

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Pauline et Luc rêvent d'une complémentaire santé conçue pour toutes les générations !

APRIL et GENERALI leur proposent **Génération Santé GENERALI** une solution santé simple et complète pour eux et leurs proches.

Inclus : une assistance
Dépendance




april
L'assurance en plus facile.

Une complémentaire santé simple et complète

CONTRAT
RESPONSABLE
100% Santé

Génération Santé GENERALI est une offre de complémentaire santé conçue par GENERALI, troisième compagnie d'assurance au monde et référence sur le marché. La gestion du contrat est assurée par APRIL, reconnue sur le marché pour sa qualité de gestion efficace. Avec Génération Santé GENERALI, vous êtes entre de bonnes mains !



GENERALI et APRIL cultivent des valeurs communes. Tous deux œuvrent quotidiennement pour favoriser la qualité de service et contribuer à la satisfaction de leurs clients.

DES GARANTIES QUI COUVRENT LES BESOINS ESSENTIELS

Génération Santé GENERALI est une complémentaire adaptée à vos besoins réguliers en santé. Les 4 niveaux de garantie vous apportent une réponse simple et complète sur les dépenses de soins les plus courantes :

- **Hospitalisation et chambre particulière**
Prise en charge des honoraires chirurgicaux jusqu'à 250 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, et jusqu'à 65 €/ jour pour les frais de chambre particulière.
- **Consultations**
Prise en charge des généralistes et spécialistes jusqu'à 175 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- **Frais Optiques**
Jusqu'à 350 € pour l'équipement optique.
- **Pharmacie complète**
Prise en charge de la pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale jusqu'à 90 € par année d'adhésion et par assuré.
- **Frais dentaires**
Des prothèses dentaires remboursées jusqu'à 250 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- **Forfait maternité**
Prime de naissance allant jusqu'à 200 € pour l'arrivée d'un enfant.
- **Médecines naturelles**
Un forfait allant jusqu'à 90 € par année d'adhésion et par assuré.
- **Cures thermales**
Prise en charge du forfait hébergement et transport jusqu'à 150 € par année d'adhésion et par assuré en complément des soins et honoraires de surveillance.

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 pourront en parallèle proposer d'autres offres avec un tarif libre.



BON À SAVOIR

- Offre simple et sans option
- Ouvert à tous
- Pas de limite d'âge à l'adhésion
- Pas de délai d'attente

Génération Santé GENERALI convient à tous les profils !

ILS ONT CHOISI GÉNÉRATION SANTÉ GENERALI

Gwen, 25 ans, bénéficie d'une prime de naissance à l'arrivée de son bébé.



À partir de
30,75 €
TTC /mois

Tarif 2020/2021 pour une personne de 25 ans habitant à Lille ayant souscrit un Niveau 2 et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

Olivier et Marie ont besoin d'une prise en charge en orthodontie pour leurs deux enfants.



À partir de
143,76 €
TTC /mois

Tarif 2020/2021 pour un couple de 40 ans avec 2 enfants, habitant à Strasbourg ayant souscrit un Niveau 3 et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

Paulette, 65 ans, va bientôt s'équiper de prothèses auditives.



À partir de
60,66 €
TTC /mois

Tarif 2020/2021 pour une personne de 65 ans habitant à Dijon ayant souscrit un Niveau 1 et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

VOS RÉDUCTIONS TARIFAIRES

Selon la composition familiale :

- **-10 %** sur la cotisation TTC dès 2 adultes sur l'ensemble de la cotisation

PROTÉGEZ VOTRE FAMILLE EN SANTÉ ET EN PRÉVOYANCE ET VOUS Y GAGNEREZ !

Jusqu'à 224,64 € d'économies par an⁽¹⁾

Complétez la protection santé de votre famille en souscrivant un contrat de Prévoyance. Vous bénéficierez de **10 % de réduction viagère sur vos deux contrats** en cas d'adhésion simultanée⁽²⁾.

- **Accident APRIL** : protège votre famille contre les accidents de la vie privée et de la circulation.
- **Tempo APRIL** : protège l'avenir de vos proches en cas de décès.
- **Obsèques APRIL** : garantit le versement d'un capital pour le financement de vos obsèques.

Offre réservée pour toute souscription d'un contrat Prévoyance APRIL d'un montant minimum de 180 € TTC/an, hors réduction.

2 contrats
= des économies !



(1) Pour un couple de 40 ans habitant à Strasbourg, avec 2 enfants, ayant souscrit Génération Santé GENERALI Niveau 3 (tarif normal : 143,76 €/mois) et Obsèques APRIL (tarif normal pour un capital souscrit de 4 000 € pour une durée temporaire de 25 ans : 43,41 €/mois) soit une cotisation globale de 187,17 €/mois. En cas de souscription simultanée, la cotisation mensuelle globale sera de 168,45 €/mois grâce aux réductions multi-équipement.

(2) La réduction s'appliquera au moment de la prise d'effet du deuxième contrat et sous réserve que les 2 contrats, santé et prévoyance privée, restent actifs pendant au moins les 6 premiers mois.

Garanties Génération Santé GENERALI

PAS D'AVANCE
DE FRAIS
AVEC LE TIERS
PAYANT

Produit conforme 100 % santé

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et les prestations sont exprimées en % de la base de remboursement du Régime Obligatoire (RO). Elles sont accordées dans la limite des frais réels.

Les montants en euros figurant dans ce tableau représentent des plafonds et intègrent le remboursement éventuel du RO, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.

En l'absence d'indication contraire, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	
HOSPITALISATION					
Frais de séjour en secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	
HONORAIRES					
Soins en secteur conventionné adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	150 %	200 %	250 %	
Soins en secteur conventionné non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	130 %	180 %	200 %	
Soins en secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	
Forfait journalier Hospitalier⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Chambre particulière⁽³⁾	-	45 €/j	55 €/j	65 €/j	
Frais d'accompagnement⁽³⁾	-	15 €/j	15 €/j	15 €/j	
SOINS COURANTS					
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations - Actes techniques médicaux Médecins généralistes, spécialistes, Sages femmes, adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	125 %	150 %	175 %	
Consultations - Actes techniques médicaux Médecins généralistes, spécialistes, Sages femmes, non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	105 %	130 %	150 %	
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	
Radiologie					
adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	
non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	100 %	105 %	130 %	
Transport	100 %	100 %	150 %	150 %	
MATÉRIEL MÉDICAL					
Petit et gros appareillages	100 %	125 %	150 %	175 %	
Fauteuil roulant ⁽⁴⁾ - Limité à un remboursement tous les 2 ans	350 €	400 €	450 €	500 €	
MÉDICAMENTS					
Médicaments remboursés par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	
OPTIQUE^{(5)(6)(e)}					
Équipements de Classe A	Frais réels dans la limite du Prix Limite de Vente en vigueur				
Équipements de Classe B	Équipement avec au moins un verre simple	100 %	125 €	175 €	250 €
	Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	250 €	350 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 %	100 %	100 %	100 %	
Lentilles acceptées ou refusées (y compris lentilles jetables) ⁽⁷⁾	100 %	50 €	75 €	100 €	

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ (*)	Frais réels dans la limite du Prix Limite de Vente en vigueur			
HORS 100 % SANTÉ				
SOINS				
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), Inlays - Onlays et parodontologie remboursés par le RO	100 %	100 %	150 %	150 %
PROTHÈSES				
Prothèses remboursées par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %
Implantologie remboursée par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %
Plafond annuel par bénéficiaire (hors soins)	-	700 € Au-delà 100 %	850 € Au-delà 100 %	1000 € Au-delà 100 %
AIDES AUDITIVES				
HORS 100 % SANTÉ				
Prothèse auditive	100 %	125 %	150 %	175 %
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ à compter du 01/01/2021 (*) (6)				
Dispositifs de « classe I »	Frais Réels dans la limite du Prix Limite de Vente en vigueur			
Dispositifs de « classe II »	100 %	125 %	150 %	175 %
Accessoires	100 %	100 %	100 %	100 %
CURES THERMALES				
Soins et honoraires de surveillance	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait annuel hébergement (hors restauration) et transport par un par bénéficiaire	-	50 €	100 €	150 €
MATERNITÉ				
Forfait naissance (9)	-	100 €	150 €	200 €
MÉDECINES DOUCES ET AUTRES PRESTATIONS				
Médecines naturelles : Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, étiopathe, chiropracteur, sophrologue, podologue, hypnothérapeute.				
Acte d'ostéodensitométrie non remboursé	-	50 €	70 €	90 €
Vaccins non pris en charge par les régimes de base obligatoires				
Pharmacie non remboursée ayant fait l'objet d'une ordonnance (sur présentation de la facture acquittée)				

(*) tels que définis réglementairement :

Le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder, à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, et à partir de 2021, en aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de garanties que vous avez choisi.

- Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées qui prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM, OPTAM-CO) ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire afin de les accompagner dans la réduction des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées est limitée à 100% du tarif opposable et doit obligatoirement être inférieure d'au moins 20% à celle des dépassements d'honoraires des médecins ayant souscrit l'option.
- Prise en charge illimitée du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Le forfait journalier facturé pour les séjours dans des unités de soins de longue durée (USLD), par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge.
- Durée illimitée en médecine, chirurgie et obstétrique. Limitée à 30 jours par an pour les séjours en convalescence, rééducation, réadaptation fonctionnelle (SSR). La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : Psychiatrie, neuropsychiatrie, assimilés, gériatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, et en unités de soins de longue durée (USLD).
- Le forfait «fauteuil roulant» est versé en sus du remboursement éventuel du RO dans la limite des frais réels.
- La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. La période de renouvellement de 2 ans s'apprécie à compter de la date de l'équipement. A partir du 1^{er} janvier 2020 et conformément à la réforme 100% Santé, l'assuré pourra choisir entre un équipement de classe A (offre sans reste à charge avec des prix réglementés) et un équipement de classe B (tarifs libres). Un équipement de classe A comprend les montures d'un prix inférieur ou égal à 30 € et une sélection de verres traitant l'ensemble des troubles visuels ainsi que leur amincissement en fonction du trouble, leur durcissement pour éviter les rayures et leur traitement anti-reflet. Un équipement de classe B comprend une proposition de verres et de montures aux tarifs libres remboursés à hauteur de la garantie avec un plafond de 100 € pour la monture. Le patient a également la possibilité de « panacher » l'équipement optique

qu'il souhaite acquérir, c'est-à-dire de choisir des verres sans reste à charge (classe A) et une monture en dehors du panier 100% Santé (classe B) et inversement. Toutefois, la prise en charge ne pourra pas excéder le montant de la garantie prévue pour un équipement de classe B.

- Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ; Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 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 6,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 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 8,00 dioptries.
- Forfait annuel par an et par bénéficiaire s'ajoutant au remboursement éventuel du RO. Pour la Formule 1, seules les lentilles acceptées sont prises en charge.
- A compter du 1^{er} janvier 2021, les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par votre contrat, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Pour les autres aides auditives (tarif libre) la prise en charge sera limitée à hauteur de la garantie dans la limite maximum de 1 700 € par aide auditive. Ce plafond intègre le remboursement du RO. Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et des prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, adaptation et réglage de l'appareil, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil). En outre, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement.
- Sous réserve de l'inscription de l'enfant sur la police de l'assuré.

Exemples de remboursements

Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Hospitalisation					
Forfait Journalier	Dépense ⁽¹⁾	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursements	Sécurité sociale	0 €	0 €	0 €
	APRIL	20 €	20 €	20 €	20 €
Reste à charge		0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Dépense ⁽²⁾	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursements	Sécurité sociale	271,7 €	271,7 €	271,7 €
	APRIL	0 €	83,3 €	83,30 €	83,30 €
Reste à charge		83 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Dépense ⁽²⁾	431 €	431 €	431 €	431 €
	Remboursements	Sécurité sociale	271,7 €	271,7 €	271,7 €
	APRIL	0 €	81,51 €	159,30 €	159,30 €
Reste à charge		159,30 €	77,79 €	0 €	0 €
Optique					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % Santé)	Dépense ⁽³⁾	125 €	125 €	125 €	125 €
	Remboursements	Sécurité sociale	13,50 €	13,50 €	13,50 €
	APRIL	111,50 €	111,50 €	111,50 €	111,50 €
Reste à charge		0 €	0 €	0 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Dépense ⁽³⁾	345 €	345 €	345 €	345 €
	Remboursements	Sécurité sociale	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	APRIL	0,09 €	125 €	175 €	250 €
Reste à charge		344,82 €	219,91 €	169,91 €	94,91 €
Dentaire					
Détartrage	Dépense ⁽⁴⁾	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	Remboursements	Sécurité sociale	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	APRIL	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
Reste à charge		0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100 % Santé)	Dépense ⁽⁵⁾	500 €	500 €	500 €	500 €
	Remboursements	Sécurité sociale	84 €	84 €	84 €
	APRIL	416 €	416 €	416 €	416 €
Reste à charge		0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	Dépense ⁽²⁾	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	Remboursements	Sécurité sociale	84 €	84 €	84 €
	APRIL	36 €	96 €	156 €	216 €
Reste à charge		418,70 €	358,70 €	298,70 €	238,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	Dépense ⁽²⁾	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	Remboursements	Sécurité sociale	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	APRIL	32,25 €	86 €	139,75 €	193,50 €
Reste à charge		431,20 €	377,45 €	323,70 €	269,95 €

(1) Tarif réglementaire

(2) Prix moyen national de l'acte

(3) Prix limite de vente

(4) Tarif conventionnel

(5) Honoraires limite de facturation

Exemples de remboursements

Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	
Aides auditives						
Aides auditives de classe I par oreille (à compter du 01/01/2021)	Dépense ⁽³⁾	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	210 €	210 €	210 €	210 €
		APRIL	890 €	890 €	890 €	890 €
	Reste à charge	0 €	0 €	0 €	0 €	
Aide auditive de classe II par oreille (à compter du 01/01/2020)*	Dépense ⁽²⁾	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	210 €	210 €	210 €	210 €
		APRIL	140 €	227,50 €	315 €	402,50 €
	Reste à charge	1126 €	1038,50 €	951 €	863,50 €	
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Dépense ⁽⁴⁾	25 €	25 €	25 €	25 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
		APRIL	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	Reste à charge	1 €	1 €	1 €	1 €	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Dépense ⁽⁴⁾	30 €	30 €	30 €	30 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	20 €	20 €	20 €	20 €
		APRIL	9 €	9 €	9 €	9 €
	Reste à charge	1 €	1 €	1 €	1 €	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Dépense ⁽²⁾	44 €	44 €	44 €	44 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	16,5 €	16,5 €	16,5 €	16,5 €
		APRIL	7,50 €	11,85 €	17,60 €	23,35 €
	Reste à charge	20 €	15,65 €	9,90 €	4,15 €	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAMCO)	Dépense ⁽²⁾	56 €	56 €	56 €	56 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
		APRIL	6,90 €	8,05 €	13,80 €	18,40 €
	Reste à charge	34 €	32,85 €	27,10 €	22,50 €	

(1) Tarif réglementaire
(2) Prix moyen national de l'acte
(3) Prix limite de vente

(4) Tarif conventionnel
(5) Honoraire limite de facturation

* Le remboursement du dépassement d'honoraires est calculé sur la base de remboursement fixé à 23 €. En effet, la majoration de 2 € n'inclut pas de dépassement d'honoraires.

Comprendre 1€ de reste à charge

Franchises médicales et participation forfaitaire appliquées au 01/01/20 par la Sécurité sociale et non remboursées par votre contrat :

- 1 € / consultation, acte technique et analyse biologique
- 0,50 € / boîte de médicaments, et par acte paramédical
- 2 € / transport sanitaire

Qu'est-ce que le DPTAM ?

Le DPTAM est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale.

Vous êtes aidant ou aidé, la Garantie Entraide vous accompagne au quotidien

NOUVEAU

En France, 11 millions de personnes prennent soin d'un proche en état de dépendance. Ce statut d'Aidant est peu reconnu alors qu'il demande un investissement personnel à tout point de vue : financier, psychologique, professionnel entraînant des effets sur la santé et l'organisation de la vie de l'Aidant. Pour répondre à ces problématiques, APRIL et GENERALI propose des services d'assistance spécifiques.

LA DÉPENDANCE EN FRANCE

En 2030, **1 actif sur 4** sera aidant.

Aujourd'hui, cela représente :

Un public féminin avant tout :

58 %

des aidants sont des femmes

Des difficultés d'ordre professionnel
et privé :

44 %

des aidants ont des difficultés à concilier
ce rôle avec leur vie professionnelle

Des coûts :

66 %

des aidants déclarent dépenser en
moyenne 2049 € par an en frais de
transport, aménagement du domicile, aide à
domicile, frais de santé, etc.

Une majorité d'aidés à domicile :

67 %

des personnes aidées préfèrent rester
à leur domicile



Sources : Baromètre BVA APRIL 2018, l'INSEE 2019 et Baromètre 2017 de la Carac

Des services étudiés pour les aidants et les aidés

Tout adhérent de Génération Santé GENERALI, contrat souscrit par l'Association GPMA (Groupeement de Prévoyance Maladie Accident), devient automatiquement membre de l'Association. Il accède ainsi à la « Garantie Entraide » qui propose un panel de services à la personne aidée comme à la personne aidant.



POUR L'AIDÉ

L'accompagnement dans les démarches pour mettre en place la venue de :

- **Une aide-ménagère** dès l'entrée en dépendance de l'aidé et pendant les six premiers mois.
- **Une auxiliaire de vie** qui assiste l'aidé dans les actes essentiels du quotidien et dans ses activités pendant les six premiers mois.
- **Une écoute conviviale :** les aidés peuvent dialoguer avec un réseau spécialiste de l'écoute conviviale, s'ils se sentent seuls ou ont besoin d'être rassurés.

POUR L'AIDANT

- **Un service de soutien psychologique** par téléphone est disponible 24h/24, 7J/7 toute l'année pour l'aidant qui aurait besoin de confier ses difficultés à vivre sa situation d'aidant.
- **La mise en relation avec une assistante sociale** afin d'accompagner et d'informer l'aidant dans les démarches administratives à suivre. Elle oriente également dans la solution à privilégier à savoir le maintien à domicile ou l'accueil en établissement de l'aidé.
- **Une garantie annulation Voyage – Spectacle :** si l'aidant est contraint d'annuler un séjour touristique ou professionnel ou bien sa présence à un événement culturel ou sportif en raison d'une hospitalisation imprévue de l'aidé ou d'une aggravation de son état de santé, les frais d'annulation sont pris en charge.
- **Le transport aller/retour** d'une personne de confiance auprès de l'aidé, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant de plus de 3 jours.
- **Une garantie Interruption de séjour :** si l'aidant est contraint d'interrompre sa présence à un séjour touristique ou professionnel en raison d'une hospitalisation imprévue de l'aidé ou d'une aggravation de son état de santé, les frais de séjour sont pris en charge.
- **Le retour anticipé de l'aidant auprès de l'aidé :** si l'aidant est en déplacement en France ou à l'étranger et qu'il doit se rendre au chevet de l'aidé, hospitalisé de manière imprévue, son retour est pris en charge. De même, si l'aidé décède soudainement pendant que l'aidant est en déplacement.

POUR L'AIDANT ET L'AIDÉ

- **La mise à disposition d'une plateforme de gestion de travaux**, si l'aidant souhaite réaliser chez lui des travaux d'aménagement pour accueillir l'aidé ou si l'aidé a besoin d'aménager son domicile pour continuer d'y vivre sereinement. Ce service organise la mise en relation entre le bénéficiaire et les artisans, sélectionnés sur des critères rigoureux de délais, de qualité et de prix.

SERVICES
INCLUS AU
CONTRAT

Pour tout
renseignement,
contactez le
01 41 85 81 73
24h/24, 7J/7

Des avantages inclus dans votre contrat

APRIL vous propose des services pratiques et a négocié pour vous des réductions exclusives⁽¹⁾.

VOS RÉDUCTIONS SANTÉ

Après de nos partenaires opticiens :



Sur les verres progressifs :

- Des verres progressifs avec un tarif négocié et encadré à partir de **288 €**⁽²⁾
- Jusqu'à **15%** de réduction sur les montures

Après de
2 500
partenaires

Pour tous les types de verres :

- Jusqu'à **-20%** sur les verres unifocaux⁽³⁾
- Jusqu'à **-10%** sur les montures⁽³⁾



Après d'audioprothésistes partenaires :



- **Bilan auditif et essai gratuits**⁽²⁾ d'une solution auditive adaptée
- Jusqu'à **-15%** de réduction permanente sur le forfait « appareillage auditif »⁽²⁾
- **-10%** de réduction permanente sur les accessoires auditifs (casques TV, téléphones, protections auditives...)

(1) Les réductions auprès de nos partenaires sont valables uniquement en France Métropolitaine (hors Caraïbes, Réunion et Mayotte).

(2) Pour 2 verres ou 144 € le verre voir conditions sur votre Espace Assuré.

(3) Selon grille disponible dans tous les magasins partenaires : Optic 2000, Krys, Lynx Optique et Vision Plus.

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

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 nos services.

RÉALISEZ VOS DEMANDES

- Déposez vos demandes de remboursements
- Demandez un devis optique, dentaire ou une prise en charge hospitalisation
- Visualisez vos remboursements en temps réel
- Réalisez des simulations de remboursements
- Posez toute question concernant votre contrat
- Informez APRIL de tout changement de situation

ACCÉDEZ ET RÉÉDITEZ VOS DOCUMENTS

- Votre carte de Tiers-Payant
- Votre certificat d'adhésion
- Vos conditions générales
- Vos relevés de prestations
- Votre résumé de garanties
- Votre appel de cotisations, etc.

MODIFIEZ VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

- Votre Relevé d'Identité Bancaire
- Votre email
- Votre adresse
- Votre numéro de téléphone

Une gestion de qualité avec APRIL



Depuis sa création, APRIL cherche à changer l'image de l'assurance, en offrant à ses clients et partenaires une très grande qualité de service, par une relation simple et conviviale et par une gestion de qualité.



OBJECTIFS QUALITÉ

- Des conseillers disponibles
- Délai de gestion réactif
- Fiabilité de gestion
- Fiabilité des réponses apportées



90%⁽¹⁾

DES CLIENTS SONT SATISFAITS
D'APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE

(1) Baromètre annuel de satisfaction réalisé par INIT auprès de 1 550 clients par téléphone de mars à avril 2019 (cumul des clients se déclarant très et assez satisfaits).



DES CONSEILLERS DISPONIBLES

- Lors de votre adhésion, vous bénéficiez d'un accompagnement personnalisé dans le recueil de votre état de santé, avec la Téléselection médicale.
- Nos conseillers vous répondent 6j/7 de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 9h à 12h le samedi.



UN TRAITEMENT EFFICACE DE VOS DEMANDES

- Gagnez du temps avec l'adhésion 100% en ligne.



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 ?

La qualité de nos services est au cœur de nos engagements, mais toutefois si vous êtes mécontent des services fournis par notre société, vous pouvez vous adresser **en premier lieu à votre conseiller habituel** :

- par téléphone au 09 74 50 20 20,
- ou par mail à reclamations@april.com,
- ou par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 114 Bd Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03,
- ou depuis le formulaire « insatisfaction » depuis votre Espace Assuré.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser en second lieu votre demande à notre Service Réclamations :

- par mail : reclamations@april.com,
- ou par courrier : Service Réclamations APRIL Santé Prévoyance - 114 Bd Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

Sous 10 jours ouvrables, nous nous engageons à vous apporter une réponse ou, si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de ce délai, à vous communiquer le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder 2 mois.

Si le désaccord persiste, vous pouvez faire appel au Médiateur compétent :

- Toute demande de médiation doit avoir été précédée

d'une réclamation écrite auprès de nos services. Si la réponse apportée ne vous satisfait pas ou si vous n'avez pas obtenu de réponse depuis plus de deux mois, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance.

- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche ne vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si vous le souhaitez
- Le médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.

Vous pouvez 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 vous avez adhéré à la Convention à distance par Internet, vous pouvez 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/>.

Nous vous conseillons de toujours vous adresser au préalable à notre Service Réclamations qui vous orientera au mieux et pourra vous fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

APRIL, L'assurance en plus facile

Créé en 1988, APRIL est un groupe international de services en assurance implanté dans 22 pays, dont l'ambition est de proposer à ses clients une expérience de l'assurance plus facile et plus accessible.

Plus de 3 000 collaborateurs conçoivent, distribuent et gèrent des solutions spécialisées d'assurance autour de cinq marchés d'expertise (emprunteur, santé internationale, Pros/TPE, santé et prévoyance locales, dommage de niches) pour ses partenaires et clients - particuliers, professionnels et entreprises. Le groupe a réalisé en 2019 un chiffre d'affaires de 1 017,3 millions d'euros.

POUR PLUS D'INFORMATIONS,
CONTACTEZ VOTRE ASSUREUR-CONSEIL

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03

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 - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Produit conçu par GENERALI, géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par L'Equité - SA au capital de 26 469 320 €. Entreprise régie par le Code des assurances - B 572 084 697 RCS Paris - Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

