

NOUVELLE OFFRE

APRIL SANTÉ MIX

Contrat responsable conforme 100 % santé

Virginie veut rester libre
de créer sa solution santé
en fonction de ses besoins.

APRIL lui permet de
composer sa solution
santé à partir d'une
palette de garanties.

**SERVICE
TÉLÉMÉDECINE
INCLUS**



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


april
L'assurance en plus facile.

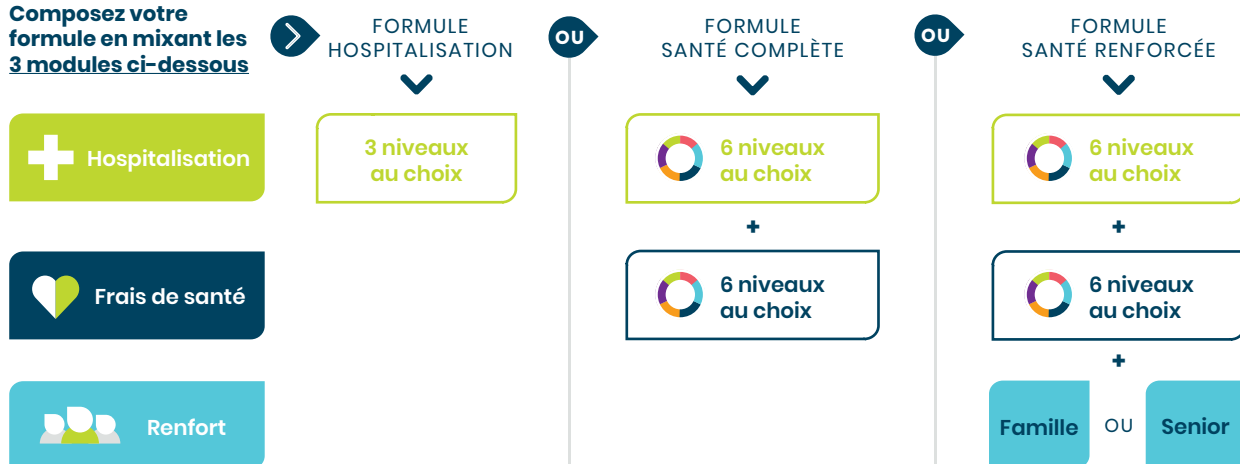
Une palette de garanties au choix pour répondre à vos besoins

Avec ses 3 modules au choix, c'est vous qui composez vos garanties en fonction de vos priorités et de vos habitudes de consommation de soins de santé.

APRIL SANTÉ MIX, COMMENT ÇA MARCHE ?

Les 6 niveaux proposés pour chaque module vous permettent d'ajuster encore un peu plus vos garanties selon vos besoins et vos attentes de remboursements avec la modularité +/- 3.

Composez votre formule en mixant les 3 modules ci-dessous



Le niveau du module Renfort sera identique à celui choisi pour le module Frais de santé.

Mixez vos 6 niveaux : pour les Formules Santé Complète et Santé Renforcée, les niveaux choisis peuvent être différents entre le module Hospitalisation et celui des Frais de santé, dans la limite de 3 niveaux d'écart (supérieur ou inférieur) entre les modules.

Exemples :

- Si vous optez pour le **niveau 1 pour le module Hospitalisation**, vous pourrez choisir du **niveau 1 à 4 pour le module Frais de santé**.
- Si vous optez pour le **niveau 3** pour le module Hospitalisation, vous pourrez choisir du **niveau 1 à 6 pour le module Frais de santé**.
- Si vous optez pour le **niveau 6** pour le module Hospitalisation, vous pourrez choisir du **niveau 3 à 6 pour le module Frais de santé**.



Le module Renfort propose des garanties adaptées à votre profil :

- **Renfort Famille** : orthodontie, forfait maternité, dentaire non remboursé, pharmacie prescrite non remboursée
- **Renfort Senior** : prothèses auditives, cure thermique et frais annexes, dentaire non remboursé, pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale.

Consultez les garanties complètes p6.

Des formules adaptées à vos besoins...



Des niveaux
variables
par module



Avec une formule
Hospitalisation seule
(3 niveaux disponibles)



...avec des garanties complètes

EN INCLUSION DANS LA FORMULE SANTÉ COMPLÈTE

● Consultations

Généralistes et spécialistes jusqu'à 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

● Pharmacie complète

Prise en charge de la pharmacie remboursée par la Sécurité sociale.

● Hospitalisation : chambre particulière et frais accompagnant

Prise en charge des honoraires chirurgicaux jusqu'à 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, et jusqu'à 100 €/jour pour les frais de chambre particulière.

● Médecines naturelles

Un forfait non limité par acte jusqu'à 120 € par année d'adhésion / assuré.

● Frais Optique

Jusqu'à 500 € pour l'équipement optique.



