

Santé Professionnelle

Privilégiez une complémentaire santé efficace et bénéficiez d'une prise en charge optimale.

Avec Santé TNS APRIL, choisissez une complémentaire santé couvrante qui comprend également une surcomplémentaire de garanties pour renforcer votre protection.

SERVICE
TÉLÉMÉDECINE
INCLUS

● Rendez-vous
sur **pro.april.fr**

 **april**
L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Une couverture santé efficace dédiée aux professionnels

UNE PRISE EN CHARGE COMPLÈTE DES FRAIS DE SANTÉ

Santé TNS APRIL est un contrat santé responsable proposant un large choix de garanties et 6 niveaux de garanties pour répondre à tous les besoins des travailleurs non salariés : des budgets les plus contraints aux plus hautes exigences.

HOSPITALISATION

- Honoraires médicaux chirurgicaux jusqu'à 500 % BR pour les adhérents aux DPTAM⁽¹⁾,
- Prise en charge de vos dépenses de chambre particulière jusqu'à 140 € / jour.

OPTIQUE

- Jusqu'à 700 € par assuré pour votre équipement optique (verres complexes) par période de deux années d'adhésion⁽²⁾,
- Lentilles prescrites, acceptées ou refusées par la Sécurité sociale⁽²⁾.

PRÉVENTION ET MÉDECINE NATURELLE

- Frais de sevrages tabagiques
- Vaccins et traitements antipaludéens⁽²⁾
- Médecines naturelles : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, hypnothérapeute, méthode Mézières, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, tabacologue⁽²⁾

(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) Garanties présentées dans les conditions et limites prévues au tableau des garanties présenté en pages 3 et 4.

CONSULTATIONS

- Consultations chez un médecin généraliste ou spécialiste remboursées jusqu'à 500 % BR pour les adhérents aux DPTAM⁽¹⁾,
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale⁽²⁾.

DENTAIRE

- Prothèses dentaires «offre modérée» / «offre libre» et frais d'orthodontie remboursées jusqu'à 550 % BR⁽²⁾,
- Jusqu'à 1 650 € de forfait pour les dépenses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : orthodontie non remboursée, implantologie, parodontologie⁽²⁾.
- Bonus fidélité : les garanties du plafond dentaire augmentent après 2 années d'adhésion

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 APRIL

AVEC KALIXIA

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

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 le Régime obligatoire. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion ⁽¹⁾. 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.

NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
----------	----------	----------	----------	----------	----------

HOSPITALISATION

SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ

Frais de séjour	En secteur conventionné	Frais réels					
	En secteur non conventionné	90 % des frais réels dans la limite de :					
		100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					

Honoraires						
Médecins DPTAM en secteur conventionné ⁽²⁾	125 %BR	180 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR	500 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Médecins non DPTAM en secteur conventionné ⁽³⁾	105 % BR	160 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Médecins en secteur non conventionné ⁽³⁾	100 % BR					

Autres (en secteur conventionné ou non conventionné)							
Forfait journalier hospitalier	Frais réels						
Forfait Patient Urgences (FPU) et actes lourds	Frais réels						
Chambre particulière dont ambulatoire (par jour)	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €	140 €	
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)	20 €	25 €	30 €	40 €	45 €	55 €	
Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							

SÉJOURS EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE

Frais de séjour	100 % BR						
-----------------	----------	--	--	--	--	--	--

Honoraires							
Médecins DPTAM en secteur conventionné ⁽²⁾	100 % BR						
Médecins non DPTAM en secteur conventionné ⁽³⁾	100 % BR						
Médecins en secteur non conventionné ⁽³⁾	100 % BR						

Autres (en secteur conventionné ou non conventionné)							
Forfait journalier hospitalier	Frais réels						
Forfait Patient Urgences (FPU) et actes lourds	Frais réels						
Chambre particulière en soins médicaux et de réadaptation, de rééducation et assimilés (par jour dans la limite de 90 jours par année d'adhésion)	30 €	40 €	60 €	70 €	90 €	110 €	
Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
Chambre particulière en psychiatrie (par jour dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)	-	-	60 €	70 €	90 €	110 €	
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)	20 €	25 €	30 €	40 €	45 €	55 €	
Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux : Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes de radiologie, actes techniques médicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	125 % BR	150 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
	Médecins non DPTAM ⁽³⁾	105 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris soins externes)		125 % BR	150 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale		100 % BR					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires hors « 100% Santé », petit et gros appareillage - hors prothèse auditive et accessoire optique		125 % BR	150 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % 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 thermique : Soins pris en charge par le Régime obligatoire et frais annexes sur justificatifs (frais d'hébergement et de transport)		100 €	150 €	250 €	400 €	550 €	700 €
Limité à 100 % BR 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							
Equipements de Classe 1 « 100 % Santé » ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	Frais réels						
Equipements de Classe 2 « Offre libre » ⁽⁶⁾⁽⁸⁾	125 % BR	150 % BR	250 % BR	300 % BR	365 % BR	365 % 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						

