Votre estimation tarifaire

Complémentaire santé

Christianne LAMARRE
Domicilié à BOULIAC (33270)

Le 25 octobre 2022,

Bonjour Christianne LAMARRE,

J'ai le plaisir de vous adresser ce jour votre estimation tarifaire pour votre projet de complémentaire santé .

Les produits retenus sont les solutions les plus adaptées à votre besoin, ainsi qu'à votre budget.

Vous trouverez dans ce document :

- Un récapitulatif des informations vous concernant
- Les produits retenus ainsi que leurs tarifs
- Le détail des garanties et des options éventuellement choisies
- Un comparatif des différents produits
- Un lexique didactique pour vous permettre de comprendre tous les termes importants

Déterminé à vous offrir un service de qualité, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

N'hésitez pas à me recontacter.

Guillaume CHARENTON GUILLAUME
CHARENTON GUILLAUME

Note personnelle

Bonjour Vous trouverez ci joint 3 proposition de complémentaire santé. Je vous informe que vous pouvez bénéficier d'un mois gratuit. Je suis à votre disposition si vous avez besoin de plus de renseignements. Bonne journée

CHARENTON GUILLAUME

Guillaume CHARENTON GUILLAUME
N° ORIAS : 12069078
31 rue sadi carnot 33140 VILLENAVE D ORNON

Par téléphone : 06 95 88 80 80
Email : guillaume.charenton@gmail.com

Estimation tarifaire réalisée le 25/10/2022 – Document non contractuel. Cette estimation tarifaire est sans engagement et ne constitue pas le contrat d'assurance.
Les tarifs sont calculés à titre indicatif, sous conditions d'acceptation par APRIL Santé Prévoyance.

Personne à assurer

LC

Mme Christianne LAMARRE

Née le 08/10/1943 (79 ans)
Régime obligatoire : Sécurité Sociale
Domicilié à BOULIAC (33270)
E-mail: lamarre.christiane@bbox.fr

Les offres proposées

	APRIL Santé Mix	Complémentaire Santé GAN	APRIL Tranquillité Santé
Date d'effet	01 novembre 2022 (1)	01 novembre 2022 (1)	01 novembre 2022 (1)
Niveau de garantie	Hospit : 02 - FDS : 03	Niveau 1	Niveau 3
Cotisation mensuelle	**118,38** € TTC / mois (2)	**119,46** € TTC / mois (3)	**125,28** € TTC / mois (4)
Cotisation annuelle	**1420,56** € TTC / an (2) **Promotion APRIL Folies : 1 mois offert** (6)	**1433,52** € TTC / an (3) **Promotion APRIL Folies : 1 mois offert** (7)	**1503,36** € TTC / an (4) **Promotion APRIL Folies : 1 mois offert** (8)
	Garanties principales (voir (9) à la fin de la Présentation des garanties)		
Hospitalisation	125 %	150 %	150 %
Consultation	150 %	150 %	150 %
Dentaire	200 %	230 %	150 %
Optique	275 €	300 €	200 €
Aides auditives	100 %	100 %	100 %
Médecines naturelles	60 €	80 €	60 €

Un lexique est disponible en fin de document pour une meilleure compréhension.

Estimation tarifaire valable 30 jours.
Ces montants s'étendent :

- Hors frais de dossier (5) (**20,00€**)
- Hors cotisation à l'Association des Assurés APRIL (0,80 €/mois) le cas échéant. Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL.
- Hors cotisation à l'Association Européenne d'Epargne, de retraite et de Prévoyance (0,45 €/mois) le cas échéant. Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association Européenne d'Epargne, de retraite et de Prévoyance

Présentation des garanties

	APRIL Santé Mix Hospit : 02 - FDS : 03	Complémentaire Santé GAN Niveau 1	APRIL Tranquillité Santé Niveau 3
FRAIS HOSPITALIERS EN SECTEUR CONVENTIONNÉ			
Séjours en Médecine Chirurgie, Hospitalisation à domicile et Maternité			
Frais de séjour	Frais réels	150 %	Frais réels
Forfait Journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux (médecins DPTAM)	125 %	150 %	150 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux (médecins non DPTAM)	100 %	130 %	125 %
Chambre particulière	40 € / jour	15 € /jour dans la limite de 45 jours après les 3 premiers mois d'adhésion	50 € /jour
Frais d'accompagnement	20 € / jour	15 € /jour dans la limite de 30 jours après les 3 premiers mois d'adhésion	15 € /jour
Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés			
Frais de séjour	Frais réels	150 %	Frais réels
Forfait Journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires et frais médicaux	100 %	150 % (Médecins DPTAM) / 130% (Médecins Non DPTAM)	100 %
Chambre particulière	40 € /jour dans la limite de 30 jours	15 € /jour dans la limite de 15 jours après les 3 premiers mois d'adhésion	50 € /jour dans la limite de 30 jours
Frais d'accompagnement	Non	15 € /jour dans la limite de 30 jours après les 3 premiers mois d'adhésion	Non
Séjours en psychiatrie			
Honoraires et frais médicaux	100 %	150 % (Médecins DPTAM) / 130% (Médecins Non DPTAM)	100 %
Frais de séjour	Frais réels	150 %	Frais réels
Forfait Journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels

Présentation des garanties

	APRIL Santé Mix Hospit : 02 - FDS : 03	Complémentaire Santé GAN Niveau 1	APRIL Tranquillité Santé Niveau 3
FRAIS HOSPITALIERS EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ			
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 %	150 % (Médecins DPTAM) / 130% (Médecins Non DPTAM)	100 %
Frais de séjour	100 %	150 %	100 %
Forfait journalier hospitalier et participation forfaitaire	100 %	Frais réels	100 %
Chambre particulière	Non	15 € /jour dans la limite de 45 jours en Hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité, à domicile ou de jour et dans la limite de 15 jours en Hospitalisation en soins de suite, de réadaptation, de rééducation ou psychiatrie, après les 3 premiers mois d'adhésion	Non
Frais d'accompagnement	Non	15 € /jour dans la limite de 30 jours après les 3 premiers mois d'adhésion	Non
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux DPTAM : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	150 %	150 %	150 %
Honoraires médicaux DPTAM : actes techniques (y compris en soins externes et à domicile)	150 %	150 %	150 %
Honoraires médicaux DPTAM : imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	150 %	150 %	150 %
Honoraires médicaux NON DPTAM : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	125 %	130 %	125 %
Honoraires médicaux NON DPTAM : actes techniques (y compris en soins externes et à domicile)	125 %	130 %	125 %
Honoraires médicaux NON DPTAM : imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	125 %	130 %	125 %

Présentation des garanties

	APRIL Santé Mix Hospit : 02 - FDS : 03	Complémentaire Santé GAN Niveau 1	APRIL Tranquillité Santé Niveau 3
SOINS COURANTS			
Honoraires paramédicaux (y compris soins externes et à domicile)	125 %	130 %	150 %
Forfait Patient Urgences et actes lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	125 %	150 %	150 %
Analyses et examens de laboratoire (y compris soins externes et à domicile)	125 %	130 %	150 %
Transport	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés à 65% par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Autres médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Non	20 € (par année d'adhésion et par bénéficiaire, délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion)	Non
Psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire	100 % (Dispositif "MonPsy", dans la limite de 8 séances par an et par assuré)	100 % (Dispositif "MonPsy", dans la limite de 8 séances par an et par assuré)	100 % (Dispositif "MonPsy", dans la limite de 8 séances par an et par assuré)

Présentation des garanties

	APRIL Santé Mix Hospit : 02 - FDS : 03	Complémentaire Santé GAN Niveau 1	APRIL Tranquillité Santé Niveau 3
DENTAIRE			
Soins remboursés par la Sécurité sociale	150 %	100 % (150 % pour Inlays-onlays)	125 %
Soins et prothèses "100% Santé" remboursés par la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prothèses "Offre Modérée" et "Offre Libre" remboursées par la Sécurité sociale	200 %	230 % (limité à 100% les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré)	150 % en 1ère et 2ème année d'adhésion 200% à compter de la 3ème année d'adhésion
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	150 % (limité à 100% les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré)	100 %
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	Non	330 € , soit 150 € pour les prothèses dentaires / 100 € en implantologie / 80 € en parodontologie (forfaits par année d'adhésion et par bénéficiaire, délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion)	100 € en 1ère et 2ème année d'adhésion 150€ à compter de la 3ème année d'adhésion (prothèses, implantologie et parodontologie)
Remboursement APRIL plafonné à : (Hors soins et prothèses "100% Santé" remboursés par la Sécurité sociale)	Aucun plafond	1000 € /an /assuré (Au-delà : 100%)	Aucun plafond
OPTIQUE (10) (voir à la fin de la Présentation des garanties)			
Equipement "100% Santé" Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Equipement "Offre libre" Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	150 € en 1ère et 2ème année d'adhésion 200 € à compter de la 3ème année d'adhésion 250 € à compter de la 5ème année d'adhésion.	200 € (limité à 100% les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré)	150 € en 1ère et 2ème année d'adhésion 250 € à compter de la 3ème année d'adhésion
Equipement "Offre libre" Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	150 € en 1ère et 2ème année d'adhésion 200 € à compter de la 3ème année d'adhésion 250 € à compter de la 5ème année d'adhésion.	200 € (limité à 100% les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré)	200 € en 1ère et 2ème année d'adhésion 300 € à compter de la 3ème année d'adhésion

Présentation des garanties

	APRIL Santé Mix Hospit : 02 - FDS : 03	Complémentaire Santé GAN Niveau 1	APRIL Tranquillité Santé Niveau 3
OPTIQUE (10) (voir à la fin de la Présentation des garanties)			
Equipement "Offre libre" Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)	275 € en 1ère et 2ème année d'adhésion 325 € à compter de la 3ème année d'adhésion 375€ à compter de la 5ème année d'adhésion.	300 € (limité à 100% les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré)	200 € en 1ère et 2ème année d'adhésion 300 € à compter de la 3ème année d'adhésion
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	50 % des frais réels	100 %	50 % des frais réels
Equipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100 % Lentilles acceptées : 100% + 70 € Lentilles refusées : 100 €	100 % + 50 € par an et par bénéficiaire, au-delà de ce plafond, les lentilles prises en charge par le RO sont à 100%, pour les équipements prescrits remboursés par la Sécurité sociale et délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion pour les équipements non remboursés par la Sécurité sociale	100 % +125 € / an
Forfait chirurgie réfractive de l'œil non prise en charge par la Sécurité sociale	150 €	175 € (toutes corrections) Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion par œil (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	Non
Forfait vision (Glaucome, DLMA, cataracte, implant oculaire, hypermétropie, astigmatie, presbytie, chirurgie réfractive)	Non (pour les actes chirurgicaux, voir la ligne correspondante dans les garanties Hospitalisation)	175 € (myopie et presbytie uniquement) Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion par œil (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	Non (pour les actes chirurgicaux, voir la ligne correspondante dans les garanties Hospitalisation)
Accessoires optiques (loupes, lunettes loupes)	Non	Non	Non
Implant occulaire	Pris en charge dans le forfait "Chirurgie réfractive de l'œil"	175 € par œil (par année d'adhésion et par bénéficiaire) Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion	Non

Présentation des garanties

	APRIL Santé Mix Hospit : 02 - FDS : 03	Complémentaire Santé GAN Niveau 1	APRIL Tranquillité Santé Niveau 3
AIDES AUDITIVES			
Aides auditives à compter du 01/01/2021 (Une prise en charge tous les quatre ans, à compter de la dernière acquisition)			
Équipements "100% Santé" Classe I	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Equipements "Offre libre" Classe II dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Accessoires	100 %	100 %	100 %
CONFORT ET PREVENTION			
Médecines Naturelles	60 € /an en 1ère et 2ème année d'adhésion 90 €/an à compter de la 3ème année d'adhésion 120 €/an à compter de la 5ème année d'adhésion. (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute (par an et par assuré))	80 € soit 20€ par séance dans la limite de 4 séances par année d'adhésion et par bénéficiaire (ostéopathe, chiropracteur, diététicien, acupuncteur et psychologue) Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion	60 € /an /assuré : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute
Soins cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	Non	100 %	Non
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	Non	100 €	Non
Forfait confort extra hospitalier (frais TV /Téléphone)	25 € (par an par assuré)	Non	Non
Forfait de naissance ou d'adoption	Non	Non	Non
Fauteuil roulant	125 %	150 %	150 %
Sevrage tabagique (gomme, patchs et traitement prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale) et vaccins et traitements anti-paludéens prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	Compris dans les Modules Renfort	30 € (par année d'adhésion et par bénéficiaire, délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion pour les vaccins et traitements anti-paludéens)	Non

Présentation des garanties

	APRIL Santé Mix Hospit : 02 - FDS : 03	Complémentaire Santé GAN Niveau 1	APRIL Tranquillité Santé Niveau 3
AUTRES PRESTATIONS			
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 %	100 %	100 %
CONTRAT RESPONSABLE			
La garantie proposée est responsable	Oui (11)	Oui (11)	Oui (11)
ASSUREUR			
Produits gérés par :	APRIL	APRIL	APRIL
Produits assurés par :	AXERIA Prévoyance (12)	GROUPAMA GAN VIE (12)	QUATREM (12)

Comprendre votre contrat de complémentaire santé

Les remboursements de la Sécurité sociale

La base de remboursement de la Sécurité sociale (ou BRSS)

La Sécurité sociale définit un tarif pour chaque prestation qu'elle prend en charge : actes médicaux, services, les médicaments ou produits. C'est sur ce montant (BRSS) qu'elle se base pour vous rembourser.

Par exemple, la Sécurité sociale a fixé le tarif d'une consultation chez un médecin généraliste à 25€.

La franchise et la participation forfaitaire

Une franchise médicale et une participation forfaitaire sont appliquées par la Sécurité sociale. Ces montants sont à votre charge.

Le ticket modérateur correspond au montant des dépenses de santé (hors franchise médicale et participation forfaitaire) restant à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale. Votre complémentaire santé peut le prendre en charge en partie ou en totalité.

La franchise est de :

- **0,50 €** par boîte de médicament
- **0,50 €** par acte paramédical
- **2 €** par transport sanitaire

La participation forfaitaire est de : 1€/ consultation, acte technique ou analyse biologique

Le remboursement effectif de la Sécurité sociale

Pour chaque prestation, **la Sécurité sociale ne prend en charge qu'un pourcentage** de la BRSS fixé en fonction de chaque prestation.

Toujours chez notre médecin généraliste, la Sécurité sociale rembourse 70% du prix défini comme BRSS, soit 70% x 25 € - 1 € (participation forfaitaire) = 16,50 €

Estimation tarifaire réalisée le 25/10/2022 – Document non contractuel. Cette estimation tarifaire est sans engagement et ne constitue pas le contrat d'assurance.
Les tarifs sont calculés à titre indicatif, sous conditions d'acceptation par APRIL Santé Prévoyance.

Comprendre votre contrat de complémentaire santé

Comprendre les remboursements de votre complémentaire santé

Les types de remboursement

Les remboursements peuvent intervenir

En complément de la Sécurité sociale
Lorsque la Sécurité sociale prend en charge une partie du remboursement, votre complémentaire santé intervient sur le ticket modérateur.

Lorsque les frais ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale
Ces garanties ne sont pas systématiques. Il vous appartient de vérifier si votre complémentaire santé les prend en charge, dans les Conditions Générales et le tableau de garanties.

Les modes de calcul

En % de la BRSS
Le % de garantie indiqué dans votre tableau de garanties est appliqué sur la BRSS déterminée par la Sécurité sociale pour calculer le montant de votre remboursement.

En forfait
Quand une garantie est exprimée en Euros, il s'agit du montant maximum pris en charge ne comprenant pas les remboursements effectués par la Sécurité sociale.

Les plafonds de remboursement

Que la garantie soit exprimée en % de la BRSS ou en forfait, le remboursement sera toujours effectué dans limite de la dépense réellement engagée.

Par exemple : si votre contrat propose une garantie de 150% de la BRSS dans le cadre d'une visite chez le généraliste, vous serez remboursé au maximum **par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé 25 € x 150 % - 1 € (participation forfaitaire) = 36,50 €, dans la limite de la dépense engagée. Vous aurez un reste à charge de 1 €.**

Si votre consultation est facturée 40 €, vous recevrez : 16,50 € de la Sécurité sociale (-1 € de franchise) + 21 euros de votre complémentaire santé.
Vous aurez un reste à charge de 3,50 €.

Si votre consultation est facturée 80 €, vous recevrez : 16,50 € de la Sécurité sociale (-1 € de franchise) + 21 euros de votre complémentaire santé.
Vous aurez un reste à charge de 43,50 €.

Comprendre votre contrat de complémentaire santé

Secteurs conventionnels et tarifs pratiqués en médecine

Qu'est ce que les secteurs conventionnels ?

La convention médicale permet aux médecins d'exercer sous 3 secteurs différents. **Chaque secteur possède sa propre tarification.**

Astuce : pour identifier le secteur de votre praticien, vous pouvez consulter l'annuaire santé de la Sécurité sociale sur ameli.fr .

Secteur 1 : Conventionné

Les médecins de secteur 1 appliquent les tarifs fixés par la Sécurité sociale, c'est à dire ceux retenus comme BRSS. Aucun dépassement d'honoraires n'est pratiqué, sauf cas exceptionnel.

Secteur 2 : Conventionné à honoraires libres

Les médecins de secteur 2 peuvent faire varier le prix de leur consultation mais dans des limites modérées.

Si votre médecin adhère à un dispositif de pratique tarifaire (OPTAM ou OPTAM- Co), il peut avoir recours à des dépassements d'honoraires mais de manière contrôlée. En contrepartie de cet engagement de votre médecin, la BRSS utilisée pour calculer vos remboursements est plus élevée.

Secteur 3 : Non conventionné

Les médecins du secteur 3 pratiquent des honoraires totalement libres.

Pour les frais de soins pratiqués par les médecins de secteur 3, la BRSS utilisée par la Sécurité sociale est nettement inférieure à celle utiliser pour les secteurs conventionnés. Vos remboursements seront donc moins importants.

Exemple : pour une consultation de médecine générale, la BRSS est de :

- **0,61 €** en secteur 3
- **25 €** pour les secteurs 1 et 2 hors OPTAM/OPTAM-Co
- **23 €** pour le secteur 2 adhérent à l'OPTAM/OPTAM-Co

Comprendre votre contrat de complémentaire santé

Optique : y voir plus clair dans vos verres

La nature de votre équipement optique a un impact sur les remboursements de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé.

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 ≤ à +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)*

Mentions légales

(1) Contrat renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année.

(2) Les cotisations APRIL Santé Mix sont calculées sur la base d'informations que vous nous avez fournies et conformément aux tarifs en vigueur valables jusqu'au 31/12/2022, sous réserve de toute évolution législative ou réglementaire. Les cotisations évoluent contractuellement au 1er janvier de chaque année conformément aux conditions générales.

(3) Les cotisations Complémentaire Santé GAN sont calculées sur la base d'informations que vous nous avez fournies et conformément aux tarifs en vigueur valables jusqu'au 31/12/2022, sous réserve de toute évolution législative ou réglementaire. Les cotisations évoluent contractuellement au 1er janvier de chaque année conformément aux conditions générales.

(4) Les cotisations APRIL Tranquillité Santé sont calculées sur la base d'informations que vous nous avez fournies et conformément aux tarifs en vigueur valables jusqu'au 31/12/2022, sous réserve de toute évolution législative ou réglementaire. Les cotisations évoluent contractuellement au 1er janvier de chaque année conformément aux conditions générales.

(5) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

(6) Offre réservée pour toute nouvelle adhésion validée en ligne, et conclue entre le mercredi 19 octobre 2022 et le vendredi 18 novembre 2022 inclus. Valable une seule fois par contrat. Toute demande d'adhésion qui ne sera pas validée en ligne ne bénéficiera pas de la promotion Folies.

(7) Offre réservée pour toute nouvelle adhésion validée en ligne, et conclue entre le mercredi 19 octobre 2022 et le vendredi 18 novembre 2022 inclus. Valable une seule fois par contrat. Toute demande d'adhésion qui ne sera pas validée en ligne ne bénéficiera pas de la promotion Folies.

(8) Offre réservée pour toute nouvelle adhésion validée en ligne, et conclue entre le mercredi 19 octobre 2022 et le vendredi 18 novembre 2022 inclus. Valable une seule fois par contrat. Toute demande d'adhésion qui ne sera pas validée en ligne ne bénéficiera pas de la promotion Folies.

(9) Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille.
Les prestations en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale sont exprimées sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire. Les forfaits en Euros ne comprennent pas le remboursement de la Sécurité sociale lorsque celle-ci intervient et sont versés dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafond de garanties figurant dans ce tableau ne sont valables qu'une fois par bénéficiaire et par année d'adhésion (hors garantie équipement optique des contrats et niveaux responsables, hors prothèse auditive). Ils ne peuvent donc pas être reportés d'une année sur l'autre.

(10) S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limitées 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 mentionnées 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.

(11) Cette garantie est responsable : les niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». La participation forfaitaire et les franchises médicales appliquées par la Sécurité sociale ne seront pas prises en charge par ce contrat.
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

(12) April Santé Prévoyance vous informe des ratios du ou des organisme(s) assureur(s) : AXERIA Prévoyance / GROUPAMA GAN VIE / QUATREM

Assureur	Ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties. Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.	Ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties. Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.
AXERIA Prévoyance	78.50 %	28.10 %
GROUPAMA GAN VIE	80.90 %	21.50 %
QUATREM	78.50 %	28.10 %

Protection des données personnelles

Dans le cadre de votre demande d'assurance APRIL Santé Prévoyance collecte et traite des données personnelles vous concernant en qualité de responsable de traitement (seule ou conjointement avec l'assureur). Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont vous bénéficiez, consultez la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui vous a été fournie lors de votre parcours d'adhésion au contrat d'assurance.