UN CONTRAT RÉCOMPENSANT VOTRE FIDÉLITÉ

Après 2 années d'adhésion et à date anniversaire de votre contrat, vos garanties seront encore plus avantageuses.

- jusqu'à + 60 € de remboursement par an pour les médecines naturelles,
- jusqu'à + 50 € de remboursement par an en optique,
- + 100 € de remboursement par an en prothèse auditive ou orthodontie (selon le module Renfort choisi).

Et après 4 années d'adhésion, vos garanties seront augmentées une nouvelle fois du même montant !

**Bonus
fidélité
après 2 et
4 ans!**

Jusqu'à
+100 € de
remboursement

NOUVEAU
Votre carte de
Tiers Payant
sur mobile

**PAS D'AVANCE
de frais
AVEC LE TIERS
PAYANT**

BON À SAVOIR

- Pas de limite d'âge à l'adhésion
- Pas de formalité médicale
- Pas de délai d'attente.



Inclus
au contrat*

Télémédecine : la nouvelle alternative de consultation à distance

Des médecins généralistes et spécialistes
disponibles 24h/24 et 7j/7.

En partenariat avec :



LA TÉLÉMÉDECINE VA FACILITER VOTRE QUOTIDIEN

Parce que votre médecin n'est pas toujours disponible, que prendre rendez-vous chez un spécialiste n'est pas toujours simple ou que la fièvre de votre enfant en pleine nuit ne peut pas attendre... APRIL vous propose un accès à ce service de télémédecine* : gratuit, 100% confidentiel, accessible partout, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

- Il ne s'agit pas de remplacer votre médecin traitant mais de vous apporter des solutions alternatives, en s'adaptant à vos modes de vies.
- Des médecins généralistes et plus de 25 spécialités. Parmi eux, les 3 plus consultées : dermatologie, psychiatrie et gynécologie.

À chaque étape du parcours de santé, MédecinDirect peut apporter une réponse :

- **Pré-Consultation** : préparer son rendez-vous, éviter un rendez-vous inutile, être rassuré
- **Consultation** : soutenir la médecine de terrain, lorsque l'on voyage ou lorsque le médecin traitant n'est pas disponible
- **Post-Consultation** : expliquer un diagnostic, bénéficier d'un avis complémentaire...

3 CANAUX POSSIBLES À VOTRE DISPOSITION



Vidéo

Via l'Application
ou le site internet
MédecinDirect



Message écrit

Via l'Application
ou le site internet
MédecinDirect



Téléphone

Un médecin vous rappelle dans
les meilleurs délais lorsque
vous posez votre question

BÉNÉFICIER DU SERVICE, C'EST TRÈS SIMPLE

Il suffit de vous munir de votre **numéro d'adhérent**, **adresse mail** et de votre **numéro de téléphone**.

Retrouvez les conditions générales sur <https://www.medecindirect.fr/cgu/>

* Ce service est mis à disposition pendant toute la durée du partenariat entre APRIL Santé Prévoyance et MédecinDirect.

Des tarifs compétitifs et des avantages

Formule
Hospitalisation

À partir de
4,47€
TTC /mois

Tarif 2020 pour une personne de 21 ans habitant à Nantes ayant souscrit un Niveau 1 et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

Formule
Santé Complète

À partir de
19,01€
TTC /mois

Tarif 2020 pour une personne de 21 ans habitant à Nantes ayant souscrit un Niveau 1* et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

VOS RÉDUCTIONS TARIFAIRES

Selon la composition familiale :

- **-10 %** sur la cotisation TTC dès 2 assurés au contrat

PROTÉGEZ VOTRE FAMILLE EN SANTÉ ET EN PRÉVOYANCE ET VOUS Y GAGNEREZ !

Jusqu'à 194€ d'économies par an⁽¹⁾

Complétez la protection santé de votre famille en souscrivant un contrat de Prévoyance. Vous bénéficierez de 10 % de réduction viagère sur vos deux contrats en cas d'adhésion simultanée⁽²⁾.

- **Accident APRIL** : protège votre famille contre les accidents de la vie privée et de la circulation.
- **Tempo APRIL** : protège l'avenir de vos proches en cas de décès.
- **Obsèques APRIL** : garantit le versement d'un capital pour le financement de vos obsèques.

Offre réservée pour toute souscription d'un contrat Prévoyance APRIL d'un montant minimum de 180 € TTC/an, hors réduction.

* Sur le module Hospitalisation et sur le module Frais de Santé.

(1) Pour un couple de 45 ans, habitant à Nantes et ayant souscrit APRIL Santé Mix, Formule Santé Complète avec module Hospitalisation niveau 4 et module Frais de Santé niveau 5 (tarif normal : 124,58 €/mois) et Obsèques APRIL (tarif normal pour un capital souscrit de 4000 € pour une durée temporaire de 25 ans : 43,41 €/mois), soit une cotisation globale de 162,07 €/mois. En cas de souscription simultanée, la cotisation mensuelle globale sera de 145,86 €/mois grâce aux réductions multi-équipement.

