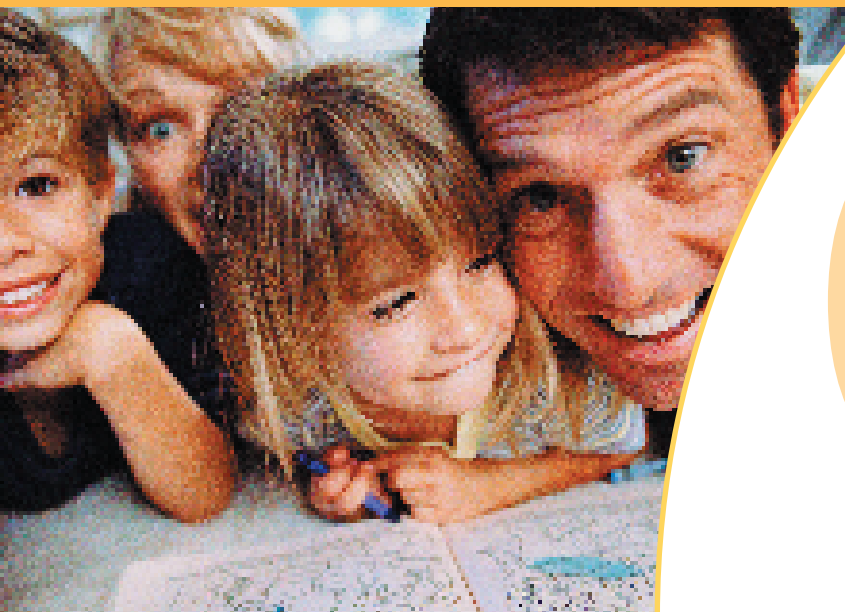


P R É V O Y A N C E

*Santé*



# Balinéa Santé 2006

*Toutes Cibles*

## La complémentaire santé de toutes les attentes

Demande d'Adhésion et Conditions Générales - 2006

- 7 niveaux de garanties + renfort optique et dentaire + forfait médecine naturelle
- Tiers payant étendu
- Aucun questionnaire médical
- Garantie viagère immédiate

Société Mutuelle  
**Mieux-Être**

Contrat assuré par la SMME, mutuelle  
inscrite au registre de la mutualité  
(RNM) sous le n° 775 659 907  
et adhérente à la FNMF

  
**MUTUALITÉ  
FRANÇAISE**



  
**april**  
assurances

# Demande d'adhésion

**MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES**

n° adhérent : \_\_\_\_\_

nouvelle adhésion  modification  fax transmis le : \_\_\_\_\_

n° assureur-conseil : \_\_\_\_\_

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

Les garanties souscrites (1) :  Niveau 1  Niveau 1+  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4  Niveau 5  Niveau 6  
 Renfort Optique/Dentaire  Médecine Naturelle Si TNS, je souhaite bénéficier de la Loi Madelin (1)  oui  non  
 Si TNS créateur bénéficiant de l'ACCRES, préciser la date de la création d'entreprise \_\_\_\_\_

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe (1)	Régime obligatoire (4)				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 de base	= ..... €
Conjoint(e)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROD + 10 % de la cotisation de base	+ ..... €
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"/>	Médec. Nat. + 10% de la cotis. de base	+ ..... €
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"/>	Ma cotisation mensuelle totale TTC	= ..... €
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"/>	Droit d'adhésion (2)	+ ..... 20 €
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 verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte de 45 € minimum (5)	= ..... €

Je choisis mon mode de paiement (1)		
Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	impossible
Mensuelle	<input type="checkbox"/> (3)	impossible

(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) Minimum pour le paiement mensuel : 16 euros.  
 (4) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.  
 (5) Cet acompte n'est pas dû si vous avez fait l'objet d'une vente par démarchage à domicile.

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 : \_\_\_\_\_

Au cours du mois précédant la date de prise d'effet de la présente adhésion :  
 Avez-vous bénéficié de garanties "complémentaire santé" ?  oui  non  
 Si oui, ces garanties étaient-elles équivalentes ou supérieures ?  oui  non  
**(joindre obligatoirement à cette demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et du tableau de garanties)**  
 Avez-vous déjà été radié(e) d'un organisme d'assurance ou d'une mutuelle ?  oui  non  
 Si oui, pour quel motif ? \_\_\_\_\_  
**Date d'effet souhaitée** \_\_\_\_\_  
 (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)

**IMPORTANT** Si au moins un assuré bénéficie du régime local Alsace-Moselle, l'ensemble des assurés ne bénéficie pas du Tiers Payant Santé.

"Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de la SMME, pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances et de la SMME. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant notice d'information, référencées BAS 05 - 10/05, 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 mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.  
 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 - 27 rue Maurice Flandin, 69003 Lyon. APRIL Assurances pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés. 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 reflète de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Assurances.  
 Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances. **J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.**"

<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>
	Fait à _____ le _____



# Conditions générales

valant notice d'information

(A conserver  
par l'assuré)

Il a été conclu entre l'Association des Assurés d'APRIL Assurances (association loi 1901), située BP 3133 69211 Lyon Cedex 03 et la Société Mutuelle Mieux Être (Mutuelle régie par le code de la Mutualité RNM sous le numéro 775 659 907, située 171 avenue Ledru Rollin, 75011 Paris), une convention de groupe à adhésion facultative dont la gestion a été confiée à APRIL Assurances.

Cette convention est ouverte aux membres de l'association des Assurés d'APRIL Assurances.

Cette convention est régie par le Code de la Mutualité, les statuts de la Mutuelle ; les présentes conditions générales, les Certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance, 54 rue de Châteaudun 75009 PARIS.

Les garanties de la présente convention d'assurance s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dit "Contrats responsables" issus de l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement de la présente convention seront automatiquement adaptés, pour chacune des adhésions, en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "Contrats responsables", qui pourraient intervenir ultérieurement.

## 1. Objet

L'adhésion à la présente convention garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par le Bénéficiaire dans la limite des garanties et du niveau souscrit.

## 2. Qui peut être assuré ?

Pour être admissible à l'assurance, tout proposant doit :

- résider en France (à l'exclusion des Territoires d'Outre-Mer),
- avoir à l'adhésion un âge inférieur ou égal à celui prévu au tableau des garanties,
- relever d'un régime d'assurance maladie français.

## 3. Contenu de la garantie

### Modalités de remboursement :

APRIL Assurances rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un Régime obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont basées sur la valeur du Tarif de convention ou du Tarif d'autorité ou toute autre participation fixée par la réglementation Sécurité sociale en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

Pour les actes, conventionnés ou non conventionnés, concernés par la nouvelle nomenclature CCAM, les garanties exprimées en pourcentage du Tarif de Convention (TC), du Tarif d'Autorité (TA) ou du Tarif de Responsabilité (TR) désignent des remboursements en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

Le remboursement est effectué poste par poste selon le niveau choisi, conformément au tableau des garanties.

Si les remboursements du Régime obligatoire sont modifiés au cours de l'année, l'organisme assureur se réserve le droit de conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant ladite modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

### Plafonds :

Les remboursements sont plafonnés par Année d'adhésion et par Bénéficiaire selon le niveau de garantie choisi, conformément aux tableaux des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes.

**Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.**

### Concernant plus particulièrement :

#### - L'hospitalisation

• **Les séjours hospitaliers en secteur non conventionné** sont remboursés à partir des bases de calcul retenues par le Régime obligatoire.

#### • Garantie maison de repos et assimilés :

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, sont pris en charge dans la limite prévue au tableau des garanties en fonction du niveau choisi sur la base de 100% du Tarif de convention y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière** et déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

#### - La psychiatrie

• **Les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés sont prises en charge dans la limite de 3 consultations par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

• **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% du Tarif de convention y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière** et déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

#### - Le dentaire

• **Les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie donnant lieu à cotation mais non remboursés** par la Sécurité sociale sont remboursés sur la base du Tarif de convention.

#### • Forfait soins dentaires hors nomenclature :

Les dépenses d'implants, d'actes de parodontologie ou de prévention des caries sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

#### - L'optique

#### • Forfait optique

Les verres, montures et lentilles sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

#### • Forfait opération laser de la myopie :

Les dépenses liées à la chirurgie réfractive par laser pour le traitement de la myopie sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

#### - Les forfaits

#### • Forfait cure thermale :

Les frais de cure thermale (pris en charge par le Régime obligatoire) sont remboursés par le forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi.

