

SANTÉ DU PARTICULIER

Une offre santé clé-en-main pour s'assurer en quelques clics et à petit prix

Avec APRIL Santé Primo, vous bénéficiez de 6 niveaux de garanties vous offrant une large palette de garanties adaptée à vos besoins et votre budget.



 **april**

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

APRIL Santé Primo, des garanties complètes proposant une couverture de qualité

HOSPITALISATION

- Prise en charge des honoraires chirurgicaux jusqu'à 300 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale

CONSULTATIONS

- Consultations généralistes et spécialistes jusqu'à 250 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale

DENTAIRE

- Jusqu'à 325 % de la Base de Remboursement sur les prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre », plafond dentaire jusqu'à 2 200 € (au-delà 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale)
- Jusqu'à 250 % de la Base de Remboursement sur l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale
- Jusqu'à 300 € de la Base de Remboursement sur l'implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale – par année d'adhésion

OPTIQUE

- Prise en charge de l'équipement « Offre libre » jusqu'à 350 € par année d'adhésion

AIDES AUDITIVES

- Prise en charge à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et forfait complémentaire jusqu'à 450 € par oreille

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

Pendant les 3 premiers mois d'adhésion :

- les garanties exprimées en % BR dans le tableau de garanties ont un remboursement limité à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.
- les garanties exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement.



BON À SAVOIR

Pas de formalité médicale



Votre carte de Tiers Payant sur mobile



Pas d'avance de frais avec le Tiers Payant

APRIL Santé Primo, une solution santé pour répondre à tous les besoins et budgets



À partir de
61,26€
TTC /mois

Tarif 2025 pour une personne de 35 ans habitant en Vendée ayant souscrit à un niveau 5 et pour un paiement de la cotisation de 12 mois.



À partir de
73,94€
TTC /mois

Tarif 2025 pour une personne de 55 ans habitant en Savoie ayant souscrit à un niveau 2 et pour un paiement de la cotisation de 12 mois.



À partir de
188,67€
TTC /mois

Tarif 2025 pour un couple de 65 ans habitant en Saône-et-Loire, ayant souscrit à un niveau 3 et pour un paiement de la cotisation sur 12 mois.

Réalisez des économies sur votre budget santé

LA RÉDUCTION CONJOINT

RÉDUCTION CONJOINT AVEC
OU SANS ENFANT :
-10% SUR LA COTISATION DU
CONJOINT



Garanties APRIL Santé Primo



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 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.
Les garanties exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente des trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai des trois (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Le niveau 1 n'est plus commercialisé depuis le 24/07/2024

		Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
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⁾	120 % BR	140 % BR	180 % BR	210 % BR	260 % BR	300 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	115 % BR	140 % BR	165 % BR	180 % BR	200 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
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⁾	120% BR	140% BR	160% BR	175% BR	210% BR	250% BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	110% BR	130% BR	150% BR	180% BR	200 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR					
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR					
Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds		Frais réels					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %		100 % BR					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %		100 % BR					
Transport		100 % BR					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾		100 % BR					
DENTAIRE							
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR
Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾		Frais réels					
Prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽³⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale	110% BR	150% BR	190% BR	225% BR	285% BR	325 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽³⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾ – hors soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale		-	-	1000 € au-delà 100 % BR	1400 € au-delà 100 % BR	1800 € au-delà 100 % BR	2200 € au-delà 100 % BR
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale – par année d'adhésion		90 €	125 €	190 €	200 €	285 €	300 €
Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	150 % BR	175 % BR	175 % BR	250 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						

Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
----------	----------	----------	----------	----------	----------

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 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. 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'appariage et d'adaptation de la correction visuelle ⁽⁵⁾	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)	55 €	125 €	155 €	200 €	255 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	125 €					
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)	200 €	225 €	250 €	275 €	300 €	350 €
Pour les équipements "Offre libre" Classe B	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	50 % des frais réels					
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	100 % BR + 20€	100 % BR + 35 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 75 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 125 €
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Lentilles refusées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	-	35 €	-	75 €	-	100 €
	Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser – par année d'adhésion	100 €	100 €	125 €	150 €	150 €	200 €
	Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					