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
DENTAIRE						
DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE						
Soins	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	450 % BR	550 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Inlays-Onlays	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	450 % BR	550 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Prothèses « 100 % Santé » (y compris Inlays cores) ⁽⁷⁾⁽⁹⁾	Frais Réels					
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » (y compris Inlays cores) ⁽⁹⁾	125 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR	550 % BR
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Orthodontie	125 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR	550 % 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 année 1 et 2 2 500 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR					
DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE						
Prothèses / Implantologie et parodontologie / Orthodontie	400 €	600 €	900 €	1100 €	1400 €	1650 €
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois					
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 €	200 €	250 €	300 €	350 €	420 €
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Monture + verre simple + verre complexe ⁽¹¹⁾	125 €	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Monture + verres complexes ⁽¹¹⁾	200 €	350 €	400 €	450 €	600 €	700 €
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 % BR					
Équipement mixte (combinaison de verres et montures de Classes A et B)	Se référer aux montants des équipements de la classe B, sous déduction des éléments de la classe A pris en charge à hauteur des frais réels. Les éléments de classe A seront pris en charge à hauteur des frais réels.					
Lentilles prescrites remboursées, refusées, jetables	100 % BR + 50 € /an	100 % BR + 100 € /an	100 % BR + 150 € /an	100 % BR + 225 € /an	100 % BR + 350 € /an	100 % BR + 400 € /an
	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Chirurgie réfractive, toutes corrections, par œil	100 €	150 €	250 €	400 €	500 €	600 €
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois					
PRÉVENTION						
Médecine naturelle : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, hypnothérapeute, méthode Mézières, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, tabacologue.	30 € / séance max 3 séances	30 € / séance max 4 séances	30 € / séance max 4 séances	40 € / séance max 4 séances	50 € / séance max 5 séances	60 € / séance max 5 séances
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Sevrage tabagique (gomme, patchs et traitements prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale) et vaccins et traitements anti-paludéens prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Contraceptifs et médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €
	Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
AUTRES PRESTATIONS						
Forfait naissance / adoption ⁽¹²⁾	100 €	150 €	200 €	250 €	250 €	250 €
	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	125 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR	350 % BR	400 % BR
	Limité à 100 % BR 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 comprise entre - 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.
- (12) Doublié en cas de naissances multiples.

Les garanties ci-dessus s'appliquent conformément à la notice valant conditions générales. Si vous êtes hors parcours de soins, ce contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliqués par la Sécurité sociale.

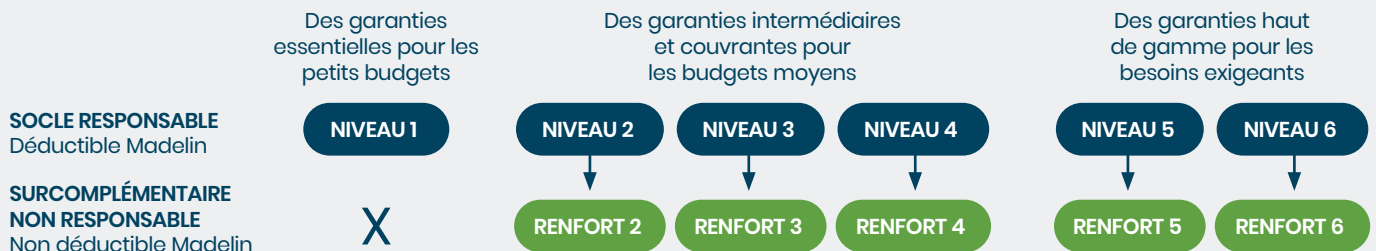
Une surcomplémentaire pour des remboursements optimaux

Surcomplémentaire TNS APRIL, vous permet de bénéficier d'une prise en charge optimale pour les dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents aux DPTAM⁽¹⁾.



LA SURCOMPLÉMENTAIRE POUR ENCORE PLUS DE PROTECTION

Surcomplémentaire TNS APRIL est un contrat composé de 5 niveaux de renfort qui viennent compléter les remboursements de Santé TNS APRIL.



Garanties Surcomplémentaire TNS APRIL

IMPORTANT

Le contrat Surcomplémentaire TNS APRIL est un contrat non responsable.
Les cotisations d'assurance versées au titre de Surcomplémentaire TNS APRIL ne sont pas déductibles au titre de la loi 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 des remboursements de Santé TNS APRIL dans la limite de la garantie souscrite et de la dépense réelle.

		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							
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins NON DPTAM ⁽¹⁾	-	+ 20 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR	+ 300 % BR	+ 300 % BR
			Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux : Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes de radiologie, actes techniques médicaux	Médecins NON DPTAM ⁽¹⁾	-	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 80 % BR	+ 180 % BR	+ 300 % BR
			Aucune prise en charge pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				

(1) 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.

Les garanties ci-dessus s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.



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>

... 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 CONSEILLERS DISPONIBLES

Nos conseillers vous répondent 5j/7
du Lundi au Vendredi



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

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 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 860M€.

www.april.com

Contactez
votre conseiller :

 **april** Santé Prévoyance

12 rue Juliette Récamier
CS15555
69452 LYON Cedex 06

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.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – 4 Place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par QUATREM (société du groupe Malakoff Humanis)



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE