

## SANTE « HCR » SOCLE

### Notice (Valant Conditions générales)

#### PREAMBULE

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe à adhésion obligatoire SANTE HCR SOCLE souscrite par **l'Association des Assurés APRIL** auprès d'**AXERIA Prévoyance** (Convention d'assurance n° AE2014S01).

AXERIA Prévoyance est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 31 000 000 d'euros, dont le siège social est situé 90, avenue Félix Faure 69439 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

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

**L'Association des Assurés APRIL** est une association loi 1901, située 69439 Lyon Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'Association des Assurés APRIL est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

**L'organisme gestionnaire de cette convention** est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Entreprise Prévoyance**, SA au capital de 2 441 600€ dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 90, avenue Félix Faure - CS 63341- 69439 Lyon Cedex 03 – RCS Lyon 493 481 816 – N°ORIAS 08 040 197 - soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

APRIL Entreprise Prévoyance est désignée ci-après par le terme « APRIL ».

L'Adhérent est l'entreprise membre de l'Association des Assurés APRIL qui adhère à la présente Convention de groupe.

L'adhésion à cette Convention est constituée par la demande d'adhésion, les bulletins d'affiliation, la présente Notice valant conditions générales, l'Attestation d'adhésion, les Certificats d'affiliation et le résumé du détail des garanties souscrites, remis à l'entreprise Adhérente et à chacun des Participants.

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

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

**En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (remboursement Sécurité sociale inclus).**

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

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

**A noter :** La présente Convention respecte également le panier minimum de garanties dit « panier de soins ANI » pris en application de l'article 1 de la loi de sécurisation de l'emploi (loi n°2013-205) et ses décrets d'application.

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

### **1°) OBJET DE L'ASSURANCE**

L'adhésion à la présente Convention garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par les Bénéficiaires dans la limite des garanties et du niveau choisis par l'entreprise Adhérente.

Dans le cadre de la Convention SANTE HCR SOCLE, plusieurs niveaux de garanties sont proposés. Le niveau retenu par l'entreprise Adhérente est indiqué au Certificat d'adhésion et s'applique à l'ensemble des Bénéficiaires.

Les garanties reposent sur les déclarations de l'entreprise Adhérente et de chaque Participant et sur la bonne foi des parties.

### **2°) QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?**

Cette Convention d'assurance de groupe est ouverte à toute entreprise membre de l'Association des Assurés APRIL, appliquant **la convention collective des Hôtels, Cafés, Restaurants (IDCC n°1979)** ; et dont le siège social se situe en France continentale, Corse ou dans un Département et Région d'Outre-mer.

La Convention s'applique aux salariés (Participants) de l'entreprise Adhérente appartenant à la catégorie de personnel définie à l'Attestation d'adhésion (collège assuré) ;

Peuvent également être assurés au titre de cette Convention, sur demande de l'entreprise Adhérente lorsque l'ajout de ces Bénéficiaires entraîne une modification de la cotisation :

- Le conjoint du Participant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou son concubin, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, non pacsés, et que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.
- Leurs enfants fiscalement à charge, jusqu'au 31 décembre de leur 25<sup>ème</sup> anniversaire, sous réserve d'être ayant droit aux Prestations en nature de la Sécurité sociale et domiciliés en France (hors C.O.M. et collectivités sui generis). La limite d'âge des enfants peut être prorogée jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ou en contrat d'apprentissage. Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Pour être admissible à l'assurance, tout Participant doit remplir un bulletin d'affiliation.

Les Bénéficiaires seront inscrits au Certificat d'affiliation.

### **3°) QUE GARANTIT LA CONVENTION SANTE HCR SOCLE ?**

La Convention prend en charge en fonction du niveau de garanties souscrit, le remboursement :

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

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

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

**Quel que soit le régime d'assurance maladie (régime général d'assurance maladie ou régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle), le niveau de couverture globale est identique (régime de base et régime conventionnel obligatoire) pour tous les salariés couverts au titre de la Convention.**

#### **4°) LES GARANTIES**

##### **4.1 Dispositions générales :**

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

Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini au sein du tableau des garanties en fonction du niveau souscrit par l'entreprise Adhérente et de la nature des dépenses médicales.

Les montants de remboursement sont exprimés :

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

**LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES DEDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (SAUF DISPOSITION CONTRAIRE MENTIONNEE AU TABLEAU DES GARANTIES) ET DANS LA LIMITE DES GARANTIES SOUSCRITES ET DES DEPENSES REELLEMENT ENGAGEES.**

**DANS TOUS LES CAS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE, DE L'ORGANISME ASSUREUR ET DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AUPRES DUQUEL LES BENEFICIAIRES POURRAIENT ETRE ASSURES, SONT LIMITES AU MONTANT DES DEPENSES REELLES DU BENEFICIAIRE.**

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

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

**Le Bénéficiaire doit faire la déclaration des assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation à la Convention.**

##### **4.2 Contenu des garanties :**

Vous trouverez, ci-après, les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre de la Convention SANTE HCR SOCLE. Il convient donc pour chaque garantie mentionnée au tableau des garanties, de se reporter à l'article concerné.

Les garanties dont bénéficient les Participants ainsi que les autres Bénéficiaires, dépendent du niveau souscrit par l'entreprise Adhérente.

**Modification des niveaux de garanties :**

Tout changement des niveaux de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

L'entreprise Adhérente peut formuler une demande de modification de ses garanties à effet du 1<sup>er</sup> janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre. En cas d'acceptation, l'accord d'APRIL est concrétisé par l'émission d'une nouvelle Attestation d'adhésion et de nouveaux Certificats d'affiliation.

**4.2.1 En cas d'Hospitalisation**✓ **Hospitalisation en secteur conventionné ou non conventionné :**

En cas d'Hospitalisation en médecine, maternité ou chirurgie, cette garantie rembourse, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau de garanties, les frais de séjours, honoraires médicaux et chirurgicaux restant à la charge du Bénéficiaire après remboursement du Régime obligatoire.

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

La garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale ou en pourcentage des frais réellement engagés, en fonction du niveau de garantie souscrit et selon que l'Hospitalisation a lieu en secteur conventionné ou non.

✓ **Chambre Particulière en secteur conventionné ou non conventionné (hors maternité) :**

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

✓ **La participation forfaitaire de 18 euros :**

Ce contrat prend en charge la participation forfaitaire de 18 euros que le Régime obligatoire peut laisser à la charge du Participant ou des Bénéficiaires du contrat si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

✓ **Frais d'accompagnement :**

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

✓ **Forfait hospitalier :**

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

Cette garantie est exprimée en pourcentage des frais réellement engagés.

#### 4.2.2 Soins courants

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

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

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

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

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

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

Sont soumises à des conditions de remboursement spécifiques :

- les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors Parcours de soins coordonnés » : la Convention ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité sociale) et/ou les dépassements d'honoraires 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 sur la base de 100% de la Base de remboursement.

##### ✓ Pharmacie remboursée par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais de médicament restant à la charge du Bénéficiaire après remboursement par le Régime Obligatoire.

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

##### ✓ Appareillage

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

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

Sont également pris en charge les frais de petits et gros appareillages ayant donné lieu à un remboursement par le Régime obligatoire.

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

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

**A noter :** Conformément au tableau des garanties, les frais de prothèses auditives sont limités à deux prises en charge maximum par an.

Au-delà la prise en charge des prothèses auditives remboursées par le Régime obligatoire s'effectue sur la base du Ticket modérateur.

✓ **Transport remboursé par le Régime obligatoire**

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

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

✓ **Cure thermale remboursée par le Régime obligatoire**

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de cure thermale remboursée par le Régime obligatoire (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement).

Selon le niveau choisi, la garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale, ou sous la forme d'un montant maximum de prise en charge. Dans tous les cas, elle s'applique par Année d'affiliation et par Bénéficiaire.

#### **4.2.3 Dentaires**

✓ **Soins dentaires**

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

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

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

✓ **Inlays/Onlays remboursées par le Régime obligatoire**

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais d'inlays-onlays remboursés par le Régime obligatoire.

