Garanties APRIL Cap Santé

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

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice d'information valant Conditions Générales, sous déduction des remboursements du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire lorsque celui-ci intervient, dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente fixés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. Le niveau de garanties souscrit s'applique à l'ensemble des assurés au contrat. Les délais d'attente et limitations s'appliquent à chaque assuré à compter de la prise d'effet de ses garanties. Le contrat étant responsable, les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

Les forfaits, limitations et plafonds de garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*						
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]	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion, la garantie passe à :	***150% BR***	***175% BR***	***225% BR***	***275% BR***	***325% BR***
	Médecins non DPTAM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Chambre particulière hors ambulatoire limitée à 90 jours - prise en charge maximale par jour de :		40 €	50 €	70 €	80 €	100 €
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion, la garantie passe à :	***50 €***	***60 €***	***80 €***	***90 €***	***110 €***
Chambre particulière en ambulatoire (prise en charge maximale)		15 €	20 €	25 €	30 €	35 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) limités à 30 jours - prise en charge maximale par jour de :		10 €	15 €	20 €	25 €	30 €
SÉJOURS EN SOINS MÉDICAUX, DE RÉADAPTATION ET EN PSYCHIATRIE						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait Journalier Hospitalier		Frais réels				
Honoraires et frais médicaux		100% BR				
Chambre particulière pour les séjours en soins médicaux et de réadaptation (hors hospitalisation psychiatrique) limitée à 30 jours - prise en charge maximale par jour de :		20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
SOINS COURANTS**						
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM [1]	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
			Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties			
	Médecins non DPTAM [1]	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
				Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties		
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
			Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties			
Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds		Frais réels				
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	150% BR	175% BR	200% BR
			Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties			
Prothèses capillaires « 100 % Santé » Classe II [2]		Frais réels				
Location courte durée d'un Véhicule pour Personne en situation de Handicap « 100 % Santé » [2][3]		Frais réels				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% BR				
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale [4]		100% BR				
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale		100% BR				
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, microkinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, psychologue, luminothérapeute, hypnothérapeute (par année d'adhésion)		-	20 €	30 €	40 €	50 €
		Délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet des garanties				
Soins cure thermale remboursés par la Sécurité sociale		100% BR				
Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale [10]		100% BR				

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
DENTAIRE					
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties			
Soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale [5]	Frais réels				
Prothèses dentaires « Offre Modérée » [5] **et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale**	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties			
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » [5] **et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale** – (par année d'adhésion) – hors soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale	-	Année 1 : 600 € Années suivantes : 800 € Au-delà, 100% BR	Année 1 : 650 € Années suivantes : 1 200 € Au-delà, 100% BR	Année 1 : 700 € Années suivantes : 1 500 € Au-delà, 100% BR	Année 1 : 750 € Années suivantes : 1 800 € Au-delà, 100% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR				
OPTIQUE					
S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités 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 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 [6] **:** 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	Frais réels				
Équipement « Offre libre » Classe B [6] **:** 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) [7]	100% BR	100 €	150 €	175 €	200 €
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties			
Équipement « Offre libre » Classe B [6] : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ou 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) [7]		200 €	250 €	300 €	350 €
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties			
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des remboursements (y compris celui du régime obligatoire) de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels				
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100% BR	50% des frais réels			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	100% BR	100% BR + 20 €	100% BR + 50 €	100% BR + 80 €	100% BR + 110 €
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 [8]	Frais réels				
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille [9]	100% BR	100% BR + 100 €	100% BR + 200 €	100% BR + 250 €	100% BR + 300 €
Accessoires	100% BR				

RENFORT CONFORT	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Le renfort est facultatif, il vient en complément du niveau de garanties souscrit. Le niveau de couverture du renfort est obligatoirement identique à celui du niveau de garanties souscrit.					
Forfait confort extra hospitalier (frais TV/Téléphone/accès Wifi) limité à 30 jours - prise en charge maximale par jour de :	15 €	25 €	30 €	35 €	35 €
	Délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet des garanties				
Médicaments ou vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		30 €	40 €	50 €	60 €
		Délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet des garanties			
Forfait supplémentaire médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, microkinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, psychologue, luminothérapeute, hypnothérapeute (par année d'adhésion)	+ 20 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 60 €
	Délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet des garanties				
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		50 €	75 €	100 €	150 €
		Délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet des garanties			
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		50 €	100 €	150 €	200 €
		Délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet des garanties			
Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser et implant oculaire (par œil et par année d'adhésion)		100 €	150 €	200 €	250 €
		Délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet des garanties			
Prothèses, implantologie et parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		50 €	100 €	150 €	200 €
		Délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet des garanties			
Forfait supplémentaire aides auditives : équipements « Offre libre » Classe II, par oreille (9)		+ 100 €	+ 200 €	+ 250 €	+ 300 €
		Délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet des garanties			

BR : Base de remboursement : il s'agit du tarif de référence retenu par l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime obligatoire) pour calculer sa prise en charge. Un taux de remboursement est appliqué à la BR retenue afin de déterminer le montant à rembourser à l'assuré. Ce taux varie si le praticien est adhérent ou non à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM). Les garanties exprimées en BR incluent les remboursements du Régime obligatoire. Le montant remboursé peut être inférieur au montant facturé.

Frais réels : La totalité des dépesnes engagées par l'assuré est remboursée.

* 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.

** Conformément à la règlementation applicable au contrat responsable : la participation forfaitaire et les franchises médicales appliquées par la Sécurité sociale ainsi que les majorations du Ticket modérateur et les dépassements d'honoraires résultant du non-respect du parcours de soins coordonnés ne sont pas pris en charge par ce contrat.

(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 prévues pour ce type d'actes.

(3) Location limitée à trois mois renouvelable une fois. Si la période réglementaire de prise en charge évolue, votre contrat en tiendra compte automatiquement.

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

(5) Tels que définis règlementairement. 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 d'Assurance Maladie 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.

(6) Tels que définis règlementairement. 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 d'Assurance Maladie Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

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

(8) Tels que définis règlementairement. 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. 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.

(9) 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.

(10) Les actes de préventions remboursés par le Régime obligatoire dans le cadre du « contrat responsable » sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur.

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] 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 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.

10/2026 - 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 Acheel.

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE