

Santé du Particulier

Bénéficiez d'une palette de garanties pour créer la solution santé qui vous ressemble.

Avec APRIL Santé Mix Proximité, vous pouvez personnaliser vos garanties pour composer librement l'offre de santé qui correspond à vos besoins.

SERVICE
TÉLÉMÉDECINE
INCLUS

Rendez-vous sur **april.fr**


L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Une palette de garanties au choix pour répondre à vos besoins

Avec ses garanties modulaires, c'est vous qui composez votre couverture en fonction de vos priorités et de vos habitudes de consommation de soins de santé.

APRIL Santé Mix Proximité, 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 +/- 2.

Composez votre formule en mixant les 3 modules ci-dessous



FORMULE SANTÉ COMPLÈTE



+



OU

FORMULE SANTÉ RENFORCÉE



+



+



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 2 niveaux d'écart (supérieur ou inférieur) entre les modules. Pour la formule Santé Renforcée, le niveau du renfort sera le même que celui choisi pour le Module Frais de Santé.

Exemples :

- Si vous optez pour le **niveau 1 pour le module Hospitalisation**, vous pourrez choisir du **niveau 1 à 3 pour le module Frais de santé**.
- Si vous optez pour le **niveau 3 pour le module Hospitalisation**, vous pourrez choisir du **niveau 1 à 5 pour le module Frais de santé**.
- Si vous optez pour le **niveau 6 pour le module Hospitalisation**, vous pourrez choisir du **niveau 4 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 thermale 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 avec des garanties complètes



En inclusion dans la Formule Santé Complète

● 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.

● 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.

● 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 !



BON À SAVOIR

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



Votre carte de Tiers Payant sur mobile



Pas d'avance de frais avec le Tiers Payant

**Bonus
fidélité
après 2 et
4 ans !**

Jusqu'à
+100 €
de
remboursement

Des tarifs compétitifs et des avantages



Formule
Santé Complète

À partir de
23,13 €
TTC /mois

Tarif 2023 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 +
Renfort Famille**

À partir de
96,85 €
TTC /mois

Tarif 2023 pour une famille composée de 2 adultes de 35 ans et d'un enfant de 10 ans habitant à Agen, ayant souscrit un niveau 2 et le renfort famille et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

Vos réductions tarifaires

Selon la composition familiale :

- **-10 %** sur la cotisation TTC du couple

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

Jusqu'à 252,72 € 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 Décès 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.

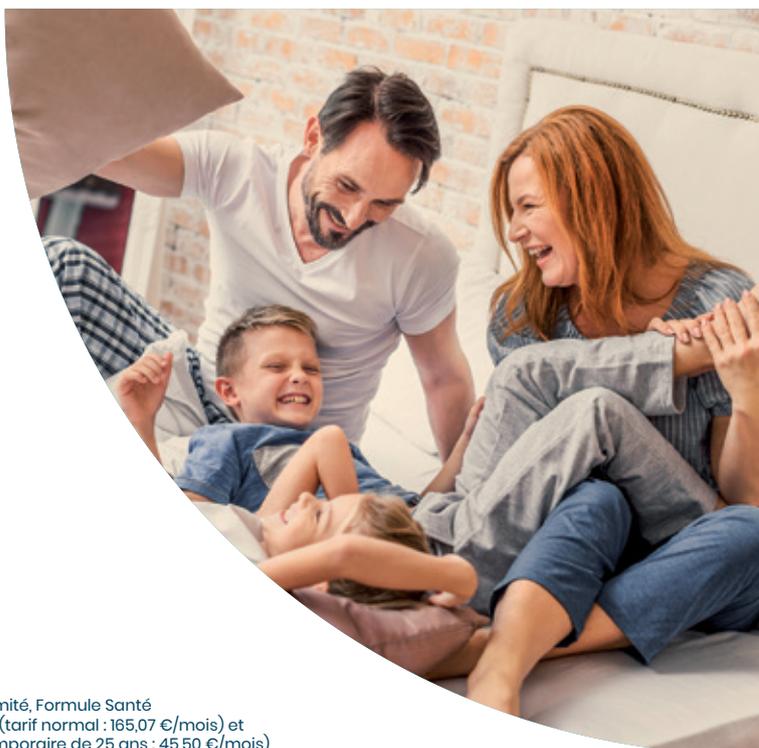
* Sur le module Hospitalisation et sur le module Frais de Santé.

(1) Pour un couple de 45 ans, habitant à Nantes et ayant souscrit APRIL Santé Mix Proximité, Formule Santé Complète avec module Hospitalisation niveau 4 et module Frais de Santé niveau 5 (tarif normal : 165,07 €/mois) et Obsèques APRIL (tarif normal pour un capital souscrit de 4000 € pour une durée temporaire de 25 ans : 45,50 €/mois), soit une cotisation globale de 210,57 €/mois. En cas de souscription simultanée, la cotisation mensuelle globale sera de 189,51 €/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 Proximité



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 : 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
<input type="checkbox"/> MODULE HOSPITALISATION		<input type="checkbox"/>					
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
<input type="checkbox"/> MODULE FRAIS DE SANTÉ		<input type="checkbox"/>					
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
Forfait Patient Urgences et actes lourds		Frais réels					
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, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute (par année d'adhésion et par assuré)		-	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
<i>Bonus fidélité médecines naturelles : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de</i>		+20 €	+20 €	+30 €	+40 €	+50 €	+60 €
<i>après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de</i>		+20 €	+20 €	+30 €	+40 €	+50 €	+60 €
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾		100% BR					
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100% BR					

DENTAIRE							
Soins dentaires, Inlays-Onlays 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 ⁽³⁾		Frais réels					
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR					
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale - hors soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale		-	-	1400 €	1500 €	1600 €	1800 €

* 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) Dispositif « MonPsy », dans la limite de 8 séances par an et par assuré.

(3) 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
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

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⁽⁴⁾. 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 ⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) ⁽⁵⁾		100 €				
Équipement « Offre libre » Classe B ⁽⁴⁾ : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ⁽⁵⁾	100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B ⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) ⁽⁵⁾		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 ⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle				Frais réels		
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ⁽⁴⁾		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)

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, implant oculaire	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

AIDES AUDITIVES

Aides auditives (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 ⁽⁶⁾	Frais réels					
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille ⁽⁷⁾	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 4 ans 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 (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 €

OU

	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 €

(4) 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.

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

(6) 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.

(7) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le régime obligatoire.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est $[- 6,00 \text{ et } + 6,00]$
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[-6,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $\leq + 4,00$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est \leq à $6,00$

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 $[- 6,00 \text{ et } 0 \text{ s}]$ 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 $[-8,00 \text{ et } + 8,00]$
 - dont la sphère est hors zone de $[- 4,00$ à $+ 4,00]$
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[- 8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est \leq à $+4,00$
 - dont la sphère est $[- 8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $>$ à $+ 4,00$

CATÉGORIE 2

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

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

* Somme $S = (\text{sphère} + \text{cylindre})$

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 peuvent en parallèle proposer d'autres offres avec un tarif libre.



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 vos 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 Santé Prévoyance 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⁽³⁾
- Jusqu'à **-10%** sur les montures⁽³⁾

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



VOTRE ESPACE ASSURÉ, AUSSI EN APPLI !

Retrouvez votre Espace Assuré sur mobile en téléchargeant gratuitement notre application « **APRIL Santé Prévoyance Emprunteur** »



livi SERVICE DE TÉLÉMÉDECINE INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Consultez en visioconférence un médecin généraliste ou un spécialiste. Un service accessible 7J/7, de 7h à 0h, depuis votre Espace Assuré.

Auprès d'audioprothésistes partenaires :

Sur présentation de la
carte de Tiers Payant



- **Bilan auditif**⁽⁴⁾ et **essai gratuits** d'une solution auditive adaptée⁽⁵⁾
- **15 % de réduction** sur les aides auditives innovantes (connectées, rechargeables, invisibles...) ⁽⁶⁾
- **10 % de réduction** sur les accessoires auditifs (casques TV, téléphones, réveils...)

(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) Selon grille disponible dans tous les magasins partenaires : Optic 2000, Krys, Lynx Optique et Vision Plus.
(4) Bilan non médical, obligation légale (offre non exclusive).
(5) Sans engagement, obligation légale (offre non exclusive) - Sur prescription médicale uniquement - valable sur toutes les aides auditives, hors frais d'embouts. Voir conditions en centre.
(6) Offre valable sur les aides auditives de Classe 2, jusqu'au 31/12/2022 sur présentation de votre carte de Tiers-Payant APRIL en cours de validité non cumulable (sauf accessoires). Voir conditions en centre.

