties souscrites, le niveau choisi et leurs dates d'effet.

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

### **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** 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** de la **Sécurité sociale** 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 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.

**A noter :**  
La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 15/05/2008.  
L'Année d'adhésion correspond à la période du 15/05/2008 et le 15/05/2009.

## Je joins à mon envoi

### Important

- 1 **Ma demande d'adhésion** : remplie, datée et signée,
- 2 **Mon relevé d'identité bancaire ou postal**, pour davantage de simplicité et de rapidité,
- 3 **La photocopie de l'Attestation Vitale du régime obligatoire** (si plusieurs assurés sociaux, joindre une photocopie de chaque attestation).

J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Prévoyance  
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03

## Et après l'adhésion ?

**Ma demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances.**

Dans les jours qui suivent la signature du contrat, mon assureur-conseil me remet mon dossier d'assuré comprenant :

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- mon certificat d'adhésion
- mon avis d'échéance (situation de mon compte)
- un nouvel exemplaire des conditions générales de mon contrat
- un résumé de mes garanties
- des informations sur l'assistance

**Vous recevrez dans les prochains jours, directement à votre domicile, votre autorisation de prélèvement automatique pré-remplie à signer, et à retourner dans les plus brefs délais à votre banque.**

### L'Espace Assuré, un outil pratique et écologique

**Vous disposez d'un accès à l'Espace Assuré, en vous connectant sur [www.april.fr](http://www.april.fr)**

C'est votre compte personnel en ligne qui vous permet de réaliser des opérations en ligne liées à votre contrat :

- demande de prise en charge, modifications...

- ⊕ **de réactivité** : dès qu'un paiement est effectué vous le visualisez
- ⊕ **d'économies** : vos opérations en ligne génèrent ⊖ d'appels téléphoniques, ⊖ de papiers envoyés
- ⊕ **d'autonomie** : votre accès facile à tous les documents et informations de votre contrat
- ⊕ **d'écologie** : vos documents sont en ligne, disponible à tout moment.

**Profitez-en !**

# Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion  modification\*  fax transmis le :         n° adhérent :

\* Merci de préciser sur papier libre la nature de la modification.

En cas d'adhésion en couple, si un des adultes est TNS, il est **obligatoirement** l'adhérent. n° assureur-conseil :

Adhérent(e)		Situation de famille : .....		Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/>	
M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Mlle <input type="checkbox"/>	Profession exacte de l'adhérent : .....		N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (obligatoire)
Nom : .....		Profession exacte du conjoint assuré : .....		N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (facultatif)	
Nom de jeune fille : .....		N° de Sécurité sociale du conjoint assuré : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (obligatoire)		N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (facultatif)	
Prénom : .....					
Né(e) le : .....					
Adresse : .....					
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : .....					
Adresse email (4) : .....					
Tél. domicile : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

Les garanties souscrites (1) :  Niveau Eco  Niveau Equilibre  Niveau Confort  
Deductibilité Loi Madelin<sup>(1)(5)</sup>  oui  non Si TNS créateur bénéficiaire de l'ACCRES, préciser la date de la création d'entreprise

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire (3)				Cotisations TTC
					Salarié	TNS	Agric.	Alsace Moselle	
Adhérent(e)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ma cotisation mensuelle totale TTC telle qu'elle est indiquée sur le devis que m'a remis mon Assureur Conseil.  Droit d'adhésion (2)
Conjoint(e)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1 <sup>er</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= ..... €

Je choisis ma périodicité de paiement (1)		Date d'effet souhaitée <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Périodicité	Prélèvement automatique	(Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances) <b>1 seul niveau doit être souscrit pour une même famille.</b>
Annuelle	<input type="checkbox"/>	
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	
Mensuelle	<input type="checkbox"/>	

(1) Mettre une croix pour l'option choisie.  
(2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.  
(3) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.  
(4) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.  
(5) La déductibilité Madelin est possible si l'adhérent principal exerce une activité non salariée non agricole conformément au dispositif fiscal "Madelin" (loi n° 94-0126 du 11/02/94 et ses décrets d'application). Si l'adhérent exerce une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et souhaite bénéficier de la loi Madelin, cocher "Oui" mais indiquer le régime obligatoire SS.

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois  .

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.

**Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées RS 08-03/08, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions Générales applicables sont celles référencées ci-dessus.**

En tant que Travailleur indépendant, en optant pour le dispositif fiscal "Loi Madelin", je demande mon adhésion à la convention souscrite par l'Association des Assurés d'APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayants droits inscrits sur la demande d'adhésion. **J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires et je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association.**

**Je reconnais être informé que des frais de gestion de prestations seront appliqués pour chaque acte de soins remboursé à un assuré par APRIL Assurances. Le montant de ces frais de gestion de prestations est de 1.50 €, dans la limite d'un acte par jour. Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour par un assuré, les frais de gestion des prestations ne seront prélevés qu'une seule fois, au titre du premier acte remboursé. Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement par APRIL Assurances inférieur à 1.50 €, alors les frais de gestion des prestations seront limités au montant du remboursement.**

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - 114 bd Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03. Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois. Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Assurances.

**Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur."**

<b>Le cachet et le visa de l'assureur-conseil</b>	<b>La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "lu et approuvé"</b>
<input type="text"/>	Fait à <input type="text"/>
	le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

La demande d'adhésion est à photocopier et à remettre à l'Adhérent.

## 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 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 et Prévoyance individuelle** ..... Tél. **0891 46 9000** (0,23 € TTC/min)

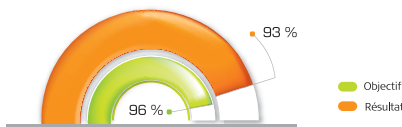


**Assurance de Prêt** ..... Tél. **0891 46 6000** (0,23 € TTC/min)

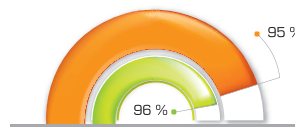
[www.april.fr](http://www.april.fr)

### [ Notre engagement, votre satisfaction ]

Satisfaction clients assurés\*



Satisfaction Assureurs Conseil\*



Une société certifiée\*\*  
ISO 9001 version 2000

## APRIL des solutions adaptées

APRIL 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.

Pour en savoir plus sur nos solutions ..... [www.aprilgroup.fr](http://www.aprilgroup.fr)

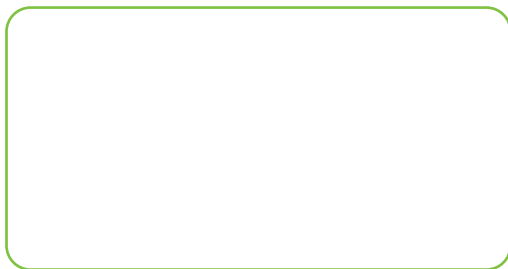
## APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

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

Aujourd'hui, ce sont plus de **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **2 060 collaborateurs et 42 sociétés du groupe**.

### Pour en savoir plus

contactez votre assureur-conseil ou votre conseiller mutualiste



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](http://www.april.fr)