(2) La réduction s'appliquera au moment de la prise d'effet du deuxième contrat et sous réserve que les 2 contrats, santé et prévoyance privée, restent actifs pendant au moins les 6 premiers mois.

2 contrats
= des économies !



Garanties APRIL Santé Mix

Produit conforme 100 % 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 Formule Hospitalisation seule) : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4*	NIVEAU 5*	NIVEAU 6*
MODULE HOSPITALISATION		■	■	■	■	■	■
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ **							
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ							
Frais de séjour		Frais réels					
Forfait journalier hospitalier		Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽¹⁾		100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière (par jour et par assuré)		-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour)		-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
Forfait confort extra hospitalier (frais TV/Téléphone) (par an et par assuré)		-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
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					
Chambre particulière pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés (par jour) (hors hospitalisation psychiatrique)		-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
Dans la limite de 30 jours							
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
MODULE FRAIS DE SANTÉ		■	■	■	■	■	■
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽¹⁾		100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Transport		100% BR					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% BR					
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)		-	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
Bonus fidélité médecines naturelles : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de		+20 €	+20 €	+30 €	+40 €	+50 €	+60 €
après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de		+20 €	+20 €	+30 €	+40 €	+50 €	+60 €
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100% BR					
DENTAIRE							
Soins remboursés par la Sécurité sociale		100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾		Frais réels					
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR					

* Niveau non accessible si vous optez pour le module Hospitalisation seul.

** 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, OPTAM-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 prévus pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
MODULE FRAIS DE SANTÉ (suite)						
OPTIQUE						
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 à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. 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 ⁽³⁾ . Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.						
Équipement «Offre libre» Classe B ⁽³⁾ : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) ⁽⁴⁾	100 % BR	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement «Offre libre» Classe B ⁽³⁾ : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ⁽⁴⁾		125 €				
Équipement «Offre libre» Classe B ⁽³⁾ : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) ⁽⁴⁾		200 €	275 €	350 €	425 €	500 €
Bonus fidélité lunettes (pour un équipement complet de Classe B) : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de	-			+ 50 €		
après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de				+ 50 €		
Équipement «100% Santé» Classe A ⁽³⁾ : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appariage et d'adaptation de la correction visuelle				Frais réels		
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ⁽³⁾				Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.		
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100% BR			50% des frais réels		

OPTIQUE HORS LUNETTES (PAR ANNÉE D'ADHÉSION ET PAR ASSURÉ)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR + 20 €	100% BR + 70 €	100% BR + 120 €	100% BR + 170 €	100% BR + 220 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

AIDES AUDITIVES

Aides auditives jusqu'au 31/12/2020

Aides auditives et entretien de l'appareillage					100% BR	
Aides auditives à compter du 01/01/2021 (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 ⁽⁵⁾					Frais réels	
Équipements «Offre libre» Classe II dans la limite de 1700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale ⁽⁵⁾					100% BR	
Accessoires					100% BR	

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
MODULE RENFORT SENIOR						
Aides auditives (le forfait se renouvelle tous les 3 ans pour un achat en 2019 - tous les 4 ans à compter du 1 ^{er} janvier 2021 - et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien) ⁽⁶⁾	100 € par oreille	150 € par oreille	200 € par oreille	250 € par oreille	300 € par oreille	350 € par oreille
Bonus fidélité prothèses auditives : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de					+50 € par oreille	
après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de					+50 € par oreille	
Soins cure thermale remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
MODULE RENFORT FAMILLE						
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €
Bonus fidélité orthodontie remboursée : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de					+100 €	
après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de					+100 €	
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €
Forfait de naissance ou d'adoption	100 €	130 €	160 €	190 €	220 €	250 €

(3) Tels que définis réglementairement. Les verres et montures 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 verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre 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'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(4) Se référer au tableau d'explication figurant ci-dessous et sur les conditions générales pour connaître le détail des Catégories 1, 2 et 3.

(5) Tels que définis réglementairement. 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 (Offre 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 délivrance de l'équipement.

GRILLE OPTIQUE

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 \leq à + 4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est \leq 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 \geq 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 \leq 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 \geq à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est \leq à 8,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est $>$ à 8,00

ou

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

* Somme S = (sphère + cylindre)

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.



Des avantages inclus dans votre contrat

APRIL vous propose des services pratiques et a négocié pour vous des réductions exclusives ⁽¹⁾

VOS RÉDUCTIONS SANTÉ

Après de nos partenaires opticiens :



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

Après de
2 500
partenaires

Pour tous les types de verres :

- Jusqu'à **-20%** sur les verres unifocaux ⁽³⁾
- Jusqu'à **-10%** sur les montures ⁽³⁾



Après d'audioprothésistes partenaires :



- **Bilan auditif et essai gratuits** ⁽²⁾ d'une solution auditive adaptée
- Jusqu'à **-15%** de réduction permanente sur le forfait « appareillage auditif » ⁽²⁾
- **-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) Voir conditions sur le site www.april-avantages.com

(3) Selon grille disponible dans tous les magasins partenaires : Optic 2000, Kry's, Lynx Optique et Vision Plus.

VOTRE ESPACE ASSURÉ

Accessible sur ordinateur, tablette ou mobile.

- Retrouver le détail de vos garanties,
- Mettre à jour vos informations personnelles,
- Accéder à tous vos documents,
- Découvrir vos avantages clients.

Plus d'informations sur

<https://monespace.april.fr>



Retrouvez les Conditions Générales des services d'assistance en téléchargement sur votre Espace Assuré.

Un contrat simple et facile à vivre

- Nos conseillers à votre écoute **6j/7**
- Pas d'avance de frais avec le **Tiers Payant**

NOUVEAU
Votre carte de Tiers Payant sur mobile

Exemples de remboursements

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

EXEMPLES POUR 5 ACTES

Actes	Dépense engagée (exemple)	Base de Remboursement Sécurité sociale	Taux de remboursement par la Sécurité sociale	Montant remboursé par la Sécurité sociale	Remboursement APRIL		Reste à Charge
Spécialiste secteur 2 honoraires libres n'ayant pas adhéré à l'OPTAM							
Consultation d'un médecin spécialiste signataire du DPTAM (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) secteur 2	70 €	23 €	70%	16,10 € ⁽¹⁾	Niv 1	6,90 €	47 €
					Niv 2	12,65 €	41,25 €
					Niv 3	18,40 €	35,50 €
					Niv 4	29,90 €	24 €
					Niv 5	41,40 €	12,50 €
					Niv 6	52,90 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste non signataire du DPTAM (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) secteur 2	70 €	23 €	70%	16,10 € ⁽¹⁾	Niv 1	6,90 €	47 €
					Niv 2	6,90 €	47 €
					Niv 3	12,65 €	41,25 €
					Niv 4	24,15 €	29,75 €
					Niv 5	29,90 €	24 €
					Niv 6	29,90 €	24 €
(2) Optique incluant le remboursement de la sécurité sociale - À partir de la 3^e année d'adhésion							
Equipement optique classe B (offre libre) 1 monture adulte 2 verres simples Total	100 € 300 € 400 €	0,05 0,10	60%	0,03 0,06	Niv 1	0,06 €	399,85 €
					Niv 2 ⁽²⁾	150 €	249,91 €
					Niv 3 ⁽²⁾	200 €	199,91 €
					Niv 4 ⁽²⁾	250 €	149,91 €
					Niv 5 ⁽²⁾	300 €	99,91 €
					Niv 6 ⁽²⁾	350 €	49,91 €
Dentaire							
Prothèse dentaire offre libre Couronne dentaire céramo-métallique (molaire)	500 €	120 €	70%	84 €	Niv 1	36 €	380 €
					Niv 2	96 €	320 €
					Niv 3	156 €	260 €
					Niv 4	216 €	200 €
					Niv 5	276 €	140 €
					Niv 6	336 €	80 €
Hospitalisation							
Acte chirurgical à l'hôpital opération de l'appendicite réalisé par un médecin signataire du DPTAM (CAS, OPTAM, OPTAM-CO)	900 €	277,22 €	100%	277,22 €	Niv 1	- €	622,78 €
					Niv 2	69,31 €	553,47 €
					Niv 3	138,61 €	484,17 €
					Niv 4	277,22 €	345,56 €
					Niv 5	415,83 €	206,95 €
					Niv 6	554,44 €	68,34 €

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.

(1) Hors participation forfaitaire de 1 €.

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.



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.

Comment déposer une réclamation ?

La qualité de nos services est au cœur de nos engagements, mais toutefois si vous êtes mécontent des services fournis par notre société, vous pouvez vous adresser **en premier lieu à votre conseiller habituel** :

- par téléphone au 09 74 50 20 20,
- ou par mail à reclamations@april.com,
- ou par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 114 Bd Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03,
- ou depuis le formulaire « insatisfaction » 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

Sous 10 jours ouvrables, nous nous engageons à vous apporter une réponse ou, si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de ce délai, à vous communiquer le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder 2 mois.

Si le désaccord persiste, 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 la Médiation de l'Assurance.

- 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 La Médiation de l'Assurance :

- par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50 110 - 75441 Paris cedex 09
- ou par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org/> Rubrique : Je saisis le Médiateur

Si vous avez adhéré à la Convention 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 Axeria Prévoyance.

