CONFORME 100 % SANTÉ

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

APRIL Santé Zen

Une complémentaire santé avec de larges garanties, qui assure une protection sans tracas

Le + APRIL

Réseau de soins Kalixia
19 000
professionnels de santé

Points forts

- **Des tarifs attractifs** pour les 45 - 60 ans
- **Une solution personnalisable grâce à 6 niveaux responsables et 100 % Santé**
- **Un renfort Bien-Être conditionné** au niveau du socle permettant de compléter le produit à ses besoins
- **Le tiers payant pour éviter l'avance de frais**
- **Bénéficiez de tarifs préférentiels avec Kalixia**, un réseau de soins complet en optique, audiologie, dentaire et ostéopathie

CIBLES ET GARANTIES RESPONSABLES	
Cibles	**Cible :** 35 - 65 ans **Cœur de cible :** 45 - 60 ans
Garanties	**6 niveaux responsables au choix , de l'entrée de gamme au haut de gamme** **Un renfort Bien-Être** conditionné au choix du niveau du socle : chambre particulière, frais accompagnant, médecines naturelles, médicaments prescrits non remboursés, autres frais dentaires non remboursés, forfait supplémentaire sur les verres "Offre libre" Classe B, aides auditives
CONDITIONS	
Tarifs	**Tarif âge à l'adhésion** **Réduction couple : -10 % pour une adhésion simultanée de 2 adultes** **Réduction Alsace-Moselle sur le socle** Ce produit n'est pas éligible à la réduction – 10 % en cas de multi-équipement.
Limite d'âge à l'adhésion	**Pas de limite d'âge à l'adhésion**
Limitation des garanties et délai d'attente	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, médicaments 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 garanties 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. Passé ce délai des trois (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit. Les limitations et délais d'attentes sont applicables sur le socle et le renfort
Territorialité	**France métropolitaine (Corse incluse), DROM (hors Mayotte), Saint-Martin et Saint-Barthélemy**
Commissionnement	**30/10 ou 15/15**
Services inclus au contrat	**Téléconsultation :** des médecins généralistes et spécialistes accessibles 7J/7.
Soutiens de l'Association des Assurés APRIL	Tout adhérent d'APRIL Santé Zen, **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 capitaux et de financement du terrorisme.

Garanties APRIL Santé Zen

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* de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du *Régime Obligatoire*, et 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*. 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*.

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, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) ainsi que les équipements optiques de classe B (Offre libre) 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 garanties prises en charge dans le Renfort Bien-Être 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*. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garantie souscrit.

SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS
BR : *Base de remboursement* retenue par le régime obligatoire de protection sociale, telle que définie à l'article 2.
DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée tels que définis à l'article 2 qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée -Anesthésie - Chirurgie et Obstétrique).
FR : Frais réellement engagés par l'adhérent ou ayant droit assuré sous déduction du remboursement du régime obligatoire de protection sociale.
HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de Vente
RO : Régime obligatoire de protection sociale.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNE*							
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, *HOSPITALISATION* À DOMICILE ET MATERNITÉ							
Frais de séjour		Frais réels					
Forfait Journalier Hospitalier		Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM [1]	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
	Médecins non DPTAM [1]	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
				Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
SÉJOURS EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE							
Frais de séjour		Frais réels					
Forfait Journalier Hospitalier		Frais réels					
Honoraires et frais médicaux		100 % BR					
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM [1]	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
	Médecins non DPTAM [1]	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
				Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM [1]	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
				Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
	Médecins non DPTAM [1]	100 % BR					
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR					
Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds		Frais réels					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %		100 % BR					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %		100 % BR					
Transport		100 % BR					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires hors « 100% Santé », petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique		100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Prothèses Capillaires « 100% Santé » [2]		Frais réels					
Location courte durée d'un Véhicule pour Personne en situation de Handicap « 100% Santé » [2]		Frais réels					
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale [3]		100 % BR					
DENTAIRE							
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Soins et prothèses dentaires « *100 % Santé* » remboursés par la Sécurité sociale [4]		Frais réels					
Prothèses « Offre Modérée » [4] et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
				Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
DENTAIRE						
Plafond prothèses « Offre Modérée » [4] et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale [4] Hors soins et prothèses « *100 % Santé* » remboursés par la Sécurité sociale	–	–	1 500 € au-delà 100 % BR"	2000 € au-delà 100 % BR	*2 500 € au-delà 100 % BR*	*2 500 € au-delà 100 % BR*
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
OPTIQUE						
La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. Le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans sur les niveaux responsables à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou en cas de souscription du niveau Access non responsable. 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.						
Équipement « *100 % Santé* » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle [5]	Frais réels					
Équipement 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.					
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)		125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)		200 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Pour les équipements « Offre libre » Classe B	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100 % BR	50 % des frais réels				
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale par *Année d'Adhésion*	100 % BR	100 % BR + 35 €	100 % BR + 70 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 170 €	100 % BR + 200 €
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Lentilles refusées par la Sécurité sociale par *Année d'Adhésion*	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Chirurgie réfractive et traitement de l'oeil au laser par *Année d'Adhésion* et par œil	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
AIDES AUDITIVES						
Aides auditives [7] **(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 [7]	Frais réels					
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille [8]	100 % BR					
Accessoires	100 % BR					
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN						
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR					

BR : Base de remboursement

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

(2) 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.

(3) Prise en charge selon les limitations prévues par le dispositif «Mon Soutien Psy».

(4) 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.

(5) Tels que définis réglementairement. Les frais optiques 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 prix limites de vente prévues pour ce type d'actes en application du décret n ° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(6) S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A « 100 % Santé » ou Classe B « Offre Libre » composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.

(7) 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 équipement 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. 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.

(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.

Renfort Bien-Être	Formule 1		Formule 2	Formule 3
	Pour Niveau 1	Pour Niveau 2	Pour Niveau 3 ou 4	Pour Niveau 5 ou 6
Chambre particulière en secteur conventionné – par jour et par assuré – **dans la limite de 30 jours** pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, séjours en soins médicaux et de réadaptation. **Hors hospitalisation psychiatrique**	50 €	50 €	80 €	110 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) en secteur conventionné– par jour – **dans la limite de 30 jours** pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, séjours en soins médicaux et de réadaptation. **Hors hospitalisation psychiatrique**	25 €	25 €	35 €	50 €
Forfait médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute – par année d'adhésion et par assuré	100 €	100 €	125 €	150 €
Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale – par année d'adhésion et par assuré	50 €	50 €	60 €	70 €
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie (sauf esthétique) – par année d'adhésion et par assuré	50 €	50 €	100 €	150 €
Renfort optique : forfait supplémentaire sur les verres « Offre libre » Classe B uniquement – par assuré, valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.	-	+ 50 €	+100 €	+ 150 €
Renfort aides auditives – le forfait se renouvelle tous les 4 ans à compter de la dernière acquisition pour l'« Offre libre » Classe II	150 €/oreille	150 €/oreille	250 €/ oreille	350 €/ oreille

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 [-4,00 et +4,00]
  - 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
- 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 le patient comme cela peut être le cas en optique, dentaire ou 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.

03/2026 - Document non contractuel - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Santé Prévoyance présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Santé Prévoyance. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.

APRIL Santé Prévoyance

12 rue Juliette Récamier
CS15555
69452 LYON Cedex 06

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orias.fr) Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance co-conçu et assuré par Mutualia Alliance Santé.

APRIL
L'ASSURANCE EN PLUS FACILE