



SANO CONCEPT

# Frontalier



Une solution complète d'assurance santé spécifiquement adaptée aux besoins des travailleurs frontaliers suisses

# Frontalier

Le contrat qui évolue avec vous  
et qui répond à tous vos besoins !

Vous résidez en France et travaillez en Suisse ? Vous avez donc besoin d'être couvert aussi bien pour des soins de santé réalisés près de votre domicile que de votre lieu de travail.

Frontalier apporte une réponse optimale à vos besoins en vous proposant une couverture santé classique au premier euro pour tous les soins réalisés en France et une couverture complète sur les soins majeurs réalisés en Suisse (hospitalisation, soins médicaux réalisés en urgence).

## Les + du contrat Frontalier

- + Plusieurs niveaux de garanties au choix, du plus économique au plus haut de gamme
- + Aucun délai d'attente sur les postes optique, dentaire, soins courants et appareillage
- + Un service Tiers-payant élargi
- + Un tarif frontalier unisexe compétitif pour les hommes et les femmes

## Un contrat évolutif !

Si, à l'avenir, vous ne travaillez plus en Suisse, vos garanties viendront automatiquement compléter les remboursements du régime obligatoire français auquel vous vous êtes affilié. Vous pourrez conserver votre assurance Frontalier et ainsi continuer à bénéficier de vos garanties. Votre intérêt :

- vous conservez vos habitudes de soins d'hospitalisation en Suisse si vous le désirez
- vous conservez votre ancienneté et donc tous les avantages de garanties qui y sont liés
- vous bénéficiez d'une réduction de 40% sur la cotisation de votre contrat\*

Si vous retournez travailler en Suisse, votre contrat vous rembourse de nouveau au premier euro sur simple déclaration de votre part sans avoir à remplir un nouveau questionnaire de santé.

\* Par rapport à la cotisation applicable à un assuré du même âge, non affilié à un régime obligatoire. En cas de changement de situation au regard du régime obligatoire, la cotisation sera recalculée en tenant compte de l'âge de l'assuré à la date de prise d'effet de la modification de garantie.



Assurez votre famille sur le même contrat que le vôtre.

Le contrat Frontalier couvre également l'ensemble de votre famille qu'elle soit ou non affiliée à un régime obligatoire français. Ainsi, vous bénéficiez tous des mêmes garanties en France comme en Suisse.

## Infos + : Réforme du droit d'option

Le droit d'option dont bénéficient les travailleurs suisses résidant en France sera en principe abrogé le 31 mai 2014. A partir de cette date, toutes les personnes relevant du statut de frontalier suisse seront dans l'obligation de s'affilier soit au régime social français, soit au régime social suisse.

Le contrat Frontalier anticipe cette évolution de la législation. En effet, si vous décidez de vous affilier à un régime obligatoire français, vous pourrez conserver votre contrat et continuer à bénéficier de vos garanties en complément des remboursements de votre régime obligatoire.

# Des garanties avantageuses !

Frontalier vous propose un large choix de garanties qui respectent vos habitudes de soins en France comme en Suisse.

## Une couverture optimale grâce aux 5 niveaux de garantie



En France :

- Frontalier vous permet de couvrir tout ou partie des frais de consultation médicale ou d'hospitalisation (accident, maladie ou maternité) et les dépassements d'honoraires en cas de consultations.
- Frontalier vous propose des garanties dentaires et optiques renforcées.



En Suisse :

- En cas d'hospitalisation dans une clinique ne relevant pas de l'APDRG, nous prenons en charge vos frais d'hospitalisation jusqu'à 1 800 €/ jour, ainsi que le forfait d'entrée, facturé à chaque hospitalisation en Suisse, à concurrence de 393 €.
- Un forfait en cas de soins inopinés.

## Des garanties qui vous donnent envie de rester !

Pour le même tarif, bénéficiez jusqu'à 30 % de garanties supplémentaires au bout de 3 ans sur les postes optique et dentaire.

## Une garantie immédiate

Le contrat Frontalier est l'un des rares contrats d'assurance santé des frontaliers qui ne comporte aucun délai d'attente sur tous les postes importants (optique, dentaire, soins courants et appareillage).

## Des services pensés pour votre confort

Avec Frontalier, bénéficiez d'un contrat riche en services gratuits :

- Le Tiers Payant auprès de plus de 95 000 praticiens français.
- Une assistance pour les salariés suisses (rapatriement au domicile, garde d'enfants, aide ménagère, protection juridique, assistance agression, ...).

## Des tarifs très compétitifs pour le frontalier...

A partir de  
**2,43€/jour !** <sup>(1)</sup>

Un tarif particulièrement  
**attractif pour les femmes !**



De nombreux concurrents distinguent leurs tarifs pour les hommes et les femmes. Avec le contrat FRONTALIER vous bénéficiez du même tarif, quelque soit votre profil.

## ...et pour les personnes affiliées au régime obligatoire français

**40 % de réduction** <sup>(2)</sup>



(1) Tarifs 2011 pour un frontalier de moins de 25 ans sur le niveau 1.

(2) Sur la base de l'âge de l'assuré à la date de la prise d'effet des garanties du contrat ou de l'affiliation à un régime obligatoire français.



# Les garanties

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des frais réellement engagés. Pour les personnes affiliées à un régime obligatoire français, ces prestations sont exprimées en déduction du régime obligatoire. Les forfaits sont valables une fois par année d'adhésion et par assuré et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Adhésion possible jusqu'à 65 ans.

Garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
 <b>Prestations réalisées en France</b>					
<b>Hospitalisation (en secteur conventionné)</b>					
Honoraires chirurgicaux	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
Forfait chambre particulière (y compris maternité) (par jour)	-	25 €	35 €	45 €	55 €
Forfait journalier (par jour)	<b>Frais Réels</b>				
Maisons de repos et assimilés (y compris le forfait journalier)	100 % pendant :				
	20 jours	25 jours	30 jours	35 jours	40 jours
Hospitalisation psychiatrique	100 % pendant 60 jours				
<b>Hospitalisation (en secteur conventionné et non conventionné)</b>					
Frais de séjour	<b>Frais Réels</b>				
Forfait accompagnant (par jour)	15 €	20 €	25 €	30 €	35 €
<b>Pharmacie</b>					
Médicaments à vignettes	100 % des Frais Réels				
Forfait vaccins	10 €	15 €	20 €	25 €	30 €
<b>Soins courants</b>					
Consultations et visites	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
Actes médicaux courants, soins externes et radiologie	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
Auxiliaires médicaux/analyses	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
Appareillage	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Transport	100 %				
<b>Dentaire</b>					
Soins dentaires	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
<b>Prothèses et orthodontie remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale, actes hors nomenclature :</b>					
Forfait annuel pour les 2 premières années	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €
Forfait à partir de la 3 <sup>e</sup> année	400 €	500 €	600 €	700 €	800 €
<b>Optique</b>					
<b>Montures, verres et lentilles (y compris jetables) :</b>					
Forfait annuel pour les 2 premières années	125 €	175 €	225 €	275 €	325 €
Forfait à partir de la 3 <sup>e</sup> année	175 €	225 €	275 €	325 €	375 €
<b>Prestations diverses</b>					
Forfait naissance/adoption	-	100 €	150 €	175 €	200 €
Forfait cure thermale	-	200 €	250 €	300 €	350 €
 <b>Prestations réalisées en Suisse</b>					
<b>Hospitalisation</b>					
Hôpitaux publics relevant de l'APDRG*	Frais Réels dans la limite de 100 % du tarif APDRG de l'hôpital Cantonal de Genève				
Cliniques privées et semi-privées et hôpitaux publics ne relevant pas de l'APDRG* (forfait par jour)	1 000 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €	1 800 €
Forfait d'entrée par hospitalisation	393 €	393 €	393 €	393 €	393 €
Transport lié à l'hospitalisation	<b>Frais Réels</b>				
Maisons de réhabilitation et assimilées (suite à hospitalisation)	300 € par jour pendant :				
	20 jours	25 jours	30 jours	35 jours	40 jours
Soins inopinés en Suisse	Forfait de 75 € par année d'adhésion et par assuré				
<b>Prestations inopinées à l'étranger</b>					
Forfait hospitalisation (par jour dans la limite de 60 jours)	1 300 €	1 300 €	1 300 €	1 300 €	1 300 €
Soins médicaux et pharmacie prescrite	50 % des Frais Réels		60 % des Frais Réels		70 % des Frais Réels

## Cotisations mensuelles 2011



Cotisations TTC exprimées par assuré et fonction de l'âge de l'assuré à la date de la prise d'effet des garanties.  
Pour calculer la cotisation, il convient de considérer le statut et l'âge de l'assuré, ainsi que le niveau de garanties souhaité.  
Il est à noter que l'âge de l'assuré se fait par différence de millésime entre la date d'effet des garanties et la date de naissance.

