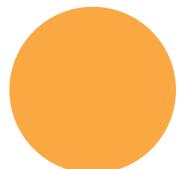
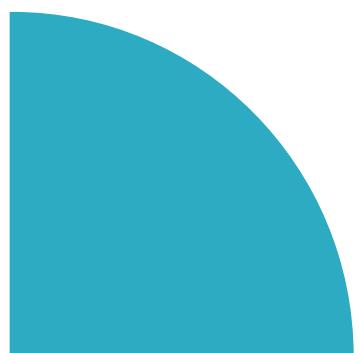
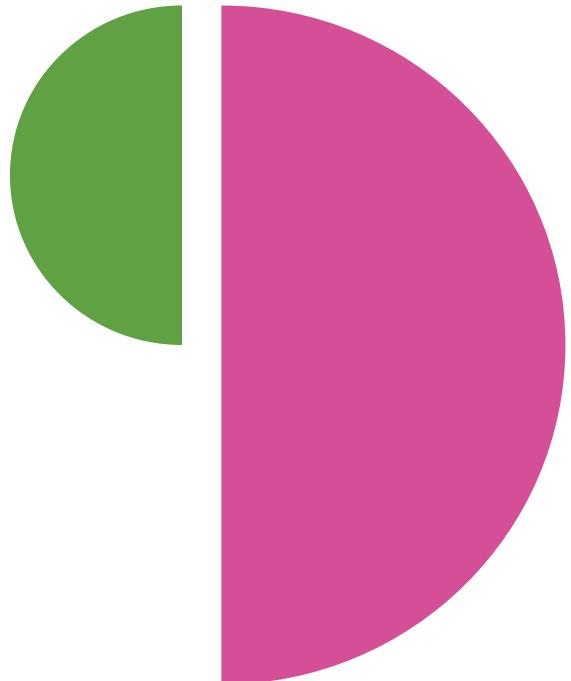


SANTÉ DU PARTICULIER

Une offre fidélisante couvrant tous les besoins de santé

APRIL Vita Santé propose 6 niveaux de garanties afin de trouver la couverture adaptée à vos besoins.

Avec le renfort confort en option, vous pouvez compléter vos garanties.



APRIL Vita Santé, une offre simple et fidélisante qui couvre tous les besoins de santé.

HOSPITALISATION :

- Prise en charge des honoraires chirurgicaux jusqu'à 250 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

CONSULTATIONS :

- Consultations généralistes et spécialistes jusqu'à 225 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

DENTAIRE :

- Jusqu'à 250 % de la Base de Remboursement sur les prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre », plafond dentaire jusqu'à 2 500 € (au-delà 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale)

OPTIQUE :

- Prise en charge de l'équipement « Offre libre » jusqu'à 400 € par année d'adhésion.

AIDES AUDITIVES :

- Prise en charge à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

MÉDECINES NATURELLES :

- Un forfait jusqu'à 70€ € limité à 50 € par séance.

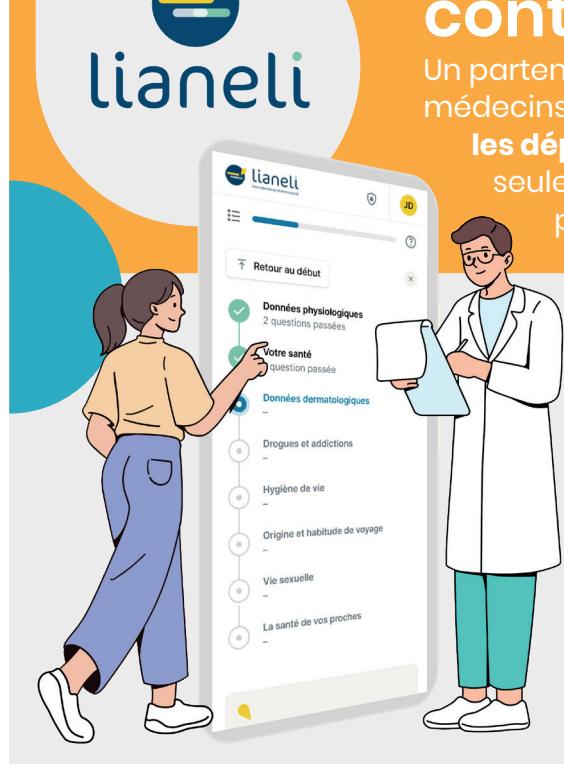
Un contrat fidélisant

Après 1 an d'adhésion certaines garanties augmentent automatiquement :

- Hospitalisation & Soins courants : bonus fidélité après la première et la seconde année d'adhésion
- Dentaire : bonus fidélité après 1 an d'adhésion puis après 2 ans
- Optique : bonus fidélité après la seconde année d'adhésion

Seulement sur votre contrat APRIL Vita Santé !