... 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...

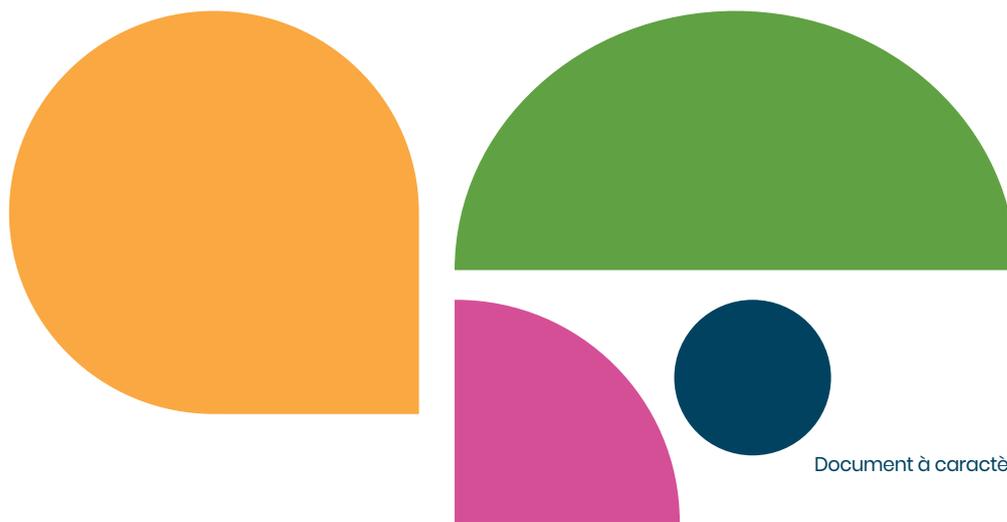
● **Soutien Hospitalisation :**

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 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



Pourquoi choisir APRIL ?



DES OFFRES PERSONNALISÉES

Quels que soient votre profil, votre budget ou vos besoins, découvrez nos solutions adaptées en santé, 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

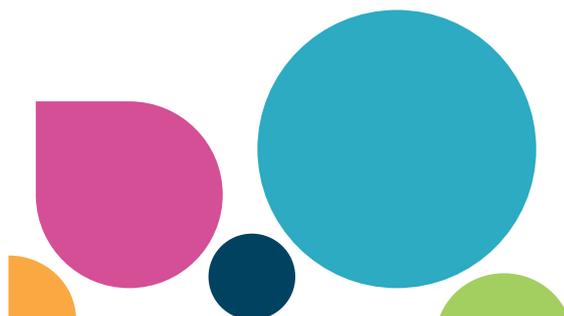
Gagnez du temps avec l'adhésion 100% en ligne



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 5j/7 du lundi au vendredi



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 04 87 94 04 04 (appel non surtaxé),
- ou par mail à relationclient@april.com,
- ou par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 114 Bd Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03,
- depuis votre Espace Assuré / Contacts Utiles / Formuler une réclamation.

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

APRIL est le leader du courtage grossiste en France avec un réseau de 15 000 courtiers partenaires. Les 2 300 collaborateurs d'APRIL ont l'ambition de proposer à leurs clients et partenaires – particuliers, professionnels et entreprises – une expérience remarquable alliant le meilleur des relations humaines et de la technologie, en santé et prévoyance des particuliers, professionnels et TPE, en assurance des emprunteurs, en santé internationale, en dommages de niches et en gestion de patrimoine. A l'horizon 2023, APRIL ambitionne de devenir un acteur digital, omnicanal et agile, champion de l'expérience client et leader sur ses marchés tout en s'engageant sur les enjeux de Responsabilité Sociétale structurés au sein de sa démarche Oxygen.

Le groupe APRIL opère dans 16 pays et a enregistré en 2021 un chiffre d'affaires de 544M€.

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.oriass.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459
75436 Paris Cedex 09.

Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par QUATREM,
Société du groupe Malakoff Humanis.

 **april**

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE