



La santé de vos salariés bien assurée avec APRIL International !

Ma Santé Frontaliers,
la solution dédiée aux frontaliers pour une protection complète des deux côtés de la frontière

2 EN 1:
couverture en complément de la Sécurité sociale française et au 1^{er} € en Suisse



COVID-19
couverte



Téléchargez notre appli mobile Easy Claim !



 **april**
International
L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



Sommaire

- 1 – Pourquoi choisir APRIL International ? > P3**
- 2 – Comprendre et choisir la couverture > P4**
- 3 – Les services en ligne pour vos collaborateurs > P10**
- 4 – Fonctionnement du contrat > P13**
- 5 – Quels remboursement pour les soins en France de vos salariés ? > P17**

I

Pourquoi choisir APRIL International ?

Parce que nous sommes experts de l'assurance des expatriés



Nos équipes ne sont jamais loin et à l'écoute.
Elles maîtrisent parfaitement les spécificités des systèmes de santé français et suisse.
Nos conseillers sauront répondre rapidement aux questions de vos collaborateurs.



APRIL International élu « Leader des solutions d'assurance santé en Europe en 2022 » et « Prestataire d'assurance santé le plus fiable en Europe en 2022 » par le *International Business Magazine*

Une complémentaire santé française couplée à une gestion internationale

L'offre Ma Santé frontaliers accompagne vos salariés des deux cotés de la frontière avec des garanties et services adaptés à leur profil

- › **Des garanties flexibles** : 5 formules au choix, ainsi que des options au 1er Euro pour les soins en Suisse, disponibles selon vos besoins
- › **Pas d'avance de frais en France sur de nombreux postes** (hospitalisation, pharmacie, radiologie, laboratoire...) grâce à la carte de tiers-paiant !
- › **Couverture valable en France** et temporairement dans le reste du monde en cas de soins imprévus
- › **Tarifs avantageux**
- › **Remboursement express de vos frais de santé**
- › **Des conseillers et gestionnaires dédiés**

Des services exclusifs à leur disposition



Téléconsultation médicale illimitée incluse, 24/24 et 7j/7



Toutes les démarches en ligne via l'appli Easy Claim



Remboursement express des dépenses grâce au virement instantané



Conseillers disponibles via chat, Facebook Messenger, WhatsApp

Quelle couverture choisir ?

Composez une couverture valable dans les deux pays

1

Les soins en France : choisissez la formule en complément de la Sécurité sociale qui répond aux besoins de vos collaborateurs

Ma Santé Frontaliers vous propose 5 formules au choix avec des niveaux de prise en charge croissants

FORMULE 1

FORMULE 2

FORMULE 3

FORMULE 4

FORMULE 5

2

Ajoutez l'option Soins en Suisse : pour assurer une prise en charge de des dépenses de santé en Suisse dès le 1^{er} euro dépensé

Vos collaborateurs sont couverts pour les soins hospitaliers en Suisse à partir de la Formule 2 et les soins courants à partir de la Formule 3



**Ma Santé
Frontaliers
accompagne vos
collaborateurs en
France et en Suisse,
c'est aussi
ça l'assurance en
plus facile**

Les garanties en complément de la Sécurité sociale française

Les montants des garanties listés ci-après sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou en % des frais réels. Ils incluent la part prise en charge par le Régime d'assurance maladie obligatoire français (sauf pour le plafond Dentaire pour lequel le forfait indiqué au tableau des garanties s'ajoute aux prestations du Régime obligatoire).

Les remboursements APRIL sont donc effectués sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale. Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

Les modalités de prises en charge des soins des contrats responsables

Les niveaux de remboursement des honoraires des médecins dépendent du statut du médecin : médecin adhérent à un DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou médecin non adhérent à un DPTAM.

DÉSIGNATION DES ACTES		FORMULES				
		FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
HOSPITALISATION¹ (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité)						
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM	100% de la BRSS voir définition p3		125% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS
	Médecins NON DPTAM voir définition p3	100% de la BRSS	105% de la BRSS	130% de la BRSS	180% de la BRSS	200% de la BRSS
Frais de séjour	Établissement conventionné	100% des frais réels voir définition p3	100% des frais réels			
	Établissement NON conventionné	100% de la BRSS	150% de la BRSS	150% de la BRSS	150% de la BRSS	150% de la BRSS
Chambre particulière (maximum 30 jours par an)		–	50 € par jour	50 € par jour	100 € par jour	100 € par jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans – maximum 30 jours par an)		–	20 € par jour	20 € par jour	25 € par jour	50 € par jour
Forfait hospitalier journalier		100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait patient urgence		100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Frais de transport du malade remboursés par le RO (sauf cure thermale)		100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS

Les garanties

en complément de la Sécurité sociale française (suite)



		FORMULES				
DÉSIGNATION DES ACTES		FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux: Consultations/Visites généralistes et spécialistes	Médecins DPTAM	100% de la BRSS	125% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	300% de la BRSS
Actes de spécialité, de chirurgie et technique médicale y compris en soins externes	Médecins Non DPTAM	100% de la BRSS	105% de la BRSS	130% de la BRSS	180% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires médicaux: actes de radiologie, imagerie, échographie	Médecins DPTAM	100% de la BRSS	125% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	300% de la BRSS
Médecins Non DPTAM	100% de la BRSS	105% de la BRSS	130% de la BRSS	180% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires paramédicaux et examens en laboratoire		100% de la BRSS	125% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Médicaments remboursés par le RO		100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Cures thermales prises en charge par le RO		–	100 €	100 €	150 €	150 €
Consultations psychologiques		1ère séance de 55 min remboursée à hauteur de 40€, les séances suivantes de 40min à hauteur de 30€. Max 8 séances par an				
Honoraires de praticiens de santé non remboursés par le RO : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, diététicien, physiothérapeute (jusqu'à 4 consultations par an et par bénéficiaire)	–	20 € par consultation	30 € par consultation	40 € par consultation	50 € par consultation	
DENTAIRE						
Soins pris en charge par le RO Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois		100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	250% de la BRSS	300% de la BRSS
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le RO ²		100% des frais réels				
Prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » prises en charges par le RO Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois		100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	250% de la BRSS	300% de la BRSS
Orthodontie prise en charge par le RO Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois		100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	250% de la BRSS	300% de la BRSS
BONUS Fidélité Après 2 ans d'adhésion, la garantie est de :	–	170% de la BRSS	220% de la BRSS	270% de la BRSS	320% de la BRSS	
BONUS Fidélité Après 4 ans d'adhésion, la garantie est de :	–	190% de la BRSS	240% de la BRSS	290% de la BRSS	340% de la BRSS	
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (implantologie, orthodontie, parodontologie) Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois	–	–	100 € par an	150 € par an	175 € par an	
Plafond dentaire (pour l'orthodontie, les autres prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées et les prothèses non remboursées par le RO)	–	–	1000 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	1500 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	1800 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	
À partir de la 3ème année d'adhésion	–	–	1500 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	1500 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	2 500 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	

Les garanties en complément de la Sécurité sociale française (suite)

DÉSIGNATION DES ACTES	FORMULES				
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
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 ticket modérateur et la prise en charge du Régime obligatoire, non cumulable d'une année sur l'autre.					
Équipement de classe A « 100% Santé » y compris prestation d'appareillage et d'adaptation de la correction visuelle ³ Monture + verres	100% des frais réels				
Équipement de classe B « Offre libre » ³ :	100% de la BRSS	100% de la BRSS + forfait de 200 €	100% de la BRSS + forfait de 300 €	100% de la BRSS + forfait de 400 €	100% de la BRSS + forfait de 420 €
Lentilles acceptées et remboursées par le RO	100% de la BRSS	100% de la BRSS + forfait de 25 €	100% de la BRSS + forfait de 50 €	100% de la BRSS + forfait de 50 €	100% de la BRSS + forfait de 50 €
Chirurgie réfractive des yeux	–	–	Forfait de 100 € pour les 2 yeux	Forfait de 150 € pour les 2 yeux	Forfait de 175 € pour les 2 yeux
AIDES AUDITIVES					
Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition					
Équipement de classe 1 « 100% Santé » ⁴	–	100% des frais réels			
Équipement de classe 2 « Panier libre » et accessoires, dans la limite de 1 700 € /oreille sous déduction du Régime obligatoire ⁴	100% de la BRSS	120% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	300% de la BRSS

LA COUVERTURE EN OPTIQUE, AUDIOLOGIE ET DENTAIRE EST CONFORME À LA RÉFORME « 100% SANTÉ ».

Qu'est-ce que la réforme « 100% santé » ?

La réforme « 100% santé » a apporté des évolutions à la couverture en optique, audiologie et dentaire depuis le 1^{er} janvier 2020.

L'objectif est d'améliorer l'accès à des soins de qualité grâce à une prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie obligatoire et complémentaire en optique, audiologie et dentaire.

Ainsi, vous bénéficiez de « paniers 100% santé » regroupant une sélection de lunettes, prothèses dentaires et appareils auditifs à tarifs encadrés dont l'intégralité des frais vous sera remboursée.

Cette réforme donne également la possibilité aux assurés de choisir des équipements en dehors des « paniers 100% santé », dits « libres » qui seront remboursés dans la limite des garanties du contrat.



Les garanties

en complément de la Sécurité sociale française (suite)



DÉSIGNATION DES ACTES	FORMULES				
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
AUTRES GARANTIES					
Matériel médical	100% de la BRSS	120% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	300% de la BRSS
Forfait naissance ou adoption	–	–	80 €	150 €	200 €
Forfait obsèques en cas de décès d'un assuré	–	500 €	500 €	500 €	1 000 €
Actes de prévention prévus par l'arrêté du 08/06/2006	100% de la BRSS				
Frais médicaux imprévus effectués à l'étranger et remboursés par le régime obligatoire	100% de la BRSS				

¹ Prise en charge de la participation forfaitaire que le Régime obligatoire peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

² 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.

³ Tels que définis réglementairement. Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte.

Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

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

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

Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant la dernière facturation.



Les garanties

Option Soins en Suisse

Les frais médicaux ne doivent pas avoir fait l'objet d'une demande de remboursement auprès de la Sécurité sociale.

La souscription de l'option **Soins en Suisse est soumise à des formalités médicales**.

Pour les soins, actes et consultations relatifs au poste Hospitalisation : **une franchise annuelle de 500 €** est applicable par assuré et par année d'assurance hors Accident ou Urgence médicale.

Pour les soins, actes et consultations relatifs au poste Soins courants :

- › **une franchise annuelle de 300 €** est applicable par assuré et par année d'assurance,
- › **un copaiement de 20%** est également applicable par sinistre et par assuré.

DÉSIGNATION DES ACTES	FORMULES					
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5	FORMULE 5 PREMIUM
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE¹ (y compris maternité)						
Franchise par assuré et par année d'assurance (hors Accident et Urgence médicale)	-	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
Prestations hospitalières en hôpitaux relevant du SwissDRG*	-	100% du tarif SwissDRG*	100% des frais réels			
Prestations hospitalières en cliniques et hôpitaux ne relevant pas du SwissDRG*	-	1 300 € par jour	1 300 € par jour	1 500 € par jour	1 800 € par jour	100% des frais réels en chambre semi-privee 75% des frais réels en chambre privée
Prestations hospitalières en ambulatoire	-	100% du tarif TARMED**	100% des frais réels			
Transport du malade lié à l'hospitalisation	-	100% des frais réels				
Maisons de réhabilitation et assimilé suite à hospitalisation (maximum 20 jours par an)	-	300 € par jour	300 € par jour	400 € par jour	500 € par jour	750% des frais réels
SOINS COURANTS						
Plafond par an et par assuré	-	-	1 200 €	1 750 €	2 750 €	Frais réels
Franchise par assuré et par année d'assurance	-	-	300 €	300 €	300 €	300 €
Honoraires médicaux : généralistes et spécialistes	-	-	80% des frais réels	80% des frais réels	80% des frais réels	70% des frais réels
Honoraires médicaux : radiologie, auxiliaires médicaux, analyses	-	-	80% des frais réels	80% des frais réels	80% des frais réels	70% des frais réels
Soins externes et actes médicaux courants	-	-	80% des frais réels	80% des frais réels	80% des frais réels	70% des frais réels
Médecine naturelle (chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, homéopathie)	-	-	80% des frais réels	80% des frais réels	80% des frais réels	70% des frais réels
Médicaments prescrits	-	-	80% des frais réels			

* SwissDRG : classification permettant de regrouper les actes de soins en fonction des affections traitées et des coûts qui en découlent.

** Structure tarifaire nationale pour les prestations médicales qui s'applique exclusivement aux prestations ambulatoires fournies dans les cabinets médicaux, les cliniques et les hôpitaux.

3 Les services en ligne

Pour faciliter la gestion de leur contrat, nous développons continuellement pour vos salariés de nouveaux services 100% en ligne

L'appli Easy Claim



Cette appli permet à vos salariés de gérer toutes leurs demandes liées à leur assurance santé. Avec Easy Claim, vos collaborateurs peuvent :

- envoyer leurs demandes de remboursement de frais de santé pour les soins France qui ne nous parviennent pas par télétransmission ou pour tous les soins en Suisse,
- consulter et télécharger leur Carte de Tiers-Payant,
- trouver un professionnel de santé proche de chez eux recommandé par APRIL,

- connaître leurs contacts privilégiés et nous joindre facilement,
- faire une demande de téléconsultation,
- modifier/ajouter votre RIB de remboursement,
- consulter et modifier leurs coordonnées personnelles,
- consulter le détail de leurs remboursements,
- télécharger leurs documents (attestation d'assurance, décompte de remboursement, formulaires, etc.).

TELECHARGEZ VOTRE APPLICATION MOBILE
DANS L'APP STORE OU GOOGLE PLAY

Disponible dans
l'App Store

DISPONIBLE SUR
Google play



Un médecin disponible par téléphone

Pour accéder facilement à la médecine à distance, nous mettons gratuitement à disposition de vos salariés nos services de téléconsultation et de second avis médical, en partenariat avec Teladoc Health !

1 La téléconsultation :

Avec ce service, vos collaborateurs peuvent consulter un médecin à distance, dans le respect du secret médical.

Ils peuvent soumettre leur demande depuis leur appli Easy Claim et un professionnel de santé les appellera sous **3 heures, 24h/24 et 7j/7** partout dans le monde, dans la langue de leur choix.

Pratique et simple à utiliser, où qu'ils soient, vos salariés n'ont plus besoin de se déplacer pour consulter un médecin !

2 Le second avis médical :

Un de vos collaborateur a reçu un diagnostic d'un premier médecin et souhaite avoir un second avis ? Un traitement lui a été prescrit et il souhaite savoir s'il existe des alternatives ?

Avec ce service, il peut entrer en relation avec l'un des 50 000 médecins spécialistes membres du réseau Teladoc Health afin d'obtenir un second avis médical concernant une pathologie diagnostiquée et le traitement proposé.

Un médecin expert prendra connaissance de son dossier médical et le contactera sous 24 heures maximum pour lui livrer ses conseils au regard de sa situation.

Pour en savoir plus sur ces deux services, visualisez notre vidéo [ici](#) !

L'espace client en ligne

Simple et 100% en ligne !

En quelques clics, depuis un ordinateur, une tablette ou un smartphone, vos collaborateurs pourront accéder depuis [ce lien](#) à leur espace client sécurisé pour :

- télécharger leur carte de tiers-payant,
- consulter leurs documents et contacts utiles (attestation d'assurance, conditions générales...),
- visualiser ou modifier leurs informations bancaires et données personnelles,
- accéder à leurs remboursements.



Autres services

associés aux garanties pour améliorer leur quotidien !



● Le suivi de leur contrat



Après leur adhésion, notre service Suivi Client est à disposition pour toute évolution relative à leur situation.

Ils pourront :

- > ajouter un ayant-droit,
- > signaler une nouvelle adresse ou de nouvelles coordonnées bancaires,
- > apporter toute autre modification à votre couverture.

Pour le suivi de leur contrat, vos collaborateurs pourront contacter notre équipe :

Tél : **+33 (0)1 73 02 93 93**

E-mail : frontaliers@april-international.com

● Une carte de tiers-payant pour vos soins en France

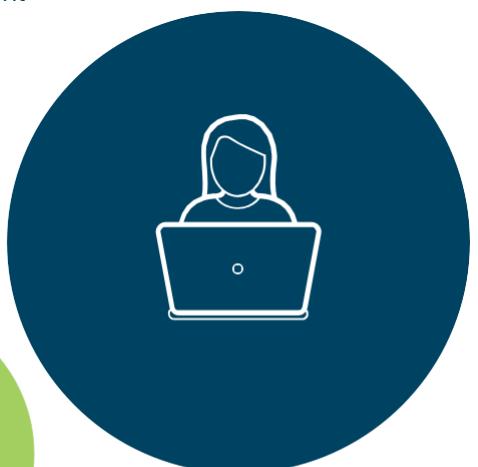


Vos salariés bénéficient d'une carte de tiers-payant valable auprès de plus de 156 000 professionnels de santé partenaires.

Celle-ci permet **de ne plus faire l'avance de certains frais** (notamment pour les dépenses d'analyse, de pharmacie, de radiographie ou liées à une hospitalisation) couverts par le contrat.

Vos collaborateurs pourront retrouver leur carte de tiers-payant directement depuis leur appli Easy Claim !

De plus, grâce au service de télétransmission la CPAM nous adresse directement leurs décomptes de remboursements.



4

Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire

À qui s'adresse le contrat ?

Pour être admissible à l'assurance, vos collaborateurs doivent :

- > résider en France pendant toute la durée du contrat,
- > être affilié à un Régime obligatoire français,
- > être travailleur salarié en contrat à durée indéterminé en Suisse, ou de travailleur non salarié en Suisse (assuré principal uniquement),
- > avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat pour l'option Soins en Suisse,
- > être âgé de 65 ans au plus au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Peuvent également être couverts par ce contrat les conjoints ou leurs enfants à charge tant que les conditions précitées sont remplies.



Dans quels pays seront-ils couverts ?

Les garanties sont acquises à l'année en France. L'option « Soins en Suisse » couvre exclusivement en Suisse, pour les frais médicaux n'ayant pas fait l'objet d'une demande de remboursement auprès du Régime Obligatoire. Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires jusqu'à 90 jours consécutifs dans le monde entier en cas de maladie inopinée ou d'accident, dès lors qu'il y a prise en charge par votre Régime obligatoire.

En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est exclue.

La liste complète des pays exclus est disponible sur www.april-international.com ou sur simple demande au +33 (0)173 02 93 93 ou par e-mail à frontaliers@april-international.com.

À partir de seront-ils couverts ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur la Demande d'adhésion, au plus tôt, le jour suivant la réception de votre dossier (Demande d'adhésion, règlement de la cotisation, documents complémentaires).

Jusqu'à quand seront-ils couverts ?

Les garanties cessent automatiquement :

- > En cas de résiliation à l'échéance annuelle du 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins (c'est-à-dire adressée au plus tard le 31/10),
- > En cas de résiliation par l'adhérent, après 12 mois d'adhésion. La résiliation prendra effet un mois à compter de la date de réception de la notification et devra être adressée à APRIL International par :
 - > courrier simple ou recommandé à l'adresse suivante : Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - France
 - > via le formulaire disponible depuis votre Espace Client en sélectionnant le motif "Demander une résiliation"
 - > ou par e-mail à care@april-international.com
- > En cas de non paiement des cotisations,
- > En cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés APRIL à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque assuré),
- > En cas de changement de résidence en dehors de la France, sur présentation d'un document officiel en attestant.
- > En cas de fausse déclaration.

Comment souscrire ?

1 Complétez et signez la Demande d'adhésion.

2 Joignez à la Demande d'adhésion le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation :

- complétez le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos cotisations suivantes par prélèvement automatique sur un compte en euro domicilié dans un des pays de la zone SEPA et joignez un RIB à votre envoi,

ou

- indiquez vos coordonnées de carte bancaire sur la Demande d'adhésion.

3 Envoyez votre dossier à : frontaliers@april-international.com

Vos cotisations mensuelles TTC 2026

par personne

Formule 1	Formule 2		Formule 3		Formule 4		Formule 5		Formule 5 PREMIUM
	Complément Sécurité sociale française	Complément Sécurité sociale française	Avec l'option « Soins en Suisse »						

Enfant	59,71 €	73,59 €	117,07 €	92,23 €	144,03 €	126,48 €	187,14 €	163,72 €	306,21 €	342,69 €
18	61,24 €	75,13 €	119,78 €	93,68 €	146,46 €	128,32 €	190,17 €	165,70 €	311,12 €	348,38 €
19	62,78 €	76,70 €	122,51 €	95,20 €	149,00 €	130,20 €	193,25 €	167,66 €	316,03 €	354,02 €
20	64,35 €	78,26 €	125,24 €	96,73 €	151,54 €	132,09 €	196,35 €	169,64 €	320,99 €	359,73 €
21	65,89 €	79,81 €	127,95 €	98,28 €	154,10 €	133,95 €	199,39 €	171,60 €	325,86 €	365,37 €
22	67,43 €	81,38 €	130,67 €	99,79 €	156,60 €	135,84 €	202,49 €	173,56 €	330,79 €	371,03 €
23	68,96 €	82,92 €	133,40 €	101,32 €	159,16 €	137,72 €	205,59 €	175,54 €	335,71 €	376,74 €
24	70,50 €	84,56 €	136,22 €	102,95 €	161,80 €	139,71 €	208,76 €	177,50 €	340,62 €	382,41 €
25	72,05 €	86,16 €	138,98 €	104,54 €	164,40 €	141,65 €	211,90 €	179,50 €	345,59 €	388,11 €
26	73,59 €	88,45 €	141,66 €	106,83 €	166,98 €	144,65 €	214,94 €	183,67 €	350,35 €	393,01 €
27	75,16 €	90,72 €	144,36 €	109,07 €	169,51 €	147,63 €	217,94 €	187,85 €	355,07 €	397,89 €
28	76,70 €	93,03 €	147,08 €	111,33 €	172,07 €	150,63 €	220,96 €	192,05 €	359,85 €	402,81 €
29	78,24 €	95,28 €	149,70 €	113,60 €	174,62 €	153,61 €	224,00 €	196,25 €	364,62 €	407,73 €
30	79,77 €	97,55 €	152,40 €	115,88 €	177,20 €	156,59 €	227,00 €	200,42 €	369,38 €	412,64 €
31	80,62 €	98,79 €	154,55 €	117,82 €	180,58 €	159,44 €	231,52 €	203,93 €	376,13 €	420,21 €
32	81,49 €	100,07 €	156,78 €	119,81 €	184,02 €	162,26 €	236,03 €	207,41 €	382,85 €	427,76 €
33	82,32 €	101,31 €	158,94 €	121,76 €	187,43 €	165,08 €	240,51 €	210,90 €	389,54 €	435,29 €
34	83,17 €	102,52 €	161,06 €	123,71 €	190,78 €	167,91 €	245,00 €	214,42 €	396,31 €	442,85 €
35	84,01 €	103,75 €	163,20 €	125,67 €	194,20 €	170,71 €	249,46 €	217,89 €	403,00 €	450,38 €
36	84,86 €	104,95 €	165,32 €	127,59 €	197,55 €	173,51 €	253,95 €	221,39 €	409,75 €	457,93 €
37	85,69 €	106,18 €	167,46 €	129,55 €	200,95 €	176,32 €	258,41 €	224,89 €	416,46 €	465,55 €
38	86,56 €	107,45 €	169,68 €	131,51 €	204,37 €	179,14 €	262,90 €	228,38 €	423,17 €	473,05 €
39	87,41 €	108,67 €	171,81 €	133,40 €	207,70 €	181,96 €	267,41 €	231,86 €	429,92 €	480,60 €
40	88,22 €	109,88 €	173,91 €	135,38 €	211,09 €	184,74 €	271,84 €	235,33 €	436,57 €	488,14 €
41	90,94 €	112,94 €	179,02 €	139,03 €	217,04 €	189,76 €	279,54 €	242,16 €	449,62 €	502,71 €
42	93,65 €	116,02 €	184,12 €	142,75 €	223,01 €	194,73 €	287,18 €	248,95 €	462,59 €	517,30 €
43	96,36 €	119,09 €	189,21 €	146,40 €	228,94 €	199,75 €	294,89 €	255,76 €	475,60 €	531,88 €
44	99,05 €	122,14 €	194,28 €	150,07 €	234,85 €	204,70 €	302,51 €	262,55 €	488,57 €	546,45 €
45	101,77 €	125,21 €	199,39 €	153,69 €	240,77 €	209,68 €	310,16 €	269,34 €	501,56 €	561,01 €
46	104,48 €	128,26 €	204,48 €	157,36 €	246,67 €	214,67 €	317,85 €	276,17 €	514,60 €	575,64 €
47	107,19 €	131,33 €	209,55 €	161,00 €	252,61 €	219,66 €	325,53 €	282,98 €	527,59 €	590,22 €
48	109,88 €	134,36 €	214,62 €	164,66 €	258,50 €	224,61 €	333,16 €	289,78 €	540,56 €	604,75 €
49	112,60 €	137,42 €	219,70 €	168,30 €	264,41 €	229,58 €	340,79 €	296,61 €	553,59 €	619,38 €
50	115,33 €	140,48 €	224,81 €	171,92 €	270,29 €	234,56 €	348,47 €	303,40 €	566,56 €	633,95 €
51	119,07 €	144,30 €	231,63 €	176,33 €	277,90 €	240,39 €	358,17 €	310,90 €	582,85 €	652,43 €
52	122,85 €	148,12 €	238,48 €	180,71 €	285,47 €	246,22 €	367,91 €	318,42 €	599,07 €	670,97 €
53	126,61 €	151,93 €	245,27 €	185,11 €	293,08 €	252,06 €	377,64 €	325,93 €	615,32 €	689,41 €
54	130,40 €	155,67 €	252,02 €	189,38 €	300,51 €	257,82 €	387,31 €	333,45 €	631,57 €	707,91 €
55	134,16 €	159,41 €	258,77 €	193,65 €	308,01 €	263,55 €	396,96 €	340,98 €	647,85 €	726,42 €
56	137,94 €	163,17 €	265,54 €	197,96 €	315,50 €	269,31 €	406,63 €	348,50 €	664,12 €	744,92 €
57	141,70 €	166,92 €	272,32 €	202,23 €	322,94 €	275,06 €	416,28 €	356,00 €	680,37 €	763,44 €
58	145,48 €	170,70 €	279,11 €	206,50 €	330,43 €	280,82 €	425,93 €	363,55 €	696,61 €	781,91 €
59	149,24 €	174,46 €	285,88 €	210,77 €	337,87 €	286,53 €	435,57 €	371,05 €	712,88 €	800,40 €
60	153,01 €	178,20 €	292,62 €	215,06 €	345,37 €	292,29 €	445,24 €	378,57 €	729,15 €	820,07 €
61	158,09 €	184,00 €	302,26 €	221,96 €	356,66 €	301,86 €	459,93 €	391,28 €	753,65 €	846,41 €
62	162,79 €	189,26 €	311,04 €	228,22 €	366,90 €	310,56 €	473,33 €	402,83 €	775,92 €	871,42 €
63	168,33 €	195,61 €	321,61 €	235,75 €	379,21 €	320,99 €	489,34 €	416,65 €	802,62 €	901,41 €
64	173,91 €	201,95 €	332,14 €	243,27 €	391,53 €	331,45 €	505,43 €	430,51 €	829,30 €	931,46 €
65	179,95 €	208,81 €	343,55 €	251,46 €	404,88 €	342,76 €	522,82 €	445,53 €	858,28 €	963,94 €

Les cotisations mensuelles TTC 2026

Comment les calculer ?

Les primes indiquées sont par mois et par bénéficiaire

1

Choisissez la formule de garanties parmi les 5 proposées en complément de la Sécurité Sociale française

2

Optez pour l'option au 1er € pour les soins en Suisse selon les besoins de vos collaborateurs

3

Définissez la cotisation en fonction de l'âge de vos collaborateurs à assurer

4

Répétez l'exercice pour chacun de leurs bénéficiaires



Tarification enfants

Réduction de 50% sur la cotisation à partir du 2^{ème} enfant inscrit

Valable pour tous les enfants à charge jusqu'à 26 ans inclus*

*Sous réserve d'un certificat de scolarité pour les enfants de 21 à 26 ans

La formule 5 PREMIUM

Seule cette formule propose des remboursements en Suisse au 1^{er} € :

- Sans plafond
- Sur la base des frais réels

*Application de la réduction de 50% sur la cotisation à partir du 2^{ème} enfant inscrit



Besoin d'un conseil pour choisir votre couverture ?

Contactez votre intermédiaire d'assurance ou directement nos conseillers :

- Par téléphone :
+33(0)173 02 93 93
- Par e-mail :
frontaliens@april-international.com

Définitions

>**Base de remboursement de la Sécurité sociale française (BRSS)**: base de remboursement obligatoire utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par des professionnels de santé. Elle diffère selon le secteur dont le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier relèvent. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de référence qui correspond au prix d'un médicament générique.

>**DPTAM** : 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).

>**Forfait journalier hospitalier** : part du prix de journée d'hospitalisation non prise en charge par la Sécurité sociale française.

>**Forfait patient urgence** : participation due par le patient à la suite d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

>**Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.

>**Hospitalisation** : séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutivement à un accident ou une maladie.

>**Régime obligatoire (RO)** : le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

Quels remboursements pour les soins en France de vos salariés ?



Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2022

PRODUIT CONFORME À LA RÉFORME 100% SANTÉ

FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier	Dépense ⁽¹⁾	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement APRIL International	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
	Reste à charge	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière pour une nuit (sur demande du patient)	Dépense ⁽²⁾	66,59 €	66,59 €	66,59 €	66,59 €	66,59 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement APRIL International	0,00 €	50,00 €	50,00 €	66,59 €	66,59 €
	Reste à charge	66,59 €	16,59 €	16,59 €	0,00 €	0,00 €

Séjour avec actes lourds : exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte en secteur privé

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Frais de séjour en secteur privé	Dépense ⁽²⁾	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €
	Remboursement Sécurité sociale	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €
	Remboursement APRIL International	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €
	Reste à charge	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Dépense ⁽²⁾	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement APRIL International	0,00 €	68,00 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	Reste à charge	83,30 €	15,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Dépense ⁽²⁾	447,00 €	447,00 €	447,00 €	447,00 €	447,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement APRIL International	0,00 €	13,39 €	81,51 €	175,30 €	175,30 €
	Reste à charge	175,30 €	161,72 €	93,79 €	0,00 €	0,00 €

Séjour sans actes lourds : exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Frais de séjour	Dépense ⁽²⁾	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €
	Remboursement Sécurité sociale	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €
	Remboursement APRIL International	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €
	Reste à charge	0,00 €				

SOINS COURANTS

Honoraires de médecins généralistes ou spécialistes relevant du secteur 1

Consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	Dépense ⁽³⁾	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	Remboursement APRIL International	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	Reste à charge	1,00 €				

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

FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

SOINS COURANTS (suite)

Consultation d'un pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	Dépense ⁽³⁾	32,00 €	32,00 €	32,00 €	32,00 €	32,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement APRIL International	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	Reste à charge	0,00 €				
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense ⁽³⁾	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
	Remboursement APRIL International	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €
	Reste à charge	1,00 €				

Honoraires de médecins avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérents à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)

Consultation d'un pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	Dépense ⁽³⁾	32,00 €	32,00 €	32,00 €	32,00 €	32,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement APRIL International	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	Reste à charge	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense ⁽³⁾	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
	Remboursement APRIL International	10,00 €	17,50 €	14,00 €	23,00 €	23,00 €
	Reste à charge	14,00 €	6,50 €	10,00 €	1,00 €	1,00 €

Honoraires de médecins relevant du secteur 2 (non adhérents à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)

Consultation d'un pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	Dépense ⁽³⁾	55,00 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
	Remboursement APRIL International	6,90 €	8,05 €	13,80 €	25,30 €	29,90 €
	Reste à charge	32,00 €	30,85 €	25,10 €	13,60 €	9,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense ⁽³⁾	57,00 €	57,00 €	57,00 €	57,00 €	57,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Remboursement APRIL International	7,90 €	9,05 €	14,80 €	26,30 €	30,90 €
	Reste à charge	34,00 €	32,85 €	27,10 €	15,60 €	11,00 €

Matériel médical (hors prothèses auditives et accessoire optique)

Achat d'une paire de bâquilles	Dépense ⁽³⁾	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €
	Remboursement Sécurité sociale	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €
	Remboursement APRIL International	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €
	Reste à charge	1,40 €				

(3) Tarif conventionnel

Comprendre 1€ de reste à charge

Franchises médicales et participation forfaitaire appliquées 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.

FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé

Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100% santé)	Dépense ⁽⁵⁾	500,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €
	Remboursement APRIL International	416,00 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €
	Reste à charge	0,00 €				

Soins (hors 100% santé)

Détartrage	Dépense ⁽⁵⁾	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €
	Remboursement Sécurité sociale	30,36 €	30,36 €	30,36 €	30,36 €	30,36 €
	Remboursement APRIL International	13,02 €	13,02 €	13,02 €	13,02 €	13,02 €
	Reste à charge	0,00 €				

Prothèses (hors 100% santé)

Couronne céramo-métallique sur molaires	Dépense ⁽²⁾	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €
	Remboursement Sécurité sociale	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	Remboursement APRIL International	32,25 €	86,00 €	139,75 €	193,50 €	247,25 €
	Reste à charge	429,98 €	376,23 €	322,48 €	268,73 €	214,98 €

Orthodontie (pour un enfant de moins de 16 ans)

Traitements d'orthodontie	Dépense ⁽²⁾	720,00 €	720,00 €	720,00 €	720,00 €	720,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €
	Remboursement APRIL International	0,00 €	96,75 €	193,50 €	290,25 €	387,00 €
	Reste à charge	526,50 €	429,75 €	333,00 €	236,25 €	139,50 €

OPTIQUE

Équipements 100% santé

Verres simples et monture de classe A	Dépense ⁽⁴⁾	112,00 €	112,00 €	112,00 €	112,00 €	112,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	34,50 €	34,50 €	34,50 €	34,50 €	34,50 €
	Remboursement APRIL International	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €
	Reste à charge	0,00 €				

Verres progressifs et monture de classe A	Dépense ⁽⁴⁾	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €
	Remboursement APRIL International	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €
	Reste à charge	0,00 €				

Équipements hors 100% santé (offre libre)

Verres simples et monture de classe B	Dépense ⁽⁴⁾	339,00 €	339,00 €	339,00 €	339,00 €	339,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement APRIL International	0,06 €	200,06 €	300,06 €	338,91 €	338,91 €
	Reste à charge	338,85 €	138,85 €	38,85 €	0,00 €	0,00 €

Verres progressifs et monture de classe B	Dépense ⁽⁴⁾	601,00 €	601,00 €	601,00 €	601,00 €	601,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement APRIL International	0,06 €	199,91 €	299,91 €	399,91 €	419,91 €
	Reste à charge	600,85 €	401,00 €	301,00 €	201,00 €	181,00 €

(4) Prix limite de vente (5) Honoraire limite de facturation

FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

OPTIQUE (suite)

Lentilles

Lentilles correctrices	Dépense ⁽⁴⁾	156,87 €	156,87 €	156,87 €	156,87 €	156,87 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement APRIL International	0,00 €	25,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €
	Reste à charge	156,87 €	131,87 €	106,87 €	106,87 €	106,87 €

Chirurgie réfractive

Opération correctrice de la myopie	Dépense ⁽⁴⁾	1846,60 €	1846,60 €	1846,60 €	1846,60 €	1846,60 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement APRIL International	0,00 €	0,00 €	100,00 €	150,00 €	175,00 €
	Reste à charge	1846,60 €	1846,60 €	1746,60 €	1696,60 €	1671,60 €

AIDES AUDITIVES

Équipements 100% santé

Aides auditives de classe I par oreille pour un patient de plus de 20 ans	Dépense ⁽⁴⁾	950,00 €	950,00 €	950,00 €	950,00 €	950,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €
	Remboursement APRIL International	710,00 €	710,00 €	710,00 €	710,00 €	710,00 €
	Reste à charge	0,00 €				

Équipements hors 100% santé

Aides auditives de classe II par oreille pour un patient de plus de 20 ans	Dépense ⁽²⁾	1476,00 €	1476,00 €	1476,00 €	1476,00 €	1476,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €
	Remboursement APRIL International	160,00 €	240,00 €	360,00 €	560,00 €	960,00 €
	Reste à charge	1076,00 €	996,00 €	876,00 €	676,00 €	276,00 €

⁽²⁾Prix moyen national de l'acte

⁽⁴⁾Prix limite de vente



Ces exemples sont basés sur le profil d'un assuré adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonnés et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire).

À propos d'APRIL, l'assurance en plus facile

APRIL est le leader du courtage grossiste en France avec un réseau de 15 000 courtiers partenaires. Les 2 300 collaborateurs d'APRIL ont l'ambition de proposer à leurs clients et partenaires – particuliers, professionnels et entreprises – une expérience remarquable alliant le meilleur des relations humaines et de la technologie, en santé et prévoyance des particuliers, professionnels et TPE, en assurance des emprunteurs, en santé internationale, en dommages de niches et en gestion de patrimoine. À l'horizon 2023, APRIL ambitionne de devenir un acteur digital, omnicanal et agile, champion de l'expérience client et leader sur ses marchés tout en s'engageant sur les enjeux de Responsabilité Sociétale structurés au sein de sa démarche Oxygen.

Le groupe APRIL opère dans 16 pays et a enregistré en 2021 un chiffre d'affaires de 544M€.

À chaque situation d'expatriation sa solution d'assurance internationale

Que vous soyez étudiant, stagiaire, à la recherche d'un programme vacances-travail, salarié ou retraité, que vous partiez seul ou en famille, APRIL International vous accompagne durant votre expérience internationale avec une gamme complète et modulable de solutions d'assurance, adaptées à chaque profil d'expatrié et à chaque budget.

CONTACTEZ
VOTRE ASSUREUR CONSEIL :

Siège social APRIL International Care France :

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE
www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 72
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727


L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