### Cotisations pour les personnes non affiliées à la Sécurité sociale

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
De 18 à 24 ans	73,86 €	89,83 €	102,31 €	112,20 €	124,80 €
De 25 à 29 ans	85,14 €	103,54 €	112,54 €	125,97 €	140,77 €
De 30 à 34 ans	93,15 €	113,28 €	123,79 €	141,42 €	156,00 €
De 35 à 39 ans	99,35 €	120,83 €	136,17 €	158,76 €	173,16 €
De 40 à 44 ans	110,28 €	126,99 €	149,79 €	173,05 €	190,48 €
De 45 à 49 ans	122,42 €	140,96 €	164,77 €	188,63 €	209,52 €
De 50 à 54 ans	135,88 €	156,47 €	181,24 €	205,60 €	230,47 €
De 55 à 59 ans	150,83 €	173,68 €	199,37 €	224,11 €	253,52 €
De 60 à 65 ans	167,42 €	192,79 €	219,30 €	244,28 €	278,87 €
Enfants de 0 à 20 ans	67,08 €	76,96 €	93,08 €	102,96 €	114,40 €
Enfants de plus de 20 ans <sup>(1)</sup>	73,86 €	89,83 €	102,31 €	112,20 €	124,80 €

40 % de réduction<sup>(2)</sup>  
sur votre cotisation  
non affiliée !

### Cotisations pour les personnes affiliées à la Sécurité sociale

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
De 18 à 24 ans	44,32 €	53,90 €	61,38 €	67,32 €	74,88 €
De 25 à 29 ans	51,09 €	62,13 €	67,52 €	75,58 €	84,46 €
De 30 à 34 ans	55,89 €	67,97 €	74,27 €	84,85 €	93,60 €
De 35 à 39 ans	59,61 €	72,50 €	81,70 €	95,26 €	103,90 €
De 40 à 44 ans	66,17 €	76,20 €	89,87 €	103,83 €	114,29 €
De 45 à 49 ans	73,45 €	84,58 €	98,86 €	113,18 €	125,71 €
De 50 à 54 ans	81,53 €	93,88 €	108,75 €	123,36 €	138,28 €
De 55 à 59 ans	90,50 €	104,21 €	119,62 €	134,46 €	152,11 €
De 60 à 65 ans	100,45 €	115,67 €	131,58 €	146,57 €	167,32 €
Enfants de 0 à 20 ans	40,25 €	46,18 €	55,85 €	61,78 €	68,64 €
Enfants de plus de 20 ans <sup>(1)</sup>	44,32 €	53,90 €	61,38 €	67,32 €	74,88 €

(1) Les enfants sont garantis jusqu'au 31/12 de leur 25<sup>e</sup> anniversaire.

(2) Sur la base de l'âge de l'assuré à la date de prise d'effet des garanties du contrat ou de l'affiliation à un régime obligatoire français.

### Exemple

Mme et M. Praz résident à Annecy. Mme Praz, 34 ans, travaille en Suisse et M. Praz, 37 ans, est affilié à la Sécurité sociale. Ils souscrivent un niveau 2 :

Cotisation mensuelle TTC de Mme Praz :	113,28 €
Cotisation mensuelle TTC de M. Praz :	72,50 €
Cotisation mensuelle TTC totale :	185,78 € (soit une cotisation TTC annuelle de 2229,36 €)





## ▶ Ne faites plus l'avance des frais !

Grâce au Tiers Payant Santé, vous n'avez plus à effectuer l'avance des frais pour tous vos soins réalisés en France.

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



## ▶ Votre Espace Assuré sur Internet

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

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

Plus rapide, plus économique, plus écologique.



## ▶ Faites un geste pour l'environnement !

@relevé : zéro papier, 100 % simplicité

En nous communiquant votre adresse mail au moment de votre adhésion, vous recevez vos relevés de prestations en ligne.

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



## ▶ Espace Prévention en ligne

Un site entièrement dédié à la prévention sur [www.april.fr](http://www.april.fr)

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

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



## ▶ APRIL Assistance

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

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

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



## PREAMBULE

Les présentes conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe « **FRONTALIER** » portant le n° 2009S01 souscrite par l'**Association des Assurés d'APRIL** auprès de l'organisme assureur **AXERIA Prévoyance**.

**AXERIA Prévoyance** est une Compagnie d'assurance vie au capital de 31 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69487 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, et soumise au contrôle de l'**Autorité de Contrôle Prudentiel** située 61 rue taitbout 75 436 Paris cedex 09.

**AXERIA Prévoyance** est également désignée par le terme "**Organisme assureur**" dans les présentes conditions générales.

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

L'organisme gestionnaire de la convention est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance – SA** au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03 – RCS Lyon 428 702 419 - N° ORIAS 07 002 609, ci après dénommé **APRIL**.