Un partenariat avec une plateforme Web conçue par des médecins pour vous permettre d'**identifier et planifier les dépistages dont vous pourriez avoir besoin** en seulement quelques minutes ! Tout cela de façon personnalisée et en totale confidentialité.



COMMENT ÇA FONCTIONNE ?

- ✓ Connectez-vous à la **plateforme web Lianeli** avec les identifiants qui vous ont été transmis par mail ;
- ✓ Inscrivez-vous avec votre **adresse mail personnelle** (pour recevoir vos rappels et résultats sur votre compte personnel) ;
- ✓ Complétez le questionnaire (7 min. environ). Obtenez la liste des dépistages qui vous concernent ;
- ✓ Téléchargez la synthèse disponible sur votre espace et parlez-en avec votre médecin ;
- ✓ Réalisez vos examens de dépistage.

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



À partir de
96,97€
TTC /mois

Tarif 2026 pour une personne de 50 ans habitant dans le Rhône ayant souscrit à un niveau 3 et pour un paiement de la cotisation de 12 mois.



À partir de
179,75€
TTC /mois

Tarif 2026 pour un couple de 65 ans habitant en Côtes d'Armor, 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 COUPLE

RÉDUCTION COUPLE AVEC OU SANS ENFANT :

-10% SUR LA COTISATION DU COUPLE



Garanties APRIL Vita Santé

AVEC KALIXIA

PAS D'AVANCE DE FRAIS,
GRÂCE AU TIERS PAYANT
SYSTÉMATIQUE
(hors ostéopathie)

Les garanties s'appliquent conformément à la notice valant Conditions Générales, sous déduction des remboursements du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire lorsque celui-ci intervient. Le niveau de garanties souscrit s'applique à l'ensemble des assurés au contrat. Les forfaits, limitations et plafonds de garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion. Les délais d'attente et limitations s'appliquent à chaque assuré à compter de la prise d'effet de ses garanties. Le contrat étant responsable, les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
----------	----------	----------	----------	----------	----------

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*

SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ

Frais de séjour	Frais réels					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels					
Honoraire médical et chirurgical	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
			<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>			
	Bonus fidélité : après 1 année d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	225% BR
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	150% BR	175% BR	200% BR	225% BR	250% BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	105% BR	125% BR	150% BR	175% BR
			<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>			
	Bonus fidélité : après 1 année d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	105% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	-
	Chambre particulière (prix par jour) - Limitée à 15 jours par année d'adhésion pour l'ambulatoire	-	20 €	30 €	40 €	50 €
			<i>Délai d'attente les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>			

SÉJOURS EN SOINS MEDICAUX ET DE RÉADAPTATION ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE

Frais de séjour	Frais réels					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels					
Honoraires et frais médicaux	100% BR					
Chambre particulière soins médicaux et réadaptation et psychiatrie (par jour avec au minimum une nuitée) - Limitée à 30 jours par année d'adhésion	-	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
	<i>Délai d'attente les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>					

SOINS COURANTS

Honoraire médical : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	225% BR
	Bonus fidélité : après 1 année d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	225% BR	250% BR
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	150% BR	175% BR	200% BR	225% BR	250% BR	275% BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	105% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
	Bonus fidélité : après 1 année d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	105% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	-
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	-	-
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	225% BR	
Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds	Frais réels						
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires hors « 100% Santé », petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	225% BR	
	<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>						
Prothèses Capillaires « 100% Santé » ⁽²⁾	Frais réels						
Location courte durée d'un Véhicule pour Personne en situation de Handicap « 100% Santé » ⁽²⁾	Frais réels						
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR						
Médicaments et vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (prescrits ou non) – par année d'adhésion et par assuré	-	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €	
Transport	100% BR						
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	100% BR						
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100% BR						
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100% BR						

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
DENTAIRE						
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
	<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>					
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale⁽⁴⁾		Frais réels				
Prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale⁽⁴⁾	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
	<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>					
	Bonus fidélité : après 1 année d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	105% BR	135% BR	165% BR	185% BR	225% BR
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale⁽⁴⁾	500 € au-delà 100% BR	800 € au-delà 100% BR	1000 € au-delà 100% BR	1500 € au-delà 100% BR	2000 € au-delà 100% BR	2500 € au-delà 100% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR				
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie (par année d'adhésion et par assuré)	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
	<i>Délai d'attente les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>					
	Bonus fidélité : après 1 année d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	-	75 €	125 €	175 €	225 €
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	-	100 €	150 €	200 €	250 €
						300 €
OPTIQUE						
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.						
Équipement « 100% Santé » Classe A⁽⁵⁾ : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle		Frais réels				
Équipement « Offre libre » Classe B⁽⁵⁾ : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)⁽⁶⁾		100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Équipement « Offre libre » Classe B⁽⁵⁾ : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ou 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)⁽⁶⁾		200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat, la garantie passe à :	250 €	300 €	350 €	400 €	450 €
Pour tous les équipements « Offre libre » Classe B		<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>				
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B⁽⁵⁾		Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des remboursements (y compris celui du compris celui du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire) 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				
		<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale		100% BR				
Chirurgie réfractive (par œil et par année d'adhésion)	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
		<i>Délai d'attente les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>				

AIDES AUDITIVES

AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾

Équipements « 100% Santé » Classe I⁽⁷⁾	Frais réels					
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille⁽⁸⁾	100% BR					
Accessoires	100% BR					
PRÉVENTION ET AUTRES SOINS						
Forfait Médecines Naturelles : ostéopathe / homéopathe / acupuncteur / chiropracteur / microkinésithérapeute / étiopathie / naturopathe / podologue / réflexologue / sophrologue / luminothérapeute / hypnothérapeute / psychologue / diététicien (forfait par année d'adhésion et limité à 50 € maximum par séance)	-	30 €	30 €	50 €	50 €	70 €
Actes de prévention pris en charge par le régime de base⁽⁹⁾	100% BR					

Le renfort est facultatif, il vient en complément du niveau de garanties souscrit.
Le niveau de couverture du renfort est obligatoirement identique à celui des garanties.

RENFORT CONFORT

	RENFORT CONFORT 1	RENFORT CONFORT 2	RENFORT CONFORT 3	RENFORT CONFORT 4	RENFORT CONFORT 5	RENFORT CONFORT 6
Forfait Frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : hébergement et transport (par année d'adhésion)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
<i>Délai d'attente les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>						
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour)	10 €	15 €	20 €	25 €	30 €	35 €
<i>Délai d'attente les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>						
Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	125 €	150 €	175 €	200 €	225 €	250 €
<i>Délai d'attente les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>						
Forfait supplémentaire Audiologie : Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille⁽⁸⁾	+150 €	+200 €	+300 €	+400 €	+500 €	+600 €
<i>Délai d'attente les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties</i>						

BR : Base de remboursement BR (Base de remboursement) : il s'agit du tarif de référence retenu par l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime obligatoire) pour calculer sa prise en charge. Un taux de remboursement est appliqué à la BR retenue afin de déterminer le montant à rembourser à l'assuré. Ce taux varie si le praticien est adhérent ou non à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM). Les garanties exprimées en BR incluent les remboursements du Régime obligatoire. Le montant remboursé peut être inférieur au montant facturé.

Frais réels : La totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

* 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 (OPTAM, OPTAM-ACO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- (2) Dans le cadre du « 100% Santé », ces frais 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.
- (3) Prise en charge selon les limitations prévus par le dispositif « Mon Soutien Psy ».
- (4) 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 d'Assurance Maladie 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.
- (5) 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 d'Assurance Maladie Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.
- (6) Se référer au tableau d'explication figurant ci-dessous pour connaître le détail des Catégories 1, 2 et 3.
- (7) 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.
- (8) 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.
- (9) Les actes de préventions définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.



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 ≤ + 4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ 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 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00
 - dont la sphère est < à - 6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est [- 8,00 et + 8,00]
 - dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00]
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00

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 ≥ à 0,25
- dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00
- dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

ou

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

* Somme S = (sphère + cylindre)



... 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



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

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.

Des avantages inclus dans votre contrat



Kalixia

Réseau de soins Kalixia

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

19 000
professionnels
de santé
qualifiés



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



UN TRAITEMENT EFFICACE DE VOS DEMANDES

Gagnez du temps avec l'adhésion 100 % en ligne



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 CONSEILLERS DISPONIBLES

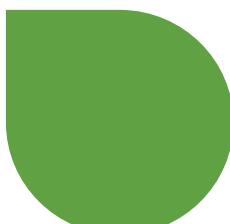
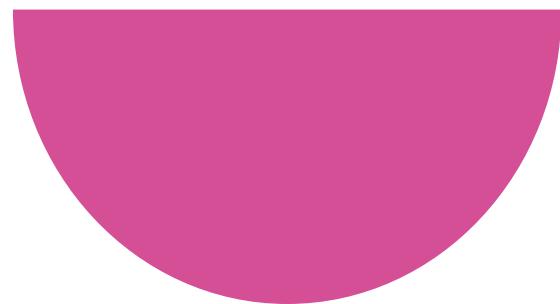
Nos conseillers vous répondent 5j/7 du lundi au vendredi

- 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



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 e-mail:
reclamations@april.com



Par courrier:
APRIL Santé Prévoyance
Service Réclamations
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.

Conditions de saisine du Médiateur :

- Vous pouvez saisir le Médiateur de la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF) dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation.
- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.



Par courrier:
FNMF - Service de la médiation
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15



Avec le formulaire de saisine sur le site :
<https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr>
Rubrique : Saisir le Médiateur

Bon à savoir:

- Cette démarche ne Vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance
- Vous pouvez Vous adresser à notre Service Réclamations pour obtenir de l'aide pour la constitution de votre dossier



À propos d'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

