

APRIL Santé Globale +

CONFORME 100 % SANTÉ

CONTRAT
RESPONSABLE

Le + APRIL :
La carte de
Tiers-Payant
sur mobile

Une offre simple et complète pour rester serein face à ses dépenses de santé même après 50 ans.

Points forts

- **Un nouveau modèle pour maîtriser les dépenses de soins :** la limitation des garanties permettra de proposer une complémentaire santé durable avec des tarifs attractifs qui resteront stables dans le temps.
- **Des garanties étudiées pour les plus de 50 ans :** appareillage auditif, prothèses dentaires, cure thermale (en option)...
- **Des garanties fidélisantes** sur les garanties hospitalisation, consultations et optique
- **Pour plus de souplesse** : un pack confort en option pour personnaliser ses niveaux de remboursement sur les garanties non essentielles.

CIBLES ET GARANTIES										
Cible	● Les plus de 50 ans (isolés, couples).									
Garanties	<ul style="list-style-type: none"> ● Des garanties de base très complètes couvrant les besoins spécifiques des seniors avec 6 niveaux : hospitalisation, frais médicaux, pharmacie, frais dentaires, frais optiques, accessoire optique et prothèse auditive. ● 1 option : Pack Confort et Bien-Être. 									
CONDITIONS										
Tarifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Offre commerciale -10 % à votre main. ● Réduction -10 % pour les couples avec ou sans enfant. ● Réduction Agricole, Alsace-Moselle. ● Les réductions s'appliquent uniquement sur la cotisation de la garantie de base, sauf pour l'offre commerciale qui s'applique sur la garantie de base et l'option. 									
Limite d'âge à l'adhésion et aux prestations	● Aucune.									
Limitation des garanties et délai d'attente	<ul style="list-style-type: none"> ● Les remboursements sont limités sur tous les postes HORS soins courants et 100% santé pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré. Pendant ces 3 premiers mois : <ul style="list-style-type: none"> - en cas d'hospitalisation, vous êtes bien pris en charge mais sans dépassement d'honoraires sauf en cas d'accident. - concernant les prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale, les frais d'équipement optique et les aides auditives, pendant cette période votre remboursement est limité à hauteur de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale. ● Enfin, pour les garanties non remboursées par la Sécurité sociale, un délai d'attente de 3 mois sur les postes suivants sera appliqué avant le déclenchement des remboursements : <ul style="list-style-type: none"> - Autres frais dentaires - Chirurgie réfractive de l'oeil - Accessoires optique 									
Formalités médicales	● Aucunes									
Commissionnement selon les cibles	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEAUX</th><th>TNS / SENIORS / FONCTIONNAIRES ET FRONTALIERS SUISSES</th><th>SALARIÉS < 58 ANS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Niveaux 1 à 6 en tarif normal</td><td>15/15 ou 30/10</td><td>15/15 ou 30/10*</td></tr> <tr> <td>Niveaux 1 à 6 en tarif réduit</td><td>10/10 ou 25/5</td><td>10/10 ou 25/5*</td></tr> </tbody> </table>	NIVEAUX	TNS / SENIORS / FONCTIONNAIRES ET FRONTALIERS SUISSES	SALARIÉS < 58 ANS	Niveaux 1 à 6 en tarif normal	15/15 ou 30/10	15/15 ou 30/10*	Niveaux 1 à 6 en tarif réduit	10/10 ou 25/5	10/10 ou 25/5*
NIVEAUX	TNS / SENIORS / FONCTIONNAIRES ET FRONTALIERS SUISSES	SALARIÉS < 58 ANS								
Niveaux 1 à 6 en tarif normal	15/15 ou 30/10	15/15 ou 30/10*								
Niveaux 1 à 6 en tarif réduit	10/10 ou 25/5	10/10 ou 25/5*								
Services inclus au contrat	<ul style="list-style-type: none"> ● Téléconsultation: des médecins généralistes et spécialistes accessibles 7J/7. 									
Soutiens de l'Association des Assurés APRIL	Tout adhérent d'APRIL Santé Globale +, contrat souscrit par l'Association des Assurés APRIL , devient automatiquement membre de l'Association. Il accède ainsi, au-delà des garanties d'assurance, au soutien au quotidien de l'Association. Retrouvez toutes les conditions de ces soutiens sur www.association-assures-april.fr									
LCB/FT (lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme)	Niveau de vigilance : vigilance simplifiée. Pas d'obligation particulière pour le distributeur au sens des articles L561-5 et L561-6 du Code Monétaire et Financier, sauf soupçons de blanchiment de financement de terrorisme.									