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

L'adhésion à cette convention est constituée par la demande d'adhésion, les présentes conditions générales et le Certificat d'adhésion. Cette convention est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à la présente convention. Elle est également désignée par le terme « **Vous** » dans les présentes conditions générales.

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

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

En conséquence, les garanties de votre contrat ne seront pas diminuées en cas de non respect du parcours de soins.

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

## 1 - QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?

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

- exercer une **activité professionnelle indépendante** ou salariée en Suisse,
- avoir votre **Résidence** en France continentale,
- ne pas relever lors de l'adhésion d'un régime obligatoire d'assurance maladie Français ou Suisse,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de l'année de votre 65ème anniversaire,
- avoir satisfait aux formalités médicales.

Peuvent également être assurés au titre de cette convention, sous réserve qu'ils aient satisfait aux formalités médicales :

- votre **Conjoint**, affilié ou non à un régime obligatoire d'assurance maladie Français, sous réserve qu'il n'ait pas dépassé le 31 décembre de son 65° anniversaire.
- et vos enfants fiscalement à charge (jusqu'au 31 décembre de leur 25ème anniversaire) affiliés ou non à un régime obligatoire d'assurance maladie Français.

Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans les présentes conditions générales par le terme "Membre de votre famille".

## 2 - QUE GARANTIT LA CONVENTION FRONTALIER ?

Pendant la période où votre adhésion est en vigueur, la convention prend en charge en fonction du niveau de garantie que Vous avez souscrit, le remboursement des dépenses de soins à caractère thérapeutique médicalement prescrits engagées par Vous et les Membres de votre famille, qui auraient été remboursées par le Régime d'Assurance Maladie Français, pour les dépenses de soins réalisées en France ou par le Régime d'Assurance Maladie sociale ou Accident Suisse (**LAMal** ou **LAA**) pour les dépenses de soins réalisées en Suisse.

Si l'Assuré a droit, pour ses dépenses de soins, aux prestations de l'Assurance Maladie/Accident suisse ou française, la présente convention n'interviendra le cas échéant qu'en complément des prestations versées par l'un ou l'autre de ces régimes.

**Dans tous les cas, le règlement des prestations sera subordonné au remboursement préalable des Caisses d'assurance maladie suisse ou française d'assujettissement.**

**Les dépenses de soins doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de votre adhésion.**

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

## 3 - VOS GARANTIES

### 3.1 - Dispositions générales

Pour chaque garantie, le montant de vos remboursements est défini au sein de votre tableau des garanties en fonction de l'option, du niveau que Vous avez souscrit, de la nature de vos dépenses médicales et du lieu où elles ont été effectuées.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale Française (**Base de remboursement**) pour les hospitalisations et soins réalisés en France ;
- ou en pourcentage des frais réels,
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par **Année d'adhésion** et par **Assuré** et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

**LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES DEDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT LE CAS ECHEANT DE VOTRE CAISSE D'ASSUJETISSEMENT OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AUPRES DUQUEL VOUS POURRIEZ ETRE ASSURE ET DANS LA LIMITE DE VOS GARANTIES.**

**DANS TOUS LES CAS VOS REMBOURSEMENTS SONT LIMITES AU MONTANT DE VOTRE DEPENSE REELLE.**

**LA PARTICIPATION FORFAITAIRE LEGALE OU LES FRANCHISES MEDICALES QUI RESTENT A LA CHARGE DES ASSURES SOCIAUX FRANÇAIS EN APPLICATION DES DISPOSITIONS MENTIONNEES AU II ET AU III DE L'ARTICLE L322-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE NE SONT PAS REMBOURSES PAR CETTE CONVENTION.**

### 3.2 - Contenu des garanties

Vous trouverez ci-après les modalités d'application des garanties de la convention FRONTALIER.

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

#### 3.2.1 - Hospitalisation

Cette garantie intervient en cas d'**Hospitalisation** en France et /ou en Suisse.

En cas d'**Hospitalisation** en France, les frais pris en charge seront déterminés en fonction du caractère conventionné ou non de l'établissement hospitalier.

De même, en cas d'hospitalisation en Suisse, vos remboursements seront fonction de l'application ou non par l'établissement hospitalier du tarif APDRG.

**Dans tous les cas la prise en charge de l'Hospitalisation est subordonnée à l'accord préalable d'APRIL** sauf cas de force majeure. Pour cela Vous devez compléter un questionnaire spécifique et fournir les informations nécessaires à notre Médecin conseil.

