

SANTÉ INDIVIDUELLE

Quentin et Sarah sont toujours à l'affût des bons plans même pour leur complémentaire santé !

APRIL Santé leur offre le choix parmi 7 niveaux de couverture et 3 renforts à des tarifs très attractifs.



● Rendez-vous sur [april.fr](https://www.april.fr)


april
L'assurance en plus facile.

La complémentaire APRIL Santé, le vrai bon plan personnalisable !

Avec ses 7 niveaux et ses 3 renforts, APRIL Santé offre une large palette de garanties et répondra à tous vos besoins en fonction de vos habitudes de soins en santé. APRIL Santé prendra également soin de votre budget avec ses tarifs étudiés.



VOS GARANTIES DE BASE

● Hospitalisation

Prise en charge des honoraires chirurgicaux jusqu'à 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

● Consultations

Prise en charge des généralistes et spécialistes jusqu'à 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

● Pharmacie

Prise en charge complète jusqu'à 100 %* de la pharmacie remboursée par la Sécurité sociale.

● Frais Optiques

Jusqu'à 350 € pour l'équipement optique.

● Frais dentaires

Des prothèses dentaires remboursées jusqu'à 400 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

● Aides auditives

Prise en charge de prothèses auditives à 100 % de la base de remboursement.

*Sauf pour les niveaux Access et Essentiel.

Retrouvez le détail des garanties en page 6.

LA RÉFORME 100 % SANTÉ, C'EST QUOI ?

La réforme 100 % Santé consiste à favoriser l'accès aux soins sur les postes où le reste à charge est parfois élevé pour les patients soit en optique, en dentaire et en audiologie.

Les professionnels de santé sont contraints de respecter le plafonnement des tarifs des soins concernés et les complémentaires santé ont l'obligation de prendre en charge ces soins à hauteur de ces plafonds, en complément du remboursement de la Sécurité sociale. Ils pourront en parallèle proposer d'autres offres avec un tarif libre.

3 renforts pour des habitudes de soins plus spécifiques

Les renforts facultatifs vous permettent d'enrichir vos garanties de base selon vos besoins et vos habitudes de soins. Ils sont accessibles à partir du niveau Équilibre.



Renfort Hospitalisation

Pour plus de confort pendant la période d'hospitalisation, ce renfort prend en charge **la chambre particulière ainsi que les frais d'accompagnant**.



Renfort Médecines naturelles et Médicaments

Vous appréciez de vous soigner en douceur, ce renfort inclut un forfait prenant en charge **les médecines naturelles et également les médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale**.



Renfort Optique, Dentaire, Audiologie

Vous êtes appareillés et avez besoin d'être bien remboursés, ce renfort prend en charge **les autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, un forfait supplémentaire sur les verres « Offre Libre » Classe B, ainsi qu'un renfort d'aides auditives plus ou moins élevé selon votre besoin**.

Retrouvez le détail des renforts en page 8.



BON À SAVOIR

Ce produit comprend des limitations de garanties qui ne conviendront peut-être pas aux personnes ayant des soins dans les premiers mois après l'adhésion.

Il s'agit d'une période de 3 mois à compter de la prise d'effet des garanties pendant laquelle les remboursements sont limités à 100 % de la base de remboursement sur toutes les garanties de base.

Les garanties prises en charge dans les Renforts ne donneront lieu à aucun remboursement pendant le délai d'attente de 3 mois suivant la date d'effet des garanties.

La limitation ne concerne ni le niveau Access ni le niveau Essentiel.

Option Rachat de la limitation

Il est possible de racheter cette limitation lors de la souscription du contrat. Celle-ci sera applicable uniquement sur les garanties de base.

La limitation sur les renforts n'est pas rachetable.

DES SERVICES D'ASSISTANCE INCLUS QUI VOUS SIMPLIFIERONT LE QUOTIDIEN EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation, vous bénéficiez d'une garde d'enfants et d'une garde d'animaux de compagnies (chiens et chats) pendant la durée de l'hospitalisation et d'une aide-ménagère au retour de votre domicile, et ce, dès 3 nuits d'hospitalisation.

En cas de chimiothérapie ou de radiothérapie, ce soutien est accessible dès le 1^{er} jour d'hospitalisation.



ASSOCIATION
DES ASSURÉS
APRIL

ÉCOUTER • AGIR • SOUTENIR

Ils ont choisi APRIL Santé !

Lucas, 22 ans, a besoin d'une couverture santé à prix mini pendant ses études.