* Le taux de commission S s'applique à la cible salariés < 58 ans et ne déclenche pas de surcommissionnement.

Garanties APRIL Santé Globale +

Produit conforme

100 % Santé

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

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, Soins courants 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 frais engagés au titre des garanties non remboursées par la Sécurité sociale et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

	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					
			Frais réels					
Forfait journalier hospitalier	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	125%	150%	200%	300%	350%
	Bonus fidélité : en année 2		125%	150%	175%	225%	325%	375%
	Bonus fidélité : en année 3		150%	175%	200%	250%	350%	400%
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	105%	130%	180%	200%	200%
	Bonus fidélité : en année 2		105%	130%	155%	200%	200%	200%
	Bonus fidélité : en année 3		130%	155%	180%	200%	200%	200%

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%					

SOINS COURANTS

Honora	Médecins DPTAM ⁽¹⁾		100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Bonus fidélité : en année 2		125%	150%	175%	225%	275%	325%
	Bonus fidélité : en année 3		150%	175%	200%	250%	300%	350%
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾		100%	105%	130%	180%	200%	200%
Honora	Bonus fidélité : en année 2		105%	130%	155%	200%	200%	200%
	Bonus fidélité : en année 3		130%	155%	180%	200%	200%	200%
Honora	Médecins DPTAM ⁽¹⁾		125%	150%	200%	250%	300%	
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100%	105%	130%	180%	200%	200%	
Honora	paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100%	125%	150%	200%	250%	300%
Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds			Frais réels					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)			100%	125%	150%	200%	250%	250%
Transport			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾			100% BR					

DENTAIRE

Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	125%	125%	150%	150%	200%	
Soins et prothèses "100% Santé" remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾			Frais réels					
Prothèses "Offre Modérée" et "Offre Libre" remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100%	100%	150%	200%	250%	350%	375%	
Plafond prothèses «Offre Modérée» et «Offre Libre» remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾ (par année d'adhésion)		-	-	-	1500 € Au-delà :	1500 € Au-delà :	2 000 € Au-delà :	
Hors soins et prothèses «100% Santé» remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾					100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie (par année d'adhésion)	-	-	100 €	150 €	200 €	250 €	400 €	

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, Soins courants 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 frais engagés au titre des garanties non remboursées par la Sécurité sociale et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

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

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 remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.

Equipement "100% Santé" Classe A ⁽⁴⁾ :1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle		Frais réels								
		100%	100%	100 €	150 €	200 €	250 €	350 €		
Equipement "Offre libre" Classe B ⁽⁴⁾ :1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) ⁽⁵⁾				125 €						
Equipement "Offre libre" Classe B ⁽⁴⁾ :1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ⁽⁵⁾				200 €	250 €	300 €	350 €	400 €		
Equipement "Offre libre" Classe B ⁽⁴⁾ :1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) ⁽⁵⁾				+50 €						
Bonus fidélité lunettes (pour un équipement complet de Classe B): à compter de la 3 ^e année d'adhésion, la garantie augmente										
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100%	100%		50% des frais réels						
Equipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ⁽⁴⁾				Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels. Les éléments de Classe A seront pris en charge à hauteur des frais réels.						
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	100%	100% + 20 €	100% + 70 €	100% + 120 €	100% + 170 €	100% + 200 €	100% + 250 €			
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie) (par année d'adhésion)	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €			
Accessoires optique (loupes, lunettes loupes) (par année d'adhésion)	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €			

AIDES AUDITIVES

AIDES AUDITIVES

(Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)

Équipements «100% Santé» Classe I ⁽⁶⁾		Frais réels							
Equipements «Offre libre» Classe II ⁽⁶⁾	100%	100% + 200 €	100% + 300 €	100% + 400 €	100% + 450 €	100% + 500 €	100% + 600 €		
Accessoires		100%							

AUTRES PRESTATIONS

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française

* 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, OPTMA-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

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

(3) Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(4) Tels que définis réglementairement, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte.

Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire

et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

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

(6) Tels que définis réglementairement. Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond maximum de prise en charge Régime Obligatoire + complémentaire santé de 1 700 € par oreille). 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.

Pack Confort et Bien-Être

À partir de **11,25 €**
TTC / MOIS *

Les niveaux Equilibre et Privilège sont accessibles uniquement si vous choisissez les niveaux de base entre 2 et 6.	Niveau Avantage	Niveau Equilibre	Niveau Privilège
Chambre particulière en secteur conventionné :			
● Prise en charge illimitée pour les séjours en médecine chirurgie ● dans la limite de 30 jours pour les séjours en établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés ● hors hospitalisation psychiatrique	45€/Jour	70€/jour	90€/Jour
Frais d'accompagnant enfant ou conjoint assuré :			
● Prise en charge illimitée pour les séjours en médecine et chirurgie ● dans la limite de 30 jours pour les séjours en établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés ● hors hospitalisation psychiatrique	20€/Jour	30€/jour	40€/Jour
Forfait médecines naturelles par année d'adhésion et par assuré :			
● ostéopathe / homéopathe / acupuncteur / chiropracteur / microkinésithérapeute / étiopathe / diététicien / naturopathe / podologue / réflexologue / sophrologue / luminothérapeute / hypnothérapeute / psychologue	100 €	150 €	200 €
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale par année d'adhésion et par assuré	150 €	200 €	300 €
Médicaments non remboursés (prescrits ou non) par année d'adhésion et par assuré	25 €	40 €	50 €

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 2

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

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 s] 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 ≤ + 4,00
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00

- 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)



LA RÉFORME 100% SANTÉ, C'EST QUOI ?

La réforme 100 % Santé consiste à favoriser l'accès aux soins sur les postes où le reste à charge est parfois élevé pour les patients, soit en optique, en dentaire et en audiologie.

Les professionnels de santé sont contraints de respecter le plafonnement des tarifs des soins concernés et les complémentaires santé ont l'obligation de prendre en charge ces soins à hauteur de ces plafonds, en complément du remboursement de la Sécurité sociale. Ils peuvent en parallèle proposer d'autres offres avec un tarif libre.

* Pour une personne seule en 2023 et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

RÉDUCTION MULTI-ÉQUIPEMENT

Pour les adhésions en ligne uniquement

Complétez la protection de vos clients avec des contrats qui correspondent à leurs besoins : pensez à la prévoyance privée !

10% de réduction viagère sur le contrat APRIL Santé Globale + et sur les contrats de prévoyance suivants, en cas de souscription simultanée :

- Obsèques APRIL⁽⁷⁾
- Accident APRIL⁽⁷⁾
- Tempo décès APRIL⁽⁷⁾

OUTILS D'AIDE À LA VENTE

april-on.fr

- Multi-tarificateur santé pour comparer les offres santé d'APRIL
- Adhésion en ligne avec la signature électronique pour du business immédiat
- Simulateur de remboursement
- Convertisseur garanties collectives

● Notice commerciale et livret de cotisation

● Dépliant

● Affiche

● Fiche produit



Notice commerciale

(7) La réduction s'appliquera au moment de la prise d'effet du deuxième contrat.

Offre réservée pour toute souscription d'un contrat Obsèques APRIL, Accident APRIL, Tempo décès APRIL ou Serenassur Rente d'un montant minimum de 180 € TTC/an, hors réduction.



Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03

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 QUATREM,
société du groupe Malakoff Humanis.