Si Vous devez être hospitalisé dans un établissement conventionné situé en France ou à l'hôpital cantonal de Genève, Vous pouvez bénéficier du Service Tiers payant Santé. Pour cela Vous devez nous adresser préalablement un imprimé de déclaration d'**Hospitalisation** dûment complété. Nous réglerons ainsi les frais directement à l'établissement hospitalier, dans la limite des garanties souscrites.

#### Séjour en maison de repos et assimilés et Hospitalisation psychiatrique

Sont pris en charge au titre de ces garanties :

- les séjours médicalement prescrits effectués en France dans un établissement conventionné du type : climatiques, de rééducation, de réadaptation, diététique, maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés, désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.
- les **Hospitalisations** pour motif psychiatrique effectuées en France dans un établissement conventionné,
- les séjours médicalement prescrits effectués en Suisse dans un établissement hospitalier, médico-social ou une institution prodiguant les soins spécifiques suivants : soins semi-hospitaliers, de réadaptation de longue durée et cure balnéaire. Pour bénéficier de la garantie, l'établissement doit être admis par l'assurance obligatoire des soins en suisse à pratiquer ce type de soins.

**Le montant et la durée de prise en charge sont limités comme indiqué dans votre tableau de garanties.**

**La limite relative à la durée de prise en charge s'entend par Année d'adhésion et par Assuré.**

En France la prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de remboursement** et comprend le forfait journalier.

## Garanties spécifiques aux **Hospitalisations** en France

### Le forfait journalier

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

### Les frais de séjour

En cas d'**Hospitalisation** dans un établissement hospitalier français conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjours qui auraient donné lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale.

Si l'**Hospitalisation** donne lieu à un remboursement partiel de la Sécurité sociale, cette garantie rembourse les frais restant à votre charge.

### La chambre particulière

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

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

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

### Frais d'accompagnant en cas d'**Hospitalisation**

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

## 3.2.2 - Soins en France

### Consultations et visites des médecins

Cette garantie Vous rembourse les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier.

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

- Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilé : ces consultations sont prises en charge dans la limite de six (6) consultations maximum par Année d'adhésion et par Assuré.

### Transport

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de transport médicalement prescrit et effectués par un VSL (Véhicule Sanitaire léger) ou un taxi conventionnés avec les organismes d'Assurance Maladie français. Il n'est couvert qu'entre le domicile et un établissement hospitalier de la même localité ou à défaut de la localité la plus proche. Si l'Assuré choisit un établissement plus éloigné, le surcroît des frais de transport sera à sa charge.

### Auxiliaires médicaux, Analyses / Actes médicaux ou paramédicaux courants, soins externes, radiologie

Sont pris en charge au titre de ces garanties :

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

**Pour être pris en charge, ces frais doivent avoir été prescrits par votre médecin.**

### Appareillage et Prothèse auditive

Cette garantie Vous rembourse les frais d'orthopédie, de petits et gros appareillages et de Prothèse auditive dès lors que l'appareil est prescrit par votre médecin et qu'il fait partie de la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie française (L.P.P.).

### Pharmacie

Cette garantie Vous rembourse les frais de médicaments prescrits par un médecin et figurant sur la "Liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux" français.

Sont également pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau de garanties les frais de vaccins médicalement prescrits mais ne donnant lieu, pour les assurés sociaux, à aucune prise en charge de l'Assurance Maladie française.

### Forfait naissance et adoption

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

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

### Forfait cure Thermale sur prescription d'un médecin

Cette garantie Vous rembourse, dans la limite d'un forfait, les frais de cure thermale effectuée sur prescription d'un médecin dans un établissement thermal agréé et conventionné par l'Assurance Maladie française.

Cette garantie ne prend pas en charge les autres frais tels que les frais de transport, les frais d'hébergement ou les soins annexes à la cure thermale.

### Frais dentaires

#### Soins dentaires

Cette garantie Vous rembourse :

- les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste,
- les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc...) et les soins chirurgicaux (extraction, etc ...).

#### Prothèses dentaires et orthodontie

Cette garantie Vous rembourse, dans la limite d'un forfait, les dépenses liées à la réalisation d'implants, d'actes de parodontologie, de prothèses dentaires ou d'orthodontie.

### Optique

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

- à l'achat des verres et montures,
- à l'achat de lentilles,
- à la chirurgie réfractive par laser pour le traitement de la myopie.

## 3.2.3 - Soins médicaux inopinés en Suisse

Cette garantie prend en charge, dans la limite du montant du forfait prévu au tableau de garanties, les frais liés à des soins médicaux effectués en Suisse par un Assuré dont l'état de santé ne lui permet pas de se rendre en France pour les recevoir, sous réserve que ces soins soient des *Soins inopinés*.

Le forfait s'applique par Assuré et pour l'ensemble des soins médicaux inopinés réalisés en Suisse au cours d'une même *Année d'adhésion*.

## 3.2.4 - Soins inopinés à l'étranger (c'est-à-dire hors France et Suisse)

Cette garantie prend en charge les frais liés à des soins médicaux, chirurgicaux et/ou une *Hospitalisation* effectués lors d'un voyage temporaire (moins de trois (3) mois consécutifs) dans le monde entier sous réserve que ces soins soient des *Soins inopinés* et *médicalement prescrits*.

Les remboursements sont effectués conformément au tableau de garanties.

Pour obtenir le remboursement de ces soins réalisés dans les cas mentionnés au 3.2.3 et 3.2.4, Vous devrez adresser au médecin Conseil d'APRIL, un certificat médical précisant la nature des soins, leur cause et les circonstances dans lesquelles ils ont été donnés en justifiant le caractère inopiné ainsi que la(les) facture(s).

**Pour les Assurés assujettis au régime d'Assurance Maladie français, le remboursement est subordonné à une prise en charge par la Sécurité sociale.**

## 3.2.5 - Le service Tiers Payant Santé

Ce service Vous permet de faire l'économie de l'avance de certains frais de soins s'ils sont réalisés en France et pris en charge au titre de vos garanties. Il faut en outre que le professionnel de santé accepte le Tiers payant. Cette avance est limitée au montant garanti.

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

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

## 4.1 - Les documents à nous adresser

Si l'Assuré est affilié à un régime d'Assurance Maladie obligatoire français :

- S'il bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et APRIL, les remboursements s'effectueront automatiquement.
- Dans les autres cas, ou s'il n'utilise pas le système de télétransmission lors de la dépense de santé, Vous devrez adresser à APRIL dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par le régime obligatoire :
  - les originaux des décomptes délivrés par l'Assurance Maladie,

- les notes ou factures acquittées détaillant les actes et prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein du tableau de garanties.
- les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.

Si L'Assuré n'est pas affilié à un régime d'Assurance Maladie obligatoire français, vous devrez adresser à APRIL sous peine de déchéance dans un délai maximum de trois (3) mois suivant la dépense de soins :

- la feuille de soins originale dûment complétée et signée ainsi que les notes et factures acquittées complémentaires attestant la dépense réelle et la nature des actes accomplis ou les vignettes pharmaceutiques en cas d'achat de médicaments,
- la prescription médicale si les soins sont soumis à prescription,
- en cas de naissance d'un enfant, l'acte de naissance,
- en cas d'**Accident**, un certificat médical descriptif des blessures, un justificatif de la date, du lieu et des causes et circonstances de l'**Accident** et le cas échéant l'original des décomptes établis par la Caisse Suisse d'assujettissement,
- les décomptes établis par les éventuels autres organismes d'assurance santé.

De même, une demande d'entente préalable devra être effectuée par l'Assuré non affilié à un régime d'Assurance Maladie obligatoire français, avant toute dépense de santé programmée répondant aux caractéristiques suivantes :

- Exécution de soins ou traitements spéciaux pour un montant estimé supérieur ou égal à 1524 euros.
- Cure thermale. La demande d'entente préalable devra dans ce cas être effectuée au moins soixante (60) jours avant le départ en cure.

**Dans ces deux cas, à défaut d'accord par APRIL, ou si l'Assuré n'effectue pas de demande d'entente préalable, la dépense de soins engagée ne sera pas prise en charge.**

## 4.2 - Les modalités de remboursement

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

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

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

## 4.3 - Le contrôle médical

Si les soins médicaux, les frais pharmaceutiques ou le nombre d'actes prescrits paraissent hors de proportion avec l'affection traitée, Nous nous réservons le droit d'en référer à notre Médecin Conseil qui jugera de l'opportunité de réduire ces frais dans une juste mesure ; tout désaccord est alors soumis à expertise.

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

**Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin que Nous désignerons doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. A défaut, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.**

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

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

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

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

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

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

**Ne sont pas garantis au titre de votre adhésion à la convention les événements les conséquences et suites :**

- de la participation à des rixes, crimes ou délits, actes de terrorisme ou de sabotage, émeutes ou mouvements populaires,
- du suicide ou de sa tentative, d'une automutilation consciente ou non, d'actes intentionnels, de l'alcoolisme, de l'état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur ou égal à celui défini par la loi sur la circulation automobile au jour du sinistre), de l'utilisation de stupéfiants ou substances analogues, médicaments et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée, des traitements de chirurgie plastique ou esthétique, les cures de toutes natures (sauf si pris en charge dans le cadre de la garantie Maison de repos ou du Forfait cure thermale sur prescription) et la Thalassothérapie,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel, d'un sport aérien, de compétitions avec utilisation d'engins à moteur et leurs essais préparatoires, d'un sport de combat,
- d'acrobaties, d'exhibitions, de la participation à une compétition, matches à titre professionnel, paris, tentatives de records,
- des Maladies, Accidents ou infirmités antérieurs à la date d'effet de l'adhésion et non déclarés à la souscription,
- les séjours en établissement à caractère sanitaire et/ou social, en maison de retraite, hospice ou service de gérontologie, ou tout autre établissement spécialisé pour personnes âgées ainsi que tous séjours quelle que soit la nature de l'établissement, normalement pris en charge par les régimes obligatoires selon les critères prévus pour les longs séjours.

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

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

### 6.1 - Prise d'effet de vos garanties

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

**Si Vous avez adhéré à la convention suite à un démarchage à domicile :**

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

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

**Si Vous avez adhéré à la convention à distance :**

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

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

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

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

«Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention «FRONTALIER» n°..... que j'avais souscrit le .....par l'intermédiaire du cabinet .....

Fait à ..... le ..... signature .....

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

**Délai d'attente :**

Aucun délai d'attente ne sera appliqué aux Assurés si Vous pouvez justifier pour Vous et les Membres de votre famille Assurés avoir bénéficié de garantie d'assurance " frais santé " au cours du mois précédent la prise d'effet de l'adhésion à la convention FRONTALIER.

A défaut, en cas d'**Hospitalisation** au cours des six (6) premiers mois suivant la prise d'effet des garanties, les montants garantis en cas d'**Hospitalisation** seront plafonnés aux montants garantis en Niveau 1.

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.

### 6.2 - Durée de vos garanties

Votre adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année.

Vos garanties sont viagères dès la date d'adhésion, c'est-à-dire que l'Organisme assureur ne pourra résilier votre adhésion sauf dans les cas mentionnés au paragraphe « Cessation de votre adhésion».

## 6.3 - Cessation de votre adhésion

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

**A votre initiative :** à chacune de ses échéances par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL au plus tard le 31 octobre de chaque année.

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

- a) en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- b) et pour chaque Assuré, dès lors qu'il cesse d'appartenir à l'effectif affiliable,
- c) en cas de décès de l'Adhérent,
- d) en cas de dénonciation de la convention par l'Association des Assurés d'APRIL ou l'organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de cette dernière. Vous en serez informé par l'Association et l'Organisme assureur. Vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.

Si Vous cessez votre activité professionnelle en Suisse, Vous devez nous en informer conformément aux dispositions du paragraphe 8 "Les informations que vous devez porter à notre connaissance".

**Sanctions en cas de fausse déclaration**

- **Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le sinistre, par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat.**
- **De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.**

## **7 - VOTRE COTISATION**

### 7.1 - Comment est déterminée votre cotisation ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge de chaque Assuré à la date de prise d'effet des garanties,
- des garanties que Vous avez souscrites,
- pour chaque Assuré, de la qualité d'assujettis ou non à un régime obligatoire d'Assurance maladie français.

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

**Comment est déterminé l'âge de chaque Assuré ?**

L'âge de l'Assuré est toujours déterminé par différence de millésimes entre l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance.

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 des Assurés à la date de prise d'effet de ladite modification.

### 7.2 - Comment évolue votre cotisation ?

Votre cotisation évolue contractuellement de :

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

A ces taux, peut s'ajouter une révision de la cotisation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte du régime obligatoire de l'Assuré, de l'âge, du sexe et des garanties souscrites.

Les augmentations de cotisation ont lieu :

- chaque année au 1er janvier,
- ou éventuellement en cours d'année en cas de modification dans la situation des Assurés (la nouvelle cotisation prenant effet à la date d'effet de ladite modification).

La cotisation peut être révisée en cours d'année en cas de modification de la législation fiscale ou sociale. Dans ce dernier cas, Vous serez informé et pourrez dès ce moment résilier votre adhésion dans les quinze (15) jours. La résiliation prendra effet un (1) mois après l'envoi de votre demande. Vous serez alors redevable, jusqu'à la date d'effet de la résiliation, du prorata de prime.

### 7.3 - Les modes de paiement

La cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

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

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

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

A défaut du paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, Nous Vous adresserons une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, Nous résilierons de plein droit votre adhésion et Nous pourrions réclamer le paiement des cotisations restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément au Code des assurances.

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

## 8 - LES INFORMATIONS QUE VOUS DEVEZ PORTER A NOTRE CONNAISSANCE

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

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

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

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

Ainsi, en cours de votre adhésion, Vous devez Nous déclarer par écrit dès que Vous en avez connaissance, et au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'événement, tout changement intervenu dans votre situation ou celle de l'un des Assurés, tels que :

- changement de *Résidence*,
- changement de situation professionnelle et notamment : en cas de chômage, de perte de la qualité de salarié frontalier ou travailleur indépendant frontalier,
- changement de votre composition familiale,
- affiliation à un régime d'assurance maladie quelconque.

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

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

## 9 - PRESCRIPTION

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

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

## 10 - QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATION ?

En cas de difficultés dans l'application de votre adhésion, Nous Vous recommandons de Vous adresser à votre Assureur conseil. Si un différend éventuel persiste après réponse, Vous pouvez adresser votre réclamation écrite à notre Service Clients – APRIL Santé Prévoyance – 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03.

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

## LEXIQUE :

### Accident :

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

### 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 des garanties portée au Certificat d'adhésion pour chaque Assuré.

### Base de Remboursement :

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par l'Assurance Maladie 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 ou TR.

### Conjoint :

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

### Diagnostic :

Constataction clinique et para clinique d'une affection établie par une autorité médicale spécialisée.

### Hospitalisation :

Fait de recevoir des soins nécessitant un séjour dans un établissement hospitalier d'au moins 24 heures (un hôpital ou une clinique habilités 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 doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

### Maladie :

Altération de la santé constatée par une autorité médicale.

### LAMal (législation suisse) :

Loi Fédérale sur l'assurance – maladie du 18 mars 1994

### LAA (Législation suisse) :

Loi Fédérale sur l'assurance - accidents du 20 mars 1981

### OLAA (Législation suisse) :

Ordonnance sur l'assurance – accidents du 20 décembre 1982

### Résidence :

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

### 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.

### Soins inopinés :

Soins et traitements non prévus mais qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour temporaire (moins de trois (3) mois) afin de permettre à l'Assuré de continuer son séjour dans les conditions médicalement sûres.

Ne sont donc pas inopinés, les soins et traitement programmés c'est-à-dire les soins prévus et pour lesquels l'Assuré a décidé de se rendre à l'étranger.

### 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.

Crée en 2000 à Lausanne, regroupant aujourd'hui plus de 400 collaborateurs en Suisse, en France et en Tunisie, SANO Concept assure la santé de plus de 120 000 personnes.

SANO Concept propose une gamme complète de solutions d'assurance collectives et individuelles innovantes pour les profils internationaux sous sa marque **SANO Concept International**.

SANO Concept est la filiale suisse du groupe APRIL, acteur leader de l'assurance santé en France et présent dans plus de 30 pays avec 3 500 collaborateurs.

Sano Concept International s'est associé à APRIL Santé Prévoyance pour concevoir une assurance santé pour les frontaliers travaillant en Suisse. Les expertises des marchés de la santé d'APRIL en France et de SANO Concept en Suisse permettent de proposer aux Frontaliers et à leur famille un package de garanties parfaitement adapté à leurs besoins ainsi que des services exclusifs.

**SANO Concept, Social Partner de la Fondation Théodora**  
[www.theodora.org](http://www.theodora.org)



## APRIL Santé Prévoyance à vos côtés

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



Santé, Prévoyance, Assurance de Prêt ..... Tél. 09 74 50 20 20  
particuliers et professionnels (appel non surtaxé)

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



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

### Nos engagements :

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

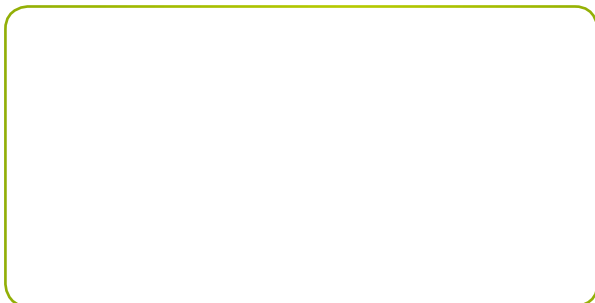
ISO 9001

**BUREAU VERITAS**  
Certification



Une société certifiée ISO 9001(1)  
version 2000

Pour en savoir plus contactez votre conseiller Sano Concept.



**APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE** UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,  
Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03

Fax : 04 78 53 65 18 - Internet : [www.april.fr](http://www.april.fr)

APRIL Santé Prévoyance - S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419  
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 - ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75 436 Paris Cedex 09  
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance, assuré par AXERIA Prévoyance et distribué par SANO CONCEPT.



L'assurance n'est plus **ce qu'elle était.**