**Il exclut le remboursement de tout autre frais tels que les frais de transport ou les soins annexes à la cure thermale. Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

#### • Forfait naissance/adoption :

La naissance d'un enfant ou l'adoption font l'objet du versement d'un forfait selon le niveau choisi. Il est versé au Bénéficiaire en cas de naissance d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples. **Il exclut le remboursement de tout autre frais**, sauf les dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale ou de complication pathologique et le supplément chambre particulière, qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi.

**Si l'Adhérent et son Conjoint sont Bénéficiaires, il n'est versé qu'un seul forfait.**

#### • Forfait médecine naturelle :

Sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi :

- les dépenses liées à des actes d'Ostéopathie, de Chiropractie, d'Acupuncture, de Microkinésithérapie et à la réalisation de vaccins médicalement prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire,
- les dépenses liées à des actes de manipulation articulaire ou vertébrale pratiqués par un médecin ou un kinésithérapeute immatriculé à la Sécurité sociale,

# Conditions générales

valant notice d'information

- les dépenses liées à la réalisation, une fois par an et par Bénéficiaire, d'un bilan nutritionnel effectué par un médecin ou un diététicien,
- les dépenses liées à la réalisation, une fois par an et par Bénéficiaire, d'un bilan allergique effectué au domicile du Bénéficiaire par un médecin ou un conseiller médical en environnement intérieur,
- les médicaments homéopathiques médicalement prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire.

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

#### • Forfait visite du sport :

Les dépenses liées aux visites médicales rendues nécessaires par la pratique d'un sport en tant que licencié sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

#### Etendue géographique :

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par le Régime obligatoire du Bénéficiaire sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties. Les prestations sont remboursées en France et en euros.

## 4. Contrôle des prestations versées

APRIL Assurances pourra demander au Bénéficiaire ayant perçu des prestations, tout renseignement ou document qu'elle jugera utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, le Bénéficiaire pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL Assurances.

## 5. Expertise

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

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

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

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

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

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

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

## 6. Règlement des prestations

Les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à APRIL Assurances dans les 3 mois qui suivent le paiement du régime obligatoire ou l'arrivée d'un enfant :

- les décomptes originaux du régime obligatoire (si vous ne bénéficiez pas de la Télétransmission),
- les notes ou factures acquittées (détaillant les actes et prestations réalisés)
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,
- les prescriptions médicales et les factures correspondantes pour le forfait médecine naturelle,
- une copie du livret de famille pour le forfait naissance,
- une copie de la licence sportive du Bénéficiaire pour le forfait visite du sport.

## 7. Cotisations

La cotisation à l'adhésion (taxes actuelles comprises) est fonction de l'âge à l'adhésion de l'Adhérent. Pour les adhésions en couple, la cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion du Conjoint s'il est plus jeune que l'Adhérent.

L'âge de l'Adhérent ou du Conjoint est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation évolue contractuellement de :

- 2 % chaque année, jusqu'au 70 ans de l'Adhérent pour les niveaux 1, 1+ et 2 et 3 % au-delà de cet âge
- 2 % chaque année, jusqu'au 65 ans de l'Adhérent pour les niveaux 3, 4, 5 et 6 et 3 % au-delà de cet âge

A ces taux, s'ajoute l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge, du domicile, de la composition de la famille assurée, du Régime obligatoire et du niveau choisi.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1<sup>er</sup> janvier ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des Bénéficiaires venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime obligatoire ou en cas de modification dans la situation des Bénéficiaires (la nouvelle cotisation prendra effet à la date d'effet de ladite modification).

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

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL Assurances adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, APRIL Assurances résiliera de plein droit le contrat. En outre, il pourra réclamer en justice 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.

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

## 8. Limitations de garanties

**Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :**

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

# Conditions générales

valant notice d'information

## 9. Effet, durée et cessation des garanties

### 9.1 - Date d'effet des garanties :

A la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et au plus tôt le lendemain zéro heure de la date de la réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances sous condition suspensive du paiement de la première cotisation et sous réserve d'acceptation par APRIL Assurances concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion.

### 9.2 - Délais d'attente :

**9.2.1** – L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion avoir bénéficié de garanties "complémentaire santé" supérieures ou égales au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion, devra joindre à sa demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et des documents indiquant le niveau et le contenu des garanties du précédent contrat. Dans cette hypothèse, aucun délai d'attente ne lui sera appliqué **à l'exception du forfait "naissance/adoption" où il est égal à 9 mois.** Pour le cas où l'Adhérent ne fournirait pas les documents susmentionnés justifiant le niveau des garanties du précédent contrat, il lui sera appliqué les délais d'attente mentionnés au 9.2.2.

**9.2.2** – L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion avoir bénéficié de garanties "complémentaire santé" inférieures au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion, devra joindre à sa demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et des documents indiquant le niveau et le contenu des garanties du précédent contrat. Dans cette hypothèse, l'adhérent se verra appliquer les délais d'attente suivant :

#### Hospitalisation :

- En cas d'hospitalisation suite à une maladie ou maternité au cours des 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les honoraires chirurgicaux est plafonné à :
- Pour le niveau 1+ et 2 : 100% du TC \*
- Pour le niveau 3 : 300% du TC \*
- Pour le niveau 4, 5 et 6 : 400% du TC\*
- En cas d'hospitalisation suite à une maladie ou maternité au cours des 6 premiers mois d'adhésion, les garanties chambre particulière et "accompagnant enfant" des niveaux 5 et 6 sont plafonnées aux montants mentionnés pour le niveau 4 du tableau des garanties.

#### Honoraires médicaux :

- Les garanties honoraires médicaux des généralistes, spécialistes et paramédicaux des niveaux 5 et 6 sont plafonnés durant les 6 premiers mois d'adhésion à 150% du TC \*.

#### En dentaire :

- Durant les 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les frais de prothèses non remboursées et d'orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire est limité à :
- Pour le niveau 3 : 100% du TC sans plafond
- Pour le niveau 4 : 125% du TC, sachant que le plafond applicable est celui du niveau 3
- Pour le niveau 5 et 6 : 200% du TC, sachant que le plafond applicable est celui du niveau 4
- Durant les 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les frais de prothèses remboursées et d'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire des niveaux 5 et 6 est limité à 250% du TC\*, sachant que le plafond applicable est celui du niveau 4.

Les plafonds s'entendent au global des frais de prothèses et d'orthodontie remboursées et non remboursées par le Régime obligatoire.

#### En optique :

- Les forfaits optiques des niveaux 5 et 6 sont plafonnés, durant les 6 premiers mois d'adhésion, aux montants mentionnés pour le niveau 4 du tableau des garanties.

Pour le cas où l'Adhérent ne fournirait pas les documents justifiant le niveau des garanties du précédent contrat, il lui sera appliqué les délais d'attente mentionnés au 9.2.3.

#### En cas de maternité :

- Le forfait naissance s'applique après un délai d'attente de 9 mois.

**9.2.3** L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion ne pas avoir bénéficié de garanties "complémentaire santé" au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion ou n'ayant justifié d'aucune garantie au cours du mois écoulé, se verra appliquer les délais d'attente suivant :

#### Hospitalisation :

- En cas d'hospitalisation suite à une maladie ou maternité au cours des 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les honoraires chirurgicaux et pour les frais de séjour en secteur non conventionné des niveaux 3, 4, 5 et 6 est plafonné à 100% du T.C\*.
- Les garanties chambre particulière et "accompagnant enfant" des niveaux 5 et 6, s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties, en cas d'hospitalisation suite à maladie ou maternité.

#### Honoraires médicaux :

- Les garanties honoraires médicaux des généralistes, spécialistes et paramédicaux des niveaux 5 et 6 donnent lieu au cours des 6 premiers mois suivant la date d'effet des garanties à un remboursement des prestations limité à 100 % du T.C\*.

#### En dentaire :

- Les frais de prothèses non remboursées et d'orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire donnent lieu au cours des 6 premiers mois suivant la date d'effet des garanties à un remboursement des prestations limité de 100% du T.C.
- Les frais de prothèses remboursées et d'orthodontie remboursée des niveaux 5 et 6 donnent lieu au cours des 6 premiers mois suivant la date d'effet des garanties à un remboursement des prestations limité à 100% du T.C\*.

#### En optique :

- Les forfaits optiques des niveaux 5 et 6 s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties.

#### En cas de maternité :

- Le forfait naissance s'applique après un délai d'attente de 9 mois.

Pas de Délai d'Attente pour les enfants à condition qu'ils soient inscrits dans les deux mois qui suivent leur naissance ou leur adoption.

Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'Accident et pour les garanties optionnelles Renfort Optique et Dentaire et Médecine naturelle.

Ces délais s'appliquent, en cas d'augmentation ou d'adjonction de garantie, aux prestations résultant de cette augmentation ou adjonction et sont décomptés à partir de la date d'effet des garanties mentionnées au certificat d'adhésion.

## 9.3 - Durée des garanties

Elles sont viagères dès la date d'adhésion.

L'échéance est au 31/12. L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction à compter du 1<sup>er</sup> janvier suivant la date d'adhésion, pour autant que la convention reste en vigueur.

En cas de cessation d'activité de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, l'organisme assureur s'engage à maintenir aux Bénéficiaires l'intégralité des garanties dont ils bénéficieront à la date de cessation.

## 9.4 - Cessation des garanties

**Les garanties du contrat cessent :**

- a) en cas de dénonciation de la convention par l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent),
- b) en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins,
- c) en cas de non-paiement des cotisations, les garanties étant suspendues 10 jours avant la résiliation (cf. art 7),
- d) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire,
- e) en cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat.

Les garanties et le droit aux prestations cessent à la date d'effet de la résiliation.

# Conditions générales

valant notice d'information

En cas de résiliation par l'organisme assureur ou l'Association dans les cas énoncés au a), l'organisme assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'Adhérent, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de résiliation.

## Sanctions en cas de fausse déclaration :

Le présent contrat est établi d'après les déclarations des Bénéficiaires.

**Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.**

## 10. Prescription du paiement des prestations

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 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 l'Adhérent 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.

## 11. Changement dans la situation du bénéficiaire

L'Adhérent doit informer APRIL Assurances par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un Bénéficiaire, statut, situation, domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

## 12. Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

## Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

**Accident** : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

**Adhérent** : Personne membre de l'Association, qui adhère à la présente convention de groupe.

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

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

**Bénéficiaire** : L'Adhérent et éventuellement son conjoint et leurs enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, admis à l'assurance. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion.

**Certificat d'adhésion** : Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la présente convention de groupe et qui précise pour chacun des bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi.

**Code** : Code de la Mutualité.

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

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

**Maladie** : Altération de la santé constatée par une autorité médicale.

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

**Régime obligatoire** : Le régime de Sécurité sociale français auquel est affilié le Bénéficiaire.

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

**TC \*** : Tarif de Convention sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire du Bénéficiaire.

**TA (Tarif d'Autorité)** : Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

**TR (Tarif de Responsabilité)** : Cela vise :

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

APRIL ASSURANCES  
27 Rue Maurice Flandin  
BP 3343  
69403 LYON CEDEX 03



# APRIL Assurances à vos côtés

APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances simples et innovantes, les gère dans un souci permanent de réactivité et de qualité et les distribue par l'intermédiaire d'un réseau d'assureurs-conseils indépendants. Certifiée ISO 9001 version 2000 pour ses activités de conception et gestion d'assurances de personnes, APRIL Assurances place la satisfaction clients au coeur de ses engagements.



## Un large éventail de solutions

Très diversifiées, elles permettent à APRIL Assurances de répondre aux attentes du plus grand nombre d'assurés : famille, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants, voyageurs.

### Prévoyance

Solutions d'assurances santé et prévoyance individuelles.

Tél. 0 891 46 9000

(0,23 € TTC/min)

### Habitat

Solutions d'assurances de prêt, offre de crédit.

Tél. 0 891 46 6000

(0,23 € TTC/min)

### Entreprise

Solutions d'assurances santé et prévoyance pour l'entreprise, protection du dirigeant.

Tél. 04 72 36 75 35

## Notre engagement Votre satisfaction

- Une prise en charge immédiate des dossiers pour une gestion en 24 heures,
- 94 % de nos assurés sont satisfaits des produits et services APRIL Assurances\*,
- 96 % de nos assureurs-conseils recommanderaient APRIL Assurances à un confrère\*\*.



En 2005 APRIL Assurances entre dans le Palmarès des "25 entreprises où il fait bon travailler en France."

## Les filiales d'APRIL Assurances



Solutions d'épargne, de retraite et de défiscalisation.



Solutions d'assurances à l'étranger.



Solutions d'assurances automobile et habitation.

## Principaux repères

- Création d'APRIL Assurances en 1988,
- Division d'APRIL Group, coté à la bourse de Paris (SBF 120),
- Près d'1 million d'assurés à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- 550 collaborateurs,
- 11 400 assureurs-conseils indépendants.

Votre Assureur-Conseil



Siège social,  
27 rue Maurice Flandin - BP 3261  
69403 Lyon cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet <http://www.april.fr>