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

✓ **Prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire**

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

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

✓ **Prothèses dentaires non remboursées par le Régime obligatoire ayant une base de remboursement (à l'exclusion des implants)**

Sont pris en charge les frais de prothèses dentaires (à l'exclusion des implants dentaires) qui ne font pas l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire.

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

✓ **Orthodontie remboursée par le Régime obligatoire**

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

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

✓ **Orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire**

Sont pris en charge, **uniquement pour les Bénéficiaires âgées de moins de vingt-cinq (25) ans**, les frais d'orthodontie qui ne font pas fait l'objet d'un remboursement de la part du Régime obligatoire.

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

**A noter :** Les dépenses de soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale sont pris en charge à hauteur minimale de 125 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

#### **4.2.4 OPTIQUES**

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

✓ **Monture et verres**

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

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

**A noter :** Conformément aux dispositions sur le « Contrat responsable » et au tableau des garanties, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique fait l'objet d'un plafonnement et le montant global de prise en charge varie en fonction du niveau de correction du Bénéficiaire et de la complexité des verres.

✓ **Lentilles prises en charge ou non par la Régime obligatoire**

Sont pris en charge les frais liés à l'achat de lentilles correctrices, jetables ou non, remboursées ou ayant fait l'objet d'un refus de remboursement par le Régime obligatoire.

Cette garantie est exprimée au tableau des garanties sous la forme d'un montant maximum de prise en charge valable par Année d'affiliation et par Bénéficiaire.

#### 4.2.5 Maternité, prévention et autres soins :

##### ✓ Maternité :

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

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

Cette garantie est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

**Attention, la durée de prise en charge des frais de chambre particulière est limitée à huit (8) jours, par Année d’Affiliation.**

##### • Naissance et adoption :

Cette garantie prévoit le versement d’un forfait en cas de naissance ou d’adoption d’un enfant d’un Bénéficiaire.

Cette garantie est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

**Attention, si le Participant, son conjoint, partenaire pacsé ou concubin sont tous les deux Bénéficiaires du contrat, le forfait ne pourra être versé qu’une seule fois.**

##### • Pilules contraceptives non remboursées par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, les frais de pilules contraceptives et patchs contraceptifs non prises en charge par le Régime obligatoire.

Cette garantie est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

##### ✓ Actes de prévention

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

##### ✓ Sevrage tabagique,

Sont pris en charge au titre de cette garantie, par Année d’affiliation et par Bénéficiaire, dans la limite du montant exprimé au tableau de garanties les frais suivants :

- sevrage tabagique : gommes, patchs médicalement prescrits.

##### ✓ Médecine naturelle

Sont pris en charge, par Année d’affiliation et par Bénéficiaire, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, les frais d’ostéopathie, de chiropractie, d’étiopathie.

### **4.3 Le service Tiers Payant Santé :**

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

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

## **5°) QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR SES REMBOURSEMENTS ?**

### **5.1 Les documents à communiquer**

Si les Bénéficiaires bénéficient de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et APRIL, les remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si les Bénéficiaires n'utilisent pas le système de télétransmission lors de leur dépense de santé, ils devront adresser à APRIL dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par la Sécurité sociale :

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

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

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

### **5.2 Les modalités de remboursement**

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

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

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

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

A cet effet, notamment lorsque le Bénéficiaire est victime d'un accident, il doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'organisme assureur de la présente Convention en tant que tiers payeur.

### 5.3 Le contrôle médical

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

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

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

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

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

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande du Bénéficiaire. Chacune des parties désignera alors un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

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

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

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

En cas d'accident ou de maladie atteignant 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.

### **6°) CE QUE LA CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE**

- *les séjours maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EPADH) ;*
- *les cures de toutes natures (sauf les cures thermales prévues à l'article 4), les soins esthétiques, la thalasso thérapie ;*
- *les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.*

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

- *la participation forfaitaire légale (hors participation forfaitaire de 18 euros) et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;*
- *la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non respect du Parcours de soins coordonné.*

A noter : Les garanties ne sont pas acquises durant les périodes de suspension du contrat de travail à l'exception des suspensions correspondant aux périodes de congés payés annuels, congés légaux pour événements familiaux et des suspensions pour maladie, accident, congé de maternité ou paternité prévu à l'article 8.4.

## **7°) LA COTISATION**

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

La cotisation est déterminée en fonction :

- du niveau de garantie souscrit ;
- de la composition de la famille assurée ;
- du régime de Sécurité sociale des Bénéficiaires ;
- d'un pourcentage du montant du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (en fonction du niveau de garantie souscrit) ;
- des taxes applicables.

Les taxes et contributions applicables sont à la charge de l'entreprise Adhérente et sont comprises dans la cotisation.

#### **A noter :**

Concernant les salariés multi-employeurs, la cotisation est répartie au prorata du temps de travail effectué entre les différents employeurs si lesdits employeurs ont adhéré à la même Convention d'assurance.

### **7.2 Comment évolue la cotisation ?**

La cotisation peut varier en fonction de l'évolution de la consommation médicale du groupe d'entreprise assuré par la Convention. La composition du groupe tient compte de l'année d'adhésion, de l'âge moyen du collègue assuré, de la zone géographique de situation du siège social de l'entreprise Adhérente, de la composition de la famille assurée, du Régime obligatoire, des collèges de salariés assurés et des garanties souscrites.

La cotisation du régime conventionnel de branche évolue également en application des dispositions de la convention collective de branche.

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

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

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1<sup>er</sup> janvier ou éventuellement en cours d'année en cas de modification de la réglementation applicable (cf. article 9).

### **7.3 Exonération des cotisations :**

Aucune cotisation (part salariale et patronale) ne sera appelée pour les salariés présentant un état d'invalidité dès lors que ces derniers sont maintenus dans l'effectif de l'entreprise sans pour autant percevoir de salaire.

### **7.4 Les modes de paiement**

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu par chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

### **7.5 Que se passe-t-il en cas de non paiement de la cotisation ?**

Les cotisations sont versées par l'entreprise Adhérente seule débitrice des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. En cas de rupture du contrat de travail au cours d'un mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue sera due.

En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL Entreprise Prévoyance adressera à l'entreprise Adhérente une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties trente (30) jours plus tard. Après un nouveau délai de dix (10) jours, APRIL Entreprise Prévoyance 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 immédiatement pour l'année entière.

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°) EFFET, DUREE ET CESSATION DES GARANTIES**

### **8.1 Date d'effet de l'Adhésion de l'entreprise**

L'adhésion à la Convention est conclue à la date de signature mentionnée par l'entreprise Adhérente sur la demande d'adhésion et au plus tôt le premier jour du mois de la réception du dossier d'adhésion complet par APRIL Entreprise Prévoyance.

Par sa signature, l'entreprise Adhérente manifeste son accord sur les conditions du contrat dont elle a au préalable pris connaissance et elle s'engage sur l'exactitude de ses déclarations.

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

### **8.2 Prise d'effet des garanties des salariés**

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

En cas d'affiliation postérieure à l'adhésion, la date d'effet des garanties sera au plus tôt le premier jour du mois de la réception de la demande d'affiliation par APRIL ou la date de prise d'effet du contrat de travail en cas de nouvelle embauche (personnel entrant) ou la date du changement de collège, si cette seconde date est postérieure au premier jour du mois de la réception de la demande d'affiliation par APRIL.

### **8.3 Durée de l'adhésion de l'entreprise**

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

Les garanties restent acquises au Participant tant que ce dernier reste salarié de l'entreprise Adhérente y compris pendant sa période de préavis non effectué (sous réserve des précisions relatives à la suspension du contrat de travail cf. article 6 et 8.4) ou si ce dernier bénéficie du régime de portabilité des droits (cf. article 12).

#### **8.4 Cessation de l'adhésion de l'entreprise et/ou de l'Affiliation des Bénéficiaires**

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

A l'initiative de l'entreprise Adhérente :

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

A l'initiative d'APRIL :

- b) en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues à l'article « La cotisation » ;
- c) pour chaque Participant, dès lors que son contrat de travail est rompu (sauf cas prévu à l'article 12), ou qu'il est admis à la retraite (à l'exception des cas de cumul emploi-retraite) ou en préretraite, ou qu'il bénéficie par la Sécurité sociale d'une pension de vieillesse y compris en cas d'inaptitude au travail ;
- d) pour chaque Participant et Bénéficiaire, dès qu'ils cessent d'appartenir à l'effectif assurable (article 2) et qu'ils perdent la qualité de Bénéficiaire au contrat ;
- e) en cas de dénonciation de la Convention par l'Association ou l'Organisme assureur à l'échéance annuelle ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Dans ce cas l'entreprise Adhérente sera informée par l'Association.

Les garanties cessent d'être accordées à la fin du mois au cours duquel prend fin l'adhésion.

**A noter : En cas de suspension du contrat de travail pour une cause autre que les congés payés annuels, maladie, accident, congé maternité ou paternité, les garanties sont suspendues pendant cette période, avec les mêmes effets que la cessation des garanties.**

**Les garanties pourront toutefois être maintenues sur demande expresse du Participant dans le mois suivant la période de suspension ou de congé non rémunéré, et sous réserve du paiement de la cotisation à sa charge intégrale.**

**Le droit aux prestations du Participant et de ses Bénéficiaires garantis au contrat, est supprimé pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation/suspension des garanties, peu importe la date de prescription ou la date de début des actes et soins.**

En cas de décès du Participant, les garanties sont maintenues aux bénéficiaires pendant le mois du décès.

**A noter :**

Conformément aux dispositions de la loi n°89-1009 du 31/12/89, les anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'incapacité ou d'invalidité de la Sécurité sociale, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi, ainsi que les personnes garanties du chef du Participant décédé, peuvent bénéficier, à leur profit et à titre individuel, d'une couverture frais de santé, sans période probatoire ni sélection médicale.

L'organisme assureur adressera aux personnes susvisées une proposition de garanties à titre individuel, dans les deux (2) mois qui suivent la date de l'événement (cessation du contrat de travail, décès du Participant, fin de la période de portabilité). Les intéressés auront six (6) mois à compter de la date de rupture du contrat de travail ou de la date de fin de la période de portabilité (article 12) pour accepter cette proposition.

La cotisation afférente à ce nouveau contrat est déterminée dans les limites prévues par la loi n°89-1009 du 31/12/89 et ses décrets d'application.

## **SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION**

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

**Attention, toute inexactitude, omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non de la part du Bénéficiaire ou de l'entreprise Adhérente portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion/affiliation ou en cours d'adhésion/affiliation ou lors de la déclaration d'un sinistre exposent l'entreprise Adhérente et les Bénéficiaires à une déchéance de garantie et à la résiliation de l'adhésion et/ou de l'affiliation à la Convention ou à la mise en réduction de la prestation conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances ci-dessous reproduits.**

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

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

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

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

### **Article L113-9 du Code des assurances :**

*L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.*

*Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit, soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.*

*Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.*

## **9°) AJUSTEMENT DE L'ADHESION**

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

En cas de révision suite à une évolution des résultats techniques, la révision ne prendra effet qu'au renouvellement du contrat.

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

## **10°) LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'ADHESION A LA CONVENTION**

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

En nous communiquant son adresse électronique, l'entreprise Adhérente/Participant/Bénéficiaire(s) acceptent que les informations relatives à l'exécution de l'adhésion soient transmises à cette adresse. Ils peuvent à tout moment, par écrit, nous demander de cesser ce mode de communication.

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

L'adhésion est établie d'après les déclarations faites par l'entreprise Adhérente lors de l'adhésion et de chaque Participant lors de l'affiliation et pendant la durée de celles-ci.

Ainsi, au cours de l'adhésion/affiliation, l'entreprise Adhérente/les Participants doivent nous déclarer, par écrit, dès qu'ils en ont connaissance, tout changement de situation tel que changement ou cessation d'activité professionnelle, de statut professionnel, de catégorie professionnelle, modalité d'exercice de la profession, séjour ou déplacement professionnel à l'étranger.

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

### **11°) OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE**

#### **Lors de la prise d'effet de l'adhésion :**

- Présenter à APRIL et maintenir dans l'assurance la totalité de l'effectif assurable définie à la mise en vigueur et lors du renouvellement annuel du contrat.  
Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispense admis par la législation et les réglementations sociales et fiscales en vigueur, dès lors qu'ils sont expressément prévus dans l'acte juridique instituant le régime de prévoyance complémentaire dans l'entreprise.

L'entreprise Adhérente devra conserver les justificatifs de dispense en cas de demande des administrations fiscales et sociales.

- Produire à la souscription un état nominatif des personnes à affilier avec indication de la date de naissance, de la situation de famille, accompagné d'une demande d'affiliation remplie et signée par chaque personne à assurer.
- Remettre aux Participants une notice détaillée sur les garanties du contrat et leurs modalités d'application.

#### **En cours d'adhésion :**

- Fournir à APRIL, dans les trente (30) jours qui suivent la date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise Adhérente, une demande d'affiliation pour chaque nouveau membre du personnel à assurer.
- Remettre aux nouveaux Participants une notice détaillée sur les garanties du contrat et leurs modalités d'application.
- Communiquer à APRIL dès qu'elle en aura connaissance, et au plus tard dans les quinze (15) jours qui suivent l'événement, la date et la raison de la rupture du contrat de travail et demander, s'il y a lieu, le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits (article 12).  
Le défaut de déclaration dans le délai imparti engage la responsabilité de l'entreprise Adhérente et APRIL se réserve le droit de lui demander le remboursement des éventuelles prestations payées pour des frais engagés après la date de rupture du contrat de travail.
- Retirer aux salariés bénéficiaires de la garantie «Tiers Payant Santé » ayant cessé d'appartenir à l'effectif assurable, la carte de « Tiers Payant Santé » et la retourner à APRIL. A défaut APRIL facturera à l'entreprise Adhérente les remboursements effectués pour des frais engagés alors que le Participant ne faisait plus parti de l'effectif assurable.
- Communiquer à APRIL, dès qu'elle en aura connaissance, toutes les modifications intervenues dans la situation de famille des Participants.  
APRIL pourra demander à l'entreprise Adhérente toutes autres pièces complémentaires nécessaires relatives au collègue assuré.
- Informer, par écrit, les Participants et Bénéficiaires, des changements qui pourraient modifier leurs droits et obligations, particulièrement avant toute modification tarifaire ou résiliation de contrat, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

**La preuve de la remise de la notice et de l'information relative aux modifications contractuelles aux salariés incombe à l'entreprise Adhérente.**

**À la fin des trois premiers trimestres civils de chaque exercice :**

- Remettre un état indiquant :
  - \* les mouvements du personnel constatés pendant la période de référence ;
  - \* le montant de la cotisation trimestrielle correspondante.
- Régler les cotisations à leur échéance.

**A la fin de chaque année civile :**

- Remettre un état nominatif du personnel assuré au cours de cette période avec indication des entrées et sorties du personnel ;
- régler le montant de la cotisation du 4ème trimestre.

**12°) LA PORTABILITE DES GARANTIES APRES RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL**

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité des droits issu de la loi 2013-504 du 14 juin 2013, et codifié à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Tout salarié dont le contrat de travail est rompu (sauf cas de faute lourde) et qui est éligible à l'indemnisation au titre de l'assurance chômage bénéficie du maintien de ses garanties santé au jour de la rupture de son contrat de travail. Les ayants droit de l'ancien salarié peuvent également bénéficier de ce régime si ceux-ci bénéficiaient effectivement des garanties de la présente Convention à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé.

Les dispositions ci-après définissent les conditions du maintien par l'organisme assureur des garanties aux anciens salariés dans le cadre de ce dispositif.

➤ **Mise en oeuvre des droits à portabilité**

L'entreprise Adhérente doit déclarer à APRIL tout salarié dont le contrat de travail est rompu et qui est éligible au dispositif de portabilité des droits, au plus tard 15 jours après la date de cessation du contrat de travail. APRIL accusera réception de la prise en compte de cette demande et communiquera à l'entreprise Adhérente et à l'ancien salarié la durée effective du maintien des garanties.

L'entreprise Adhérente devra préciser à APRIL la raison à l'origine de la rupture du contrat de travail et notamment si elle est consécutive à une faute lourde.

En cas d'absence de déclaration, le maintien des droits au profit du salarié dont le contrat est rompu ne sera pas pris en charge dans le cadre de la présente Convention.

➤ **Conditions d'ouverture des droits**

- La rupture du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde.
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.
- L'ancien salarié doit bénéficier de l'assurance chômage (Pôle Emploi).

➤ **Obligations de l'entreprise Adhérente**

- Signaler à l'ancien salarié le maintien de ses garanties dans le certificat de travail.
- Informer APRIL de la cessation du contrat de travail dès la rupture du contrat et transmettre le formulaire de maintien des garanties.

➤ **Obligations de l'ancien salarié**

- Justifier auprès d'APRIL, à l'ouverture et au cours du maintien des garanties, des conditions prévues pour bénéficier du dispositif de portabilité, et notamment apporter la preuve du bénéfice de l'assurance chômage.
- Informer APRIL de toute évolution de situation mettant fin au droit à maintien des garanties tel que reprise d'activité, cessation du versement des allocations chômage.

➤ **Garanties concernées**

Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que celles en vigueur dans l'entreprise Adhérente. En cas d'augmentation ou de diminution des garanties des salariés en activité, dans l'entreprise Adhérente, les garanties des bénéficiaires du dispositif de portabilité seront modifiées dans les mêmes conditions.

Les prestations sont payables au bénéficiaire du maintien des garanties à réception des pièces justificatives telles que listées au sein de la présente Notice (article 5) et sous réserve de la production, le cas échéant, des justificatifs du bénéfice du régime de l'assurance chômage.

➤ **Durée et cessation du maintien aux garanties**

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise Adhérente auprès d'APRIL.

En application de l'applicatif légal et des dispositions issues de la convention collective, le maintien des garanties s'applique pour une période correspondante au double de la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise Adhérente, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail consécutifs dans l'entreprise Adhérente, appréciée en mois entiers, dans la limite de douze (12) mois et sous réserve que durant cette période il perçoive effectivement des indemnités au titre de l'assurance chômage.

*Exemples :*

*\* Pour un salarié en contrat à durée déterminée d'une durée de trois (3) mois, son droit à maintien de ses garanties sera au maximum de six (6) mois.*

*\* Pour un salarié en contrat à durée indéterminée depuis plus de trois ans, son droit à maintien de ses garanties sera au maximum de douze (12) mois.*

**Les règles applicables en matière de durée des garanties pourront évoluer selon des dispositions de la convention collective de branche applicables.**

**Le bénéfice du maintien aux garanties cesse dans les conditions suivantes :**

- au terme de la durée des droits acquis par le bénéficiaire ;
- dès que le bénéficiaire du dispositif cesse de percevoir les allocations chômage du régime d'assurance chômage ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire reprend une activité professionnelle et cesse à ce titre de percevoir les allocations du régime d'assurance chômage ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire fait valoir ses droits à la liquidation de sa pension vieillesse ;
- à la date d'effet de la résiliation de la présente Convention par l'entreprise Adhérente.

Le droit aux prestations santé cesse à la fin du mois au cours duquel le droit au maintien des garanties cesse.

**En outre, les garanties maintenues étant celles applicables aux salariés en activité, le maintien des garanties cesse de plein droit en cas de cessation totale d'activité de l'entreprise Adhérente par suite de sa liquidation judiciaire.**

**Au terme du maintien des garanties, les dispositions de l'article 8-4 seront le cas échéant applicables.**

➤ **Cotisations**

Le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits est financé par mutualisation, c'est-à-dire par un cofinancement de l'ensemble des salariés en activité dans l'entreprise (part salariale) et par l'entreprise Adhérente (part patronale) dans les conditions visées à l'article 7 de la présente Notice.

Aucune cotisation ne sera appelée au bénéficiaire du dispositif de portabilité.

**13°) PRESCRIPTION**

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

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

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

- Article L114-3 « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2240 du Code civil) ;
- la demande en justice (Articles 2241 à 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil) ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246 du Code civil).

**14°) EXAMEN DES RECLAMATIONS**

Pour toute réclamation, l'entreprise Adhérente ou le Participant peut contacter son conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier. Si un différend éventuel persistait après réponse, l'entreprise Adhérente ou le Participant pourrait adresser sa réclamation écrite à l'adresse suivante: Service réclamation – APRIL Entreprise Prévoyance – 90, avenue Félix Faure - CS 63341, 69439 LYON Cedex 03 ou à l'adresse mail reclamationsaep@april.com. APRIL apportera une réponse dans un délai maximum de 30 jours.

Si enfin la réponse donnée ne lui donnait pas satisfaction, l'entreprise Adhérente ou le Participant pourrait demander l'avis du médiateur de l'organisme assureur, sans préjudice de son droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

**15°) PROTECTION DES DONNEES**

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

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

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et du 6 janvier 1978 modifiée, l'entreprise Adhérente et les Bénéficiaires peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figureraient sur les fichiers à l'usage d'APRIL ou s'y opposer en cas de motifs légitimes. Ce droit d'accès et de rectification et d'opposition peut être exercé à l'adresse suivante : APRIL Entreprise Prévoyance – 90 avenue Félix FAURE – 69439 LYON Cedex 03.

**LEXIQUE**

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

**Adhérent :**

Entreprise membre de l'Association des Assurés APRIL qui adhère à la présente Convention de groupe.

**Année d'affiliation :**

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'affiliation portée au Certificat d'affiliation du Bénéficiaire.

**Attestation d'adhésion :**

Attestation remise à l'entreprise Adhérente confirmant l'adhésion à la Convention et qui précise les garanties souscrites et leur date d'effet et le niveau choisi.

**Base de remboursement :**

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

**Bénéficiaires :**

Le Participant et éventuellement son conjoint non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou son concubin sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, non pacés, et que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

Peuvent également être bénéficiaires, jusqu'au 31 décembre de leur 25<sup>ème</sup> anniversaire, leurs enfants fiscalement à charge, sous réserve d'être ayant droit aux Prestations en nature de la Sécurité sociale et d'être domiciliés en France (hors C.O.M. et collectivités sui generis). La limite d'âge des enfants peut être prorogée jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ou en contrat d'apprentissage. Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Les Bénéficiaires sont inscrits au Certificat d'affiliation.

#### **Certificat d'affiliation :**

Certificat remis au Participant confirmant l'affiliation à la présente Convention et qui précise les garanties souscrites et leur date d'effet et les Bénéficiaires garantis.

#### **Contrat d'Accès aux Soins (CAS) :**

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

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

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

Montant forfaitaire que la Sécurité sociale ne rembourse pas. Cette Franchise, à la charge de l'assuré, concerne les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

**La Franchise n'est pas remboursée au titre de la Convention.**

#### **Frais réels :**

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

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

#### **Hospitalisation :**

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

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

#### **Parcours de soins coordonnés :**

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

**Participant :**

Salarié de l'entreprise Adhérente, faisant partie de la catégorie de personnel assuré, après affiliation à la présente Convention. Lorsqu'ils sont admis à la Convention, ils sont dénommés Participants et sont Bénéficiaires de la présente Convention.

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

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

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

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

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

**Prestations en nature :**

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

**Régime Obligatoire**

Le régime français de Sécurité sociale auquel est affilié le Bénéficiaire.

**Secteur conventionné**

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

**Secteur non conventionné :**

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

**Sécurité sociale :**

Terme générique utilisé dans la présente Notice pour désigner le régime français d'Assurance maladie auprès duquel le Bénéficiaire est affilié.

**TA (Tarif d'Autorité)**

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

**TC (Tarif de Convention)**

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

**TM (Ticket Modérateur) :**

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

**TR (Tarif de Responsabilité)**

Cela vise :

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

**TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité)**

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