AIDES AUDITIVES

Aides auditives⁽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 ⁽⁶⁾	Frais réels					
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille ⁽⁷⁾	100% BR + 50€	100% BR	100% BR + 250€	100% BR	100% BR + 450€	100% BR
Accessoires	100 % BR					
Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						

AUTRES PRESTATIONS

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	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, OPTAM-ACO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- (2) Prise en charge des séances selon les limitations prévues par le dispositif « Mon Soutien Psy ».
- (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.
- (4) 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.
- (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. Non cumulable d'une année sur l'autre.
- (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 $[- 4,00 \text{ à } + 4,00]$
- 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 $S = (\text{sphère} + \text{cylindre})$



... 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

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

VOTRE ESPACE ASSURÉ, AUSSI EN APPLI !
Retrouvez votre Espace Assuré sur mobile en téléchargeant gratuitement notre application « APRIL Santé Prévoyance Emprunteur »



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

Réseau de soins Kalixia

Bénéficiez d'un réseau de soins complet et de qualité en optique, audiologie, dentaire et ostéopathie.

livi SERVICE DE TÉLÉMÉDECINE INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Consultez en visioconférence un médecin généraliste ou un spécialiste. Un service accessible 7j/7, de 6h à 0h, depuis votre Espace Assuré.

19 000
professionnels de santé qualifiés

DES RÉDUCTIONS ET TARIFS NÉGOCIÉS POUR LIMITER VOTRE RESTE À CHARGE

UNE COUVERTURE NATIONALE

Avec plus 19 000 professionnels qualifiés sur toute la France, y compris Corse, DROM-COM.

DES TARIFS PRÉFÉRENTIELS

Jusqu'à 40 % de réductions sur des soins et équipements coûteux grâce à des tarifs négociés.

UN RÉSEAU AU PLUS PRÈS DE VOUS

Grâce à la géolocalisation, trouvez les professionnels de santé au plus proche de chez vous depuis votre Espace Assuré et votre application.

Avec **Kalixia**



Pas d'avance de frais, grâce au tiers payant systématique (hors ostéopathie)

Jusqu'à **40%**
de réductions pour limiter votre reste à charge

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 ?

Pour toute réclamation, l'adhérent ou l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations en complétant le formulaire réclamation disponible sur l'espace assuré ou par mail : reclamations@april.com ou par courrier Service Réclamations APRIL Santé Prévoyance - 12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON CEDEX 06.

APRIL s'attachera à apporter une réponse sous dix (10) jours ouvrables, et dans un délai de traitement maximal qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Si le désaccord persiste, l'adhérent ou l'assuré pourra faire appel au Médiateur compétent.

Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite. Si la réponse apportée ne satisfait pas ou si aucune réponse n'a été apportée dans les deux (2) mois suivant l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent ou l'assuré pourra saisir le médiateur compétent.

- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche n'empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si l'adhérent ou l'assuré le souhaite.
- Le médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.

- Le médiateur doit être saisi dans un délai maximum de 1 an à compter de la date de la première réclamation

L'adhérent ou l'assuré peut contacter le médiateur de la FNMF :

- Par courrier : FNMF, Service de la médiation - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15
- complétant avec le formulaire de saisine sur le site de la FNMF : <https://saisine.mdiateur-mutualiste.fr/saisirmediateur/>
Rubrique : Je saisie le Médiateur

Si l'adhérent a adhéré au contrat à distance par Internet, il peut 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>

Il est conseillé à l'adhérent ou l'assuré de s'adresser au Service Réclamations d'APRIL qui l'orientera au mieux et pourra lui fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

À propos du groupe APRIL

APRIL est le leader du courtage grossiste en France avec un réseau de 27 000 courtiers partenaires dans le monde.

Les 3 000 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.

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 20 pays et a enregistré en 2024 un chiffre d'affaires de 860M€.

www.april.com

Contactez
votre conseiller :

 APRIL Santé Prévoyance

12 rue Juliette Récamier – CS15555
69452 LYON CEDEX 06

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 géré par APRIL Santé Prévoyance co-conçu et assuré par
Seyna.

 april

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



05/2025 – Document non contractuel – L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Santé Prévoyance présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Santé Prévoyance. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.