Tarif 2020 pour une personne de 22 ans, habitant à Marseille, ayant souscrit un niveau Access et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

Olivier et Marie ont besoin d'une prise en charge en orthodontie pour leurs 3 enfants.



Tarif 2020 pour un couple de 40 ans avec 3 enfants, habitant à Rennes, ayant souscrit un niveau Confort et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

Laura, 30 ans, souhaite une couverture adaptée à ses besoins et à ceux de sa fille.



Tarif 2020 pour une personne de 30 ans avec un enfant de 4 ans, habitant à Lyon, ayant souscrit un niveau Équilibre et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

VOS RÉDUCTIONS TARIFAIRES

Selon la composition familiale :

- Pour les couples :
- **10% sur la cotisation** TTC du conjoint
- Pour les familles nombreuses :
cotisation gratuite pour le 3^e, le 4^e et le 5^e enfant de - de 21 ans

Pour les Travailleurs Non Salariés :

- **Déductibilité Madelin** :
pour les 6 niveaux de garantie responsables et les renforts associés



Toutes vos démarches en ligne, sur l'espace assuré

Un Espace Assuré accessible 7j/7 et 24h/24, pour réaliser vos démarches et accéder à nos services.



RÉALISEZ VOS DEMANDES

- Déposez vos demandes de remboursements
- Demandez un devis optique, dentaire ou une prise en charge hospitalisation
- Visualisez vos remboursements en temps réel
- Réalisez des simulations de remboursements
- Posez toute question concernant votre contrat
- Informez APRIL de tout changement de situation

ACCÉDEZ ET RÉÉDITEZ VOS DOCUMENTS

- Votre carte de Tiers-Payant
- Votre certificat d'adhésion
- Vos conditions générales
- Vos relevés de prestations
- Votre résumé de garanties
- Votre appel de cotisations, etc.

MODIFIEZ VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

- Votre Relevé d'Identité Bancaire
- Votre email
- Votre adresse
- Votre numéro de téléphone

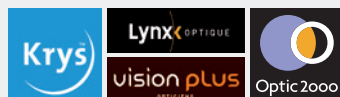
Des avantages inclus dans votre contrat

APRIL a négocié pour vous des réductions exclusives⁽¹⁾.

VOS RÉDUCTIONS SANTÉ

Auprès de nos partenaires opticiens :

Sur présentation de la
carte de Tiers-payant



Sur les verres progressifs :

- Des verres progressifs avec un tarif négocié et encadré à partir de **288 €**⁽²⁾
- Jusqu'à **15%** de réduction sur les montures

Auprès de
2 500
partenaires

Pour tous les types de verres :

- Jusqu'à **-20%** sur les verres unifocaux⁽⁴⁾
- Jusqu'à **-10%** sur les montures⁽⁴⁾

Pensez aussi à notre offre en ligne avec **-10% de réduction** sur l'achat d'un pack « montures + verres » sur www.easyverres.com



Auprès d'audioprothésistes partenaires :

Sur présentation de la
carte de Tiers-payant



- **Bilan auditif et essai gratuits**⁽³⁾ d'une solution auditive adaptée
- Jusqu'à **-15%** de réduction permanente sur le forfait « appareillage auditif »⁽³⁾
- **-10%** de réduction permanente sur les accessoires auditifs (casques TV, téléphones, protections auditives...)

(1) Les réductions auprès de nos partenaires sont valables uniquement en France Métropolitaine (hors Caraïbes, Réunion et Mayotte).

(2) Pour 2 verres ou 144 € le verre voir conditions sur votre Espace Assuré.

(3) Voir conditions sur votre Espace Assuré.

(4) Selon grille disponible dans tous les magasins partenaires : Optic 2000, KryS, Lynx Optique et Vision Plus.

Garanties APRIL Santé

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables (hors niveau Access) et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré sauf en cas de rachat. Les garanties prises en charge dans les Renforts ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré que l'option rachat ait été souscrite ou non. Passé ce délai de (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Non responsable



		Niveau Access	Limitation	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ *									
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ									
Frais de séjour		Frais réels		Frais réels					
Forfait journalier hospitalier		Frais réels		Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE									
Frais de séjour				Frais réels					
Forfait journalier hospitalier		–		Frais réels					
Honoraires et frais médicaux				100 % BR					
SOINS COURANTS									
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR		100 % BR					
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR		100 % BR					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %		100 % BR		100 % BR					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %		–		–	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport		100 % BR		100 % BR					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique		100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
DENTAIRE									
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾		100 % BR		Frais réels					
Prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽²⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽²⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾ – hors soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale		–		–	–	1500 € au-delà 100 % BR	2000 € au-delà 100 % BR	2500 € au-delà 100 % BR	2500 € au-delà 100 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties **100% Santé**, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré sauf en cas de rachat. Les garanties prises en charge dans les Renforts ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré que l'option rachat ait été souscrite ou non. Passé ce délai de (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Non responsable

	Niveau Access	Limitation	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
OPTIQUE								
	Forfait Lunette ⁽⁴⁾	La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. Le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans sur les niveaux responsables à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou en cas de souscription du niveau Access non responsable. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.						
Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle ⁽³⁾	Se reporter au forfait « Équipements optique » de classe B ci-dessous		Frais réels					
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B			Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.					
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)			100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	50 €	100 % BR	100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)			100 % BR	200 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)			100 % BR	50 % des frais réels				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	30 €	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 35 €	100 % BR + 70 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 170 €	100 % BR + 200 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	–	–	–	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie) – par année d'adhésion	–	–	–	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
AIDES AUDITIVES								
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020								
Aides auditives et entretien de l'appareillage	100 % BR		100 % BR					
Aides auditives à compter du 01/01/2021⁽⁶⁾ (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)								
Équipements « 100% Santé » Classe I	100 % BR		Frais réels					
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille, dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR					
Accessoires	100 % BR		100 % BR					
AUTRES PRESTATIONS								
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR		100 % BR					

BR : Base de remboursement

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTMA-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du panier « 100 % Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(3) Tels que définis réglementairement. Les frais optiques exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(4) S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A « 100% Santé » ou Classe B « Offre Libre » composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.

(5) Au 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la facturation de l'équipement. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par l'audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Option Rachat de la limitation pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat

En souscrivant cette option, les garanties prévues au contrat (hors renforts éventuellement souscrits) ne sont pas limitées pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat

<input type="checkbox"/> Renfort Hospitalisation HORS Niveau Access et Essentiel	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
Chambre particulière – par jour et par assuré – dans la limite de 30 jours pour les séjours en Médecine, Chirurgie, Maternité, Établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés. Hors hospitalisation psychiatrique	-	-	30 €	50 €	60 €	80 €	110 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) – par jour – dans la limite de 30 jours pour les séjours en Médecine, Chirurgie, Maternité, Établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés. Hors hospitalisation psychiatrique	-	-	15 €	25 €	30 €	35 €	50 €

<input type="checkbox"/> Renfort Médecines naturelles et Médicaments HORS Niveau Access et Essentiel	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute – par année d'adhésion et par assuré	-	-	45 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Forfait Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale – par année d'adhésion et par assuré	-	-	35 €	40 €	50 €	60 €	70 €

<input type="checkbox"/> Renfort Optique/Dentaire/ Audiologie HORS Niveau Access et Essentiel	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium		Niveau Confort		Niveau Intégral		Niveau Premium	
				Forfait 1	Forfait 2	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 1	Forfait 2
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) – par année d'adhésion et par assuré	-	-	50 €	50 €	100 €	50 €	100 €	50 €	100 €	50 €	100 €
Renfort optique : forfait supplémentaire sur les verres « Offre libre » Classe B uniquement – par assuré, valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.	-	-	+ 50 €	+ 50 €	+ 100 €	+ 50 €	+ 100 €	+ 50 €	+ 100 €	+ 50 €	+ 100 €
Renfort Aides auditives – le forfait se renouvelle tous les 4 ans, et à partir du 1 ^{er} janvier 2021, à compter de la dernière acquisition pour l'« Offre libre » Classe II ⁽¹⁾	-	-	150 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille

(1) Au 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la facturation de l'équipement. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par l'audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

GRILLE OPTIQUE 2020

Catégorie 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 6,00

Catégorie 2

- 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- 1 Verre de la catégorie 3

Catégorie 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 6,00 et 0 s] et dont le cylindre est > à + 4,00
 - dont la sphère est < à - 6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00

- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est [- 8,00 et + 8,00]
 - dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00]
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00
 - dont la sphère est < à - 8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

ou

- 1 Verre de la catégorie 3
- Et
- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)

Exemples de remboursements

Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Niveau non
responsable

		Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
Hospitalisation								
Forfait Journalier	Dépense ⁽¹⁾	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Sécurité sociale	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	APRIL	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Reste à charge	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Dépense ⁽²⁾	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	APRIL	0 €	0 €	67,93 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	Reste à charge	83,30 €	83,30 €	15,37 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Dépense ⁽²⁾	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	APRIL	0 €	0 €	0 €	67,93 €	159,30 €	159,30 €	159,30 €
	Reste à charge	159,30 €	159,30 €	159,30 €	91,37 €	0 €	0 €	0 €
Optique								
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % Santé)	Dépense ⁽³⁾	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	Remboursement Sécurité sociale	13,50 €	13,50 €	13,50 €	13,50 €	13,50 €	13,50 €	13,50 €
	APRIL	50 €	111,50 €	111,50 €	111,50 €	111,50 €	111,50 €	111,50 €
	Reste à charge	61,50 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Dépense ⁽³⁾	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	APRIL	50 €	0,06 €	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
	Reste à charge	294,91 €	344,85 €	219,91 €	194,91 €	144,91 €	94,91 €	44,91 €
Dentaire								
Détartrage	Dépense ⁽⁴⁾	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	Remboursement Sécurité sociale	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	APRIL	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	Reste à charge	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100 % Santé)	Dépense ⁽⁵⁾	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	Remboursement Sécurité sociale	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	APRIL	36 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	Reste à charge	380 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	Dépense ⁽²⁾	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	Remboursement Sécurité sociale	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	APRIL	36 €	36 €	36 €	156 €	216 €	276 €	354,75 €
	Reste à charge	418,70 €	418,70 €	418,70 €	298,70 €	238,70 €	178,70 €	99,95 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	Dépense ⁽²⁾	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	Remboursement Sécurité sociale	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	APRIL	32,25 €	32,25 €	32,25 €	139,75 €	193,50 €	247,25 €	354,75 €
	Reste à charge	431,20 €	431,20 €	431,20 €	323,70 €	269,95 €	216,20 €	108,70 €

(1) Tarif réglementaire

(2) Prix moyen national de l'acte

(3) Prix limite de vente

(4) Tarif conventionnel

(5) Honoraire limite de facturation

* Le remboursement du dépassement d'honoraires est calculé sur la base de remboursement fixé à 23 €. En effet, la majoration de 2 € n'inclut pas de dépassement d'honoraires.

Exemples de remboursements

Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Niveau non
responsable

		Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
Aides auditives								
Aides auditives de classe I par oreille (à compter du 01/01/2021)	Dépense ⁽³⁾	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €
	Remboursement Sécurité sociale	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	APRIL	160 €	860 €	860 €	860 €	860 €	860 €	860 €
	Reste à charge	700 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille (du 01/01/2020 jusqu'au 31/12/2020)	Dépense ⁽²⁾	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €
	Remboursement Sécurité sociale	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €
	APRIL	140 €	140 €	140 €	140 €	140 €	140 €	140 €
	Reste à charge	1126 €	1126 €	1126 €	1126 €	1126 €	1126 €	1126 €
Soins courants								
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Dépense ⁽⁴⁾	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	Remboursement Sécurité sociale	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	APRIL	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	Reste à charge	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Dépense ⁽⁴⁾	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Remboursement Sécurité sociale	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	APRIL	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	Reste à charge	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Dépense ⁽⁴⁾	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	Remboursement Sécurité sociale	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	APRIL*	7,50 €	7,50 €	13,25 €	19 €	26,50 €	26,50 €	26,50 €
	Reste à charge	20 €	20 €	14,25 €	8,50 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAMCO)	Dépense ⁽⁴⁾	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
	Remboursement Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	APRIL	6,90 €	6,90 €	6,90 €	12,65 €	24,15 €	29,90 €	29,90 €
	Reste à charge	34 €	34 €	34 €	28,25 €	16,75 €	11 €	11 €

(1) Tarif réglementaire

(2) Prix moyen national de l'acte

(3) Prix limite de vente

(4) Tarif conventionnel

(5) Honoraire limite de facturation

* Le remboursement du dépassement d'honoraires est calculé sur la base de remboursement fixé à 23 €. En effet, la majoration de 2 € n'inclut pas de dépassement d'honoraires.

Comprendre 1 € de reste à charge

Franchises médicales et participation forfaitaire appliquées au 01/01/20 par la Sécurité sociale et non remboursées par votre contrat :

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

Qu'est-ce que le DPTAM ?

Le DPTAM est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale.

Pourquoi choisir APRIL ?



DES OFFRES PERSONNALISÉES

- Quels que soient votre profil, votre budget ou vos besoins, découvrez nos solutions adaptées en santé, santé animale, prévoyance professionnelle et familiale et assurance de prêt.



DES SERVICES QUI VOUS FACILITENT LA VIE

- Un Espace Assuré accessible 7j/7 et 24h/24, pour réaliser vos démarches et accéder à nos services.
- Des avantages clients exclusifs.



UNE ENTREPRISE RESPONSABLE

- La Fondation APRIL s'engage tous les jours pour une « santé autrement » à travers ses actions et ses publications.



UN TRAITEMENT EFFICACE DE VOS DEMANDES

- Gagnez du temps avec l'adhésion 100% en ligne.
- Vos remboursements santé sont garantis dans les 24h suivant la réception de vos justificatifs.



DES CONSEILLERS DISPONIBLES

- Lors de votre adhésion, vous bénéficiez d'un accompagnement personnalisé dans le recueil de votre état de santé, avec la Télésélection médicale.
- Nos conseillers vous répondent 6j/7 de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 9h à 12h le samedi.



UNE SOCIÉTÉ CERTIFIÉE

- APRIL offre une qualité de service certifiée ISO 9001 version 2015 avec une recherche permanente de la satisfaction de nos assurés.



COMMENT DÉPOSER UNE RÉCLAMATION ?

Pour toute réclamation, vous pouvez vous adresser en premier lieu à votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis votre Espace Assuré.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser en second lieu votre demande à notre Service Réclamations (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03).

Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous dix jours ouvrables ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à vous communiquer le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder deux mois.

Si le désaccord persiste après épuisement des voies internes de traitement des réclamations, vous pouvez faire appel au Médiateur compétent. Toute demande de médiation doit avoir été précédée d'une réclamation écrite auprès de nos services. Si la réponse apportée ne vous satisfait pas ou si vous n'avez pas obtenu de réponse depuis plus de deux mois, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité française. Aucune action judiciaire ne doit

avoir été engagée. Cette démarche ne vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si vous le souhaitez

Le médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.

Vous pouvez contacter le Médiateur de la Mutualité française :

- Par courrier : le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

- Ou par courrier électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site du Médiateur de la Mutualité Française : [HYPERLINK http://www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr) - Rubrique : saisir le Médiateur.

Si vous avez souscrit votre contrat à distance par Internet, vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Nous vous conseillons de toujours vous adresser au préalable à notre Service Réclamations qui vous orientera au mieux et pourra vous fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

APRIL, L'assurance en plus facile

Créé en 1988, APRIL est un groupe international de services en assurance implanté dans 22 pays, dont l'ambition est de proposer à ses clients une expérience de l'assurance plus facile et plus accessible.

Plus de 3 000 collaborateurs conçoivent, distribuent et gèrent des solutions spécialisées d'assurance autour de cinq marchés d'expertise (emprunteur, santé internationale, Pros/TPE, santé et prévoyance locales, dommage de niches) pour ses partenaires et clients - particuliers, professionnels et entreprises. Le groupe a réalisé en 2019 un chiffre d'affaires de 1 017,3 millions d'euros.

L'Association des Assurés APRIL

ÉCOUTER • AGIR • SOUTENIR... POUR TOUS LES ADHÉRENTS



Tout adhérent d'un **contrat souscrit par l'Association des Assurés APRIL**, devient automatiquement membre de l'Association. Vous accédez ainsi, au-delà de vos garanties d'assurance, aux soutiens de l'Association* :

- **Soutien Juridique** : Des équipes de juristes vous informent dans tous les domaines de la vie quotidienne : droit de la famille, du travail, de la santé, de la consommation...
- **Soutien Hospitalisation** : Pour faciliter votre retour au domicile (garde d'enfants, aide-ménagère...),
- **Soutien Frais de santé, Soutien Psychologique, Soutien Cotisations et Soutien Aidants** : En cas de coup dur et sous certaines conditions de ressources, l'Association peut prendre en charge tout ou partie de vos frais de santé onéreux, de votre cotisation d'assurance ou des frais de séjour de répit pour un membre de votre famille dépendant.

* Retrouvez toutes les conditions de ces soutiens sur www.association-assures-april.fr

POUR PLUS D'INFORMATIONS,
CONTACTEZ VOTRE ASSUREUR-CONSEIL

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03
www.april.fr

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par Identités Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541 - Siège social : 24 boulevard de Courcelles 75017 Paris - www.identites-mutuelle.com

