

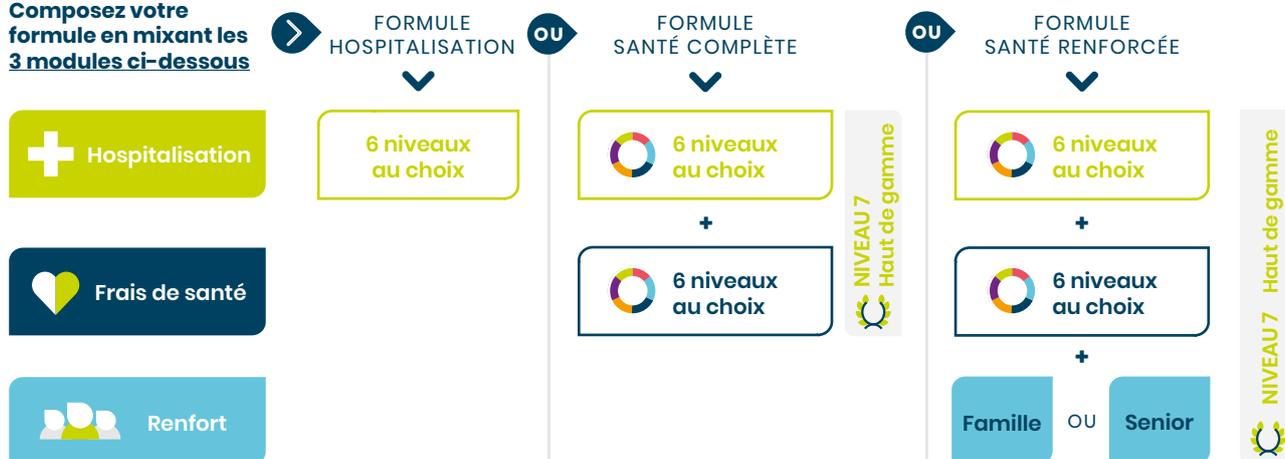
# Une palette de garanties au choix pour répondre à vos besoins

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 7 niveaux proposés pour chaque module vous permettent d'ajuster encore un peu plus vos garanties selon vos besoins et vos attentes de remboursements.

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 sans contrainte** : pour les Formules Santé Complète et Santé Renforcée, les niveaux choisis peuvent être différents entre le module Hospitalisation et celui des Frais de santé.

 **Si vous optez pour le NIVEAU 7 Haut de gamme**, il s'appliquera automatiquement sur l'ensemble des modules de la formule.



**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



Un niveau Haut de  
gamme en formule  
Santé Complète ou  
Renforcée



## ...avec des garanties complètes

### EN INCLUSION DANS LA FORMULE SANTÉ COMPLÈTE

#### ● Consultations

Généralistes et spécialistes jusqu'à 400% 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 400% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, et jusqu'à 130 €/jour pour les frais de chambre particulière.

#### ● Médecines naturelles

Un forfait non limité par acte jusqu'à 200 € par année d'adhésion / assuré.

#### ● Frais Optique

Jusqu'à 600 € 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 + 100 € 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

**APRIL**  
rembourse en  
**24H**

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  
**4,26€**  
TTC /mois

Tarif 2019 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  
**18,11€**  
TTC /mois

Tarif 2019 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<sup>(1)</sup>**

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<sup>(2)</sup>.

- **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 : 118,66 €/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 et Niveau 7) : 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.

Non responsable

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7
<input type="checkbox"/> <b>MODULE HOSPITALISATION</b>		<input type="checkbox"/>						
<b>HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ *</b>								
<b>SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ</b>								
Frais de séjour		Frais réels						Frais réels
Forfait journalier hospitalier		Frais réels						Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM <sup>(1)</sup>	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR
	Médecins NON DPTAM <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR	400% BR
Chambre particulière (par jour et par assuré)		-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €	130 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour)		-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €	60 €
Forfait confort extra hospitalier (frais TV/Téléphone) (par an et par assuré)		-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €	60 €
<b>SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE</b>								
Frais de séjour		Frais réels						Frais réels
Forfait journalier hospitalier		Frais réels						Frais réels
Honoraires et frais médicaux		100% BR						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 €	120 €
Dans la limite de 30 jours								

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7
<input type="checkbox"/> <b>MODULE FRAIS DE SANTÉ</b>		<input type="checkbox"/>						
<b>SOINS COURANTS</b>								
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM <sup>(1)</sup>	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR
	Médecins NON DPTAM <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR	400% 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	300% BR
Transport		100% BR						300% 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	300% BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% BR						100% BR
Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étioopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, lumbinothérapeute, hypnothérapeute (par année d'adhésion et par assuré)		-	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €	200 €
<b>Bonus fidélité médecines naturelles : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de</b>		<b>+20 €</b>	<b>+20 €</b>	<b>+30 €</b>	<b>+40 €</b>	<b>+50 €</b>	<b>+60 €</b>	<b>+100 €</b>
<b>après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de</b>		<b>+20 €</b>	<b>+20 €</b>	<b>+30 €</b>	<b>+40 €</b>	<b>+50 €</b>	<b>+60 €</b>	<b>+100 €</b>
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100% BR						100% BR
<b>DENTAIRE</b>								
Soins et Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Soins et prothèses «100% Santé» remboursés par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>		Frais réels						400% BR
Prothèses «Offre Modérée» et «Offre Libre» remboursées par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	350% BR	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR						100% BR

\* 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 prévues 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	NIVEAU 7
<b>MODULE FRAIS DE SANTÉ (suite)</b>	■	■	■	■	■	■	■
<b>OPTIQUE</b>							
S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait, les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A. 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 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. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.							Forfait Lunettes <sup>(5)</sup>
Équipement «100% Santé» Classe A <sup>(3)</sup> : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appariage et d'adaptation de la correction visuelle	Frais réels						Se reporter aux forfaits «Équipements optique de Classe B» ci-dessus
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B <sup>(3)</sup>	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 <sup>(3)</sup> : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) <sup>(4)</sup>	100 % BR	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	400 €
Équipement «Offre libre» Classe B <sup>(3)</sup> : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) <sup>(4)</sup>		125 €					450 €
Équipement «Offre libre» Classe B <sup>(3)</sup> : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) <sup>(4)</sup>		200 €	275 €	350 €	425 €	500 €	600 €
<b>Bonus fidélité lunettes (pour un équipement complet de Classe B) : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de</b>	-	<b>+ 50 €</b>				<b>+ 50 €</b>	
<b>après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de</b>	-	<b>+ 50 €</b>				<b>+ 50 €</b>	
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	NIVEAU 7
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR + 20 €	100% BR + 70 €	100% BR + 120 €	100% BR + 170 €	100% BR + 220 €	100% BR + 370 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	400 €
Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	400 €

**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 (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 <sup>(6)</sup>	Frais réels						
Équipements «Offre libre» Classe II dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale <sup>(6)</sup>	100% BR						100% BR
Accessoires	100% BR						

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7
<b>MODULE RENFORT SENIOR</b>							
Aides auditives (le forfait se renouvelle tous les 4 ans à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 - et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien) <sup>(6)</sup>	100 € par oreille	150 € par oreille	200 € par oreille	250 € par oreille	300 € par oreille	350 € par oreille	500 € par oreille
<b>Bonus fidélité prothèses auditives : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de</b>	<b>+50 € par oreille</b>						<b>+50 € par oreille</b>
<b>après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de</b>	<b>+50 € par oreille</b>						
Soins cure thermale remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	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 €	400 €
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 €	400 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	100 €

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7
<b>MODULE RENFORT FAMILLE</b>							
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €	1 000 €
<b>Bonus fidélité orthodontie remboursée : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de</b>	<b>+ 100 €</b>						<b>+ 100 €</b>
<b>après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de</b>	<b>+ 100 €</b>						
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 €	400 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	100 €
Forfait de naissance ou d'adoption	100 €	130 €	160 €	190 €	220 €	250 €	300 €

(3) Tels que définis règlementairement. 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) 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. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.

(6) Tels que définis règlementairement. 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 <sup>(1)</sup>

## VOS RÉDUCTIONS SANTÉ

Après 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 €** <sup>(2)</sup>
- 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 <sup>(3)</sup>
- Jusqu'à **-10%** sur les montures <sup>(3)</sup>

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



Après d'audioprothésistes partenaires :

Sur présentation de la carte de Tiers-payant



- **Bilan auditif et essai gratuits** <sup>(2)</sup> d'une solution auditive adaptée
- Jusqu'à **-15%** de réduction permanente sur le forfait « appareillage auditif » <sup>(2)</sup>
- **-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](http://www.april-avantages.com)

(3) Selon grille disponible dans tous les magasins partenaires : Optic 2000, KryS, 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**
- APRIL rembourse en **24h**
- Pas d'avance de frais avec le **Tiers Payant**

# Exemples de remboursements

Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> 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	
<b>Spécialiste secteur 2 honoraires libres n'ayant pas adhéré à l'OPTAM</b>							
Consultation d'un médecin spécialiste signataire du DPTAM (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) secteur 2	70 €	23 €	70%	16,10 € <sup>(1)</sup>	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 €
					Niv 7	53,90 €	0 €
Consultation d'un médecin spécialiste non signataire du DPTAM (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) secteur 2	70 €	23 €	70%	16,10 € <sup>(1)</sup>	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 €
					Niv 7	53,90 €	0 €
<b>(2) Optique incluant le remboursement de la sécurité sociale - À partir de la 3<sup>e</sup> année d'adhésion</b>							
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 <sup>(2)</sup>	150 €	249,91 €
					Niv 3 <sup>(2)</sup>	200 €	199,91 €
					Niv 4 <sup>(2)</sup>	250 €	149,91 €
					Niv 5 <sup>(2)</sup>	300 €	99,91 €
					Niv 6 <sup>(2)</sup>	350 €	49,91 €
					Niv 7 <sup>(2)</sup>	399,91 €	0 €
<b>Dentaire</b>							
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 €
					Niv 7	396 €	20 €
<b>Hospitalisation</b>							
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 €
					Niv 7	622,78 €	0 €

### 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.
- Vos remboursements santé sont garantis en 24h.



## 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 ?

Malgré notre attention permanente, des insatisfactions ou des difficultés peuvent parfois survenir. Vous pouvez alors exprimer votre réclamation en contactant votre conseiller habituel, soit par téléphone au 09 74 50 20 20, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » sur votre Espace Assuré. En cas de difficulté persistante, vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamations (par mail : [reclamations@april.com](mailto:reclamations@april.com) ou par courrier : Service Réclamations - APRIL Santé Prévoyance - 114 Bd Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03). Si la réponse ne vous satisfait pas, et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au Médiateur désigné par la Fédération Nationale

de la Mutualité Française (dans les cas relevant de sa compétence). Ce dernier peut être saisi soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF - 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15 ; soit par mail à : [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr); soit directement via le site internet : <http://www.mediateur-mutualite.fr>. La proposition rendue par le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera écrite et motivée. 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/>.