



Santé Professionnelle

Assurez votre santé avec des garanties essentielles à un tarif accessible.

Avec Santé TNS Start APRIL, bénéficiez d'une complémentaire santé adaptée à vos besoins tout en maîtrisant votre budget.



Rendez-vous sur **april.fr**

 **april**

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Protéger votre santé, c'est assurer votre avenir professionnel

Savez-vous que votre Régime obligatoire ne couvre qu'une partie de vos frais de santé ?

En tant qu'indépendant, vous êtes le pilier de votre activité et votre santé est votre premier capital. Pourtant, il est parfois difficile de concilier maîtrise du budget et protection efficace.

Pour répondre à ces enjeux, APRIL a pensé une complémentaire santé dédiée aux indépendants, à la fois accessible et sans compromis sur les postes de soins !

Santé TNS Start APRIL, c'est une offre composée de 5 niveaux de garanties : d'une prise en charge essentielle à une couverture plus conséquente.

HOSPITALISATION

- **Honoraires médicaux et chirurgicaux jusqu'à 300 % BR** pour les adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾,
- **Prise en charge de vos dépenses de chambre particulière** jusqu'à 80 € / jour.

OPTIQUE

- **Jusqu'à 450 €** pour une paire de lunettes avec verres complexes ⁽²⁾,
- **Lentilles** prescrites, acceptées ou refusées par la Sécurité sociale y compris jetables.

PRÉVENTION ET MÉDECINE NATURELLE

- Frais de sevrage tabagique
- **Médecines naturelles** : jusqu'à 50€ par séance dans la limite de 4 (Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, hypnothérapeute, méthode Mézières, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, tabacologue).

(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) Équipement de classe B «offre libre». Garanties présentées dans les conditions et limites prévues au tableau des garanties présenté en pages 4 et 5.

CONSULTATIONS

- **Consultations chez un médecin généraliste ou spécialiste remboursées jusqu'à 300 % BR** pour les adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾

DENTAIRE

- **Bonus fidélité** : le plafond dentaire augmente après 2 années d'adhésion,
- Frais d'**orthodontie remboursés** jusqu'à 275 % BR,
- **Jusqu'à 275 € de forfait** pour les dépenses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : orthodontie, implantologie, parodontologie ⁽²⁾.

Bénéficiez de la déductibilité Madelin !

Grâce à la loi Madelin, vos cotisations sont déductibles de vos impôts

CONTRAT
ÉLIGIBLE
LOI MADELIN

- La loi dite "Madelin" est un dispositif fiscal (issu de la loi du 11 février 1994 n°94-126 - Art 154 bis du Code Général des Impôts) qui permet aux travailleurs non salariés de déduire fiscalement de leurs revenus imposables (et sous conditions) les cotisations d'assurance relatives à la protection sociale facultative (prévoyance complémentaire et complémentaire santé).

Peuvent bénéficier des avantages de la Loi Madelin sur le volet santé l'ensemble des travailleurs non salariés, artisans, commerçants, professions libérales, que ces derniers exercent leur activité en nom propre ou en société pour les gérants majoritaires relevant de l'article 62 du Code Général des Impôts.

Garanties Santé TNS Start APRIL

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente fixés par ce dernier. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion ⁽⁶⁾. Une seule formule doit être souscrite 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. Les 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.

		FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
HOSPITALISATION						
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ						
Honoraires médicaux et chirurgicaux						
Médecins DPTAM ⁽²⁾		100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Médecins NON DPTAM ⁽³⁾		100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Médecins en secteur non conventionné		100 % BR				
Autres (en secteur conventionné ou non conventionné)						
Forfait journalier hospitalier		Frais réels				
Frais de séjour		100 % BR				
Chambre particulière dont ambulatoire (par jour, dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)		30 €	50 €	60 €	70 €	80 €
Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour, dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)		-	10 €	20 €	30 €	40 €
Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
SÉJOURS EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE						
Honoraires et frais médicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 % BR				
	Médecins NON DPTAM ⁽³⁾	100 % BR				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels				
Frais de séjour		100 % BR				
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : consultations et visites généralistes et spécialistes, actes de radiologie, actes techniques médicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
	Médecins NON DPTAM ⁽³⁾	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Honoraires paramédicaux		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Analyses et examens de laboratoire		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Forfait patient urgences et actes lourds		Frais réels				
Médicaments pris en charge par le Régime obligatoire		100 % BR				
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	150 % BR	200 % BR
Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Prothèses Capillaires « 100% Santé » ⁽⁴⁾		Frais réels				
Location courte durée d'un Véhicule pour Personne en situation de Handicap « 100% Santé » ⁽⁴⁾		Frais réels				
Frais de transport		100 % BR				
Psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire ⁽⁵⁾		100 % BR				
Cure thermale : soins pris en charge par le Régime obligatoire et frais annexes sur justificatifs (frais d'hébergement et de transport)		100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
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 de Classe I « 100 % Santé » ⁽⁶⁾⁽⁷⁾		Frais réels				
Équipements de Classe II « Offre Libre » ⁽⁶⁾⁽⁸⁾		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par le Régime obligatoire		100 % BR				

DENTAIRE

DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Soins	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Inlays-Onlays	100 % BR				
Prothèses dentaires « 100% Santé » ^{(7) (8)}	Frais réels				
Autres prothèses « offre modérée » et « offre libre » ⁽⁸⁾	125 % BR	150 % BR	175 % BR	225 % BR	275 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Orthodontie remboursée par le Régime obligatoire	125 % BR	150 % BR	175 % BR	225 % BR	275 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Plafond dentaire par année d'adhésion (pour l'orthodontie, les autres prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire « Offre modérée » et « Offre libre » et Inlays-Onlays uniquement)	1 800 € en années 1 et 2 2 500 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR				

DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Parodontologie, implantologie et orthodontie non remboursés pour le Régime obligatoire	100 €	150 €	200 €	250 €	275 €
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				

OPTIQUE

S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 € en classe B et 30 € 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 ticket modérateur et la prise en charge du Régime obligatoire, non cumulable d'une année sur l'autre.

ÉQUIPEMENT DE CLASSE A « 100 % SANTÉ » Y COMPRIS PRESTATION D'APPAIRAGE ET D'ADAPTATION DE LA CORRECTION VISUELLE⁽¹⁰⁾

Monture + verres ⁽⁷⁾	Frais réels				
Équipement de Classe B « Offre Libre » ⁽¹⁰⁾					
Monture + verres simples ⁽¹¹⁾	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Monture + verre simple + verre complexe ⁽¹¹⁾	125 €	175 €	250 €	300 €	350 €
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Monture + verres complexes ⁽¹¹⁾	200 €	250 €	325 €	400 €	450 €
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 % BR				
Lentilles prescrites remboursées et non remboursées par le Régime obligatoire, lentilles jetables	100 % BR + 40 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Chirurgie réfractive, toutes corrections, par œil	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				

CONFORT ET PRÉVENTION

Médecine naturelle : Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, hypnothérapeute, méthode Mézières, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, tabacologue (praticiens titulaires d'un diplôme d'Etat reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI ou RPPS)	30 € / séance maxi 2 séances	35 € / séance maxi 3 séances	40 € / séance maxi 3 séances	45 € / séance maxi 4 séances	50 € / séance maxi 4 séances
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Actes de prévention remboursés par le Régime obligatoire	100 % BR				
Sevrage tabagique non remboursé par le Régime obligatoire (patch, gomme, pastille...) et vaccins prescrits non remboursés	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR				
Contraceptifs et médicaments non pris en charge par le Régime obligatoire sur prescription médicale et présentation d'une facture nominative acquittée	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				

(1) Année d'adhésion : période d'un an qui sépare 2 dates d'anniversaire de prise d'effet des garanties.
 (2) Médecins DPTAM : Médecins adhérents aux 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.
 (3) Médecins NON DPTAM : Médecins non adhérents aux 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.
 (4) 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 prévus pour ce type d'actes.
 (5) Prise en charge des séances selon les limitations prévues par le dispositif « Mon soutien psy »
 (6) Selon la liste définie par l'arrêté du 14 novembre 2018 sur la prise en charge des aides auditives.
 (7) Remboursement limité au prix limite de vente.
 (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) Selon la liste définie par la convention dentaire du 21 juin 2018.
 (10) Selon la liste définie par l'arrêté du 3 décembre 2018 sur la prise en charge de l'optique médicale.
 (11) Verres simples :

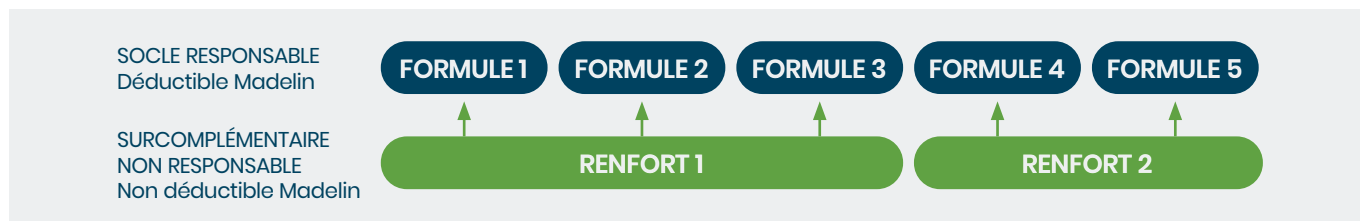
- > Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries.
- > Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.
- > Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6 dioptries.
- Verres complexes :**
- > Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries.
- > Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries.
- > Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.
- > Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6 dioptries.
- > Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4 et + 4 dioptries.
- > Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.
- > Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8 dioptries.
- > Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.
- > Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries.
- > Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.
- > Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8 dioptries.

Optimisez vos remboursements avec une surcomplémentaire santé

SANTÉ TNS START APRIL / SURCO SANTÉ TNS START APRIL

Selon les évènements de la vie, les prises en charge de base peuvent ne pas être suffisantes. Souscrire à une surcomplémentaire permet de bénéficier de meilleurs remboursements :

Surco Santé TNS Start APRIL est un contrat additionnel composé de 2 niveaux qui viennent renforcer la couverture proposée avec le socle Santé TNS Start APRIL :



Garanties Surco Santé TNS Start APRIL

IMPORTANT

Le contrat Surco Santé TNS Start APRIL est un contrat non responsable. La part de cotisation n'est donc pas éligible à la déductibilité Madelin.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale. Les remboursements sont toujours effectués en complément du remboursement du Régime obligatoire et/ou des remboursements de Santé TNS Start APRIL dans la limite de la garantie souscrite et de la dépense réelle. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion.

		POUR LES FORMULES 1, 2, 3	POUR LES FORMULES 4 ET 5
		RENFORT 1	RENFORT 2
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ			
Séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation et maternité			
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	+ 50 % BR Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 100 % BR
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾	+ 50 % BR Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 100 % BR
Chambre particulière (par jour, dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)		+ 20 € Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 30 €
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour, dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)		+ 15 € / jour Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 30 € / jour
SOINS COURANTS		RENFORT 1	RENFORT 2
Honoraires médicaux : consultations, visites généralistes et spécialistes, acte de radiologie, actes techniques médicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	+ 50 % BR Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 100 % BR
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾	+ 50 % BR Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 100 % BR
DENTAIRE		RENFORT 1	RENFORT 2
Orthodontie, parodontie et implantologie non remboursées par le Régime obligatoire		+ 100 € Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 150 €
Soins, prothèses dentaires, orthodontie remboursés par le Régime obligatoire		+ 50 % BR Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 100 % BR
OPTIQUE		RENFORT 1	RENFORT 2
Équipement optique		+ 50 € Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 100 €
Chirurgie réfractive, toutes corrections, par oeil		+ 100 € Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 200 €
Lentilles prescrites remboursées ou non par le Régime obligatoire, y compris lentilles jetables		+ 25 € Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	+ 50 €

(1) Médecins DPTAM : Médecins adhérents aux 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) Médecins NON DPTAM : Médecins non adhérents aux 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.



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

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 réduction 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 réduction
pour limiter
votre reste à
charge

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.

Accessible sur ordinateur, tablette et mobile.

- Simulez et consultez vos remboursements 7j/7 et 24h/24.
- Demandez une prise en charge hospitalière, un devis optique ou dentaire.
- Accédez au détail de votre contrat et à tous vos documents (carte de tiers payant, certificat d'adhésion, appel de cotisation, conditions générales...) 24h/24 et 7j/7.
- Actualisez vos informations personnelles : RIB, adresse, téléphone, e-mail.

Le + APRIL :
Votre carte de
Tiers Payant
sur mobile

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.

**VOTRE ESPACE
ASSURÉ, AUSSI EN APPLI !**

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

Télécharger dans
l'App Store

Google Play

Plus d'informations sur

<https://monespace.april.fr>



association
des assurés
april

ÉCOUTER – AGIR – SOUTENIR

... pour tous les adhérents



Tout adhérent d'un **contrat souscrit par l'Association des Assurés APRIL**, devient automatiquement membre de l'Association. Vous accédez ainsi, au-delà de vos garanties d'assurance, aux soutiens de l'Association* :

● **Soutien Juridique :**

Des équipes de juristes vous informent dans tous les domaines de la vie quotidienne : droit de la famille, du travail, de la santé, de la consommation...

● **Soutien Hospitalisation :**

Pour faciliter votre retour au domicile (garde d'enfants, aide-ménagère...).

● **Soutien Frais de santé, Soutien Psychologique, Soutien Cotisations et Soutien Aidants :**

En cas de coup dur et sous certaines conditions de ressources, l'Association peut prendre en charge tout ou partie de vos frais de santé onéreux, de votre cotisation 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



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 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 mail : relationclient@april.com ou par courrier au 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 la Médiation de l'Assurance.

- 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 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

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 d'APRIL

APRIL est le leader du courtage grossiste en France avec un réseau de 30 000 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 860 M€.

www.april.com

Contactez
votre conseiller :

9/9 Santé TNS Start APRIL

 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.
Produits gérés par APRIL Santé Prévoyance, co-conçus et assurés par PREPAR-IARD.

 **april**

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

