



ASSURANCE SANTÉ EXPATRIATION

Votre santé bien assurée avec APRIL International !

MyHealth France, la solution
en complément du système
de santé français

UNE
GESTION
100% EN
ANGLAIS



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 votre couverture > P4
- 3 – Vos services en ligne > P8
- 4 – Fonctionnement du contrat > P11
- 5 – Comment êtes-vous remboursé ? > P13



1

Pourquoi choisir APRIL International ?



Parce que nous sommes experts de l'assurance des expatriés

Nos équipes ne sont jamais loin et à votre écoute.

Elles maîtrisent parfaitement les spécificités du système de santé français.

Nos conseillers sauront répondre rapidement à vos questions.



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

- › **Formalités d'adhésion simplifiées** : pas de questionnaire de santé
- › **Pas d'avance de frais en France sur de nombreux postes** (hospitalisation, pharmacie, radiologie, laboratoire...) grâce à la carte de tiers-payant !
- › **Garanties acquises à vie** : vous êtes couvert aussi longtemps que vous le souhaitez et vos cotisations n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles
- › **Couverture valable en France** et temporairement dans le reste du monde en cas de soins imprévus
- › **Tarifs avantageux**
- › **Facilités de règlement** : possibilité de paiement mensuel par prélèvement automatique SEPA sans frais supplémentaire
- › **Conseillers et gestionnaires bilingues** (français-anglais) à votre écoute

Vos services exclusifs pour vous accompagner



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



Toutes vos démarches en ligne via l'appli Easy Claim



Remboursement express de vos dépenses grâce au virement instantané



Conseillers disponibles via chat, Facebook Messenger, WhatsApp

Comprendre et choisir votre couverture

La Protection Universelle Maladie (PUMA)

Quel objectif ?

La protection maladie universelle permet à chacun de bénéficier d'une prise en charge des frais médicaux par la Sécurité sociale. Ce dispositif fait partie des piliers de la protection sociale française.

Qui peut en bénéficier ?

Toute personne résidant en France (quelle que soit sa nationalité) de manière stable et ininterrompue depuis au moins 3 mois à partir de la demande d'ouverture des droits au Régime obligatoire (voir **Définitions** page 12).

Par la suite, vous devez résider au moins 6 mois par an en France et/ou exercer une activité salariée ou non salariée. C'est à vous qu'il revient de vérifier si vous êtes concerné et éligible à la PUMA. Pour plus d'information sur les conditions d'affiliation, rendez-vous sur :

<https://www.ameli.fr/paris/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

Vous pouvez également contacter les conseillers anglophones de la Sécurité sociale par téléphone au **09 74 75 36 46** (depuis la France) ou au **+33 09 74 75 36 46** (depuis l'étranger).

Une couverture en complément du Régime obligatoire

Qu'est ce que ça signifie ?

La protection universelle maladie permet donc de bénéficier d'un premier niveau de couverture des dépenses de santé. Celui-ci reste toutefois souvent insuffisant. C'est pourquoi les couvertures en complément d'un Régime obligatoire ont pour objectif de **prendre en charge une partie ou la totalité des frais de santé qui ne sont pas ou peu remboursés par la Sécurité sociale française.**

Comprendre les remboursements :

Le tableau de garanties présente les remboursements totaux : **Régime obligatoire français + APRIL International**. Seuls les remboursements exprimés dans le poste Dentaire s'additionnent à ceux du Régime obligatoire.

Chez APRIL International, simplifier l'assurance c'est vous accompagner dans la compréhension de vos remboursements. Retrouvez nos exemples détaillés à partir de la page 13.



Le contrat responsable

Qu'est ce que c'est ?

Un contrat dit responsable assure une prise en charge des dépenses de santé au moins à la hauteur des minimas fixés par la législation française. Ces contrats permettent aussi une responsabilisation des patients et des praticiens face au financement de l'Assurance maladie en instaurant par exemple le parcours de soins coordonnés, la déclaration d'un médecin traitant unique...

Quelles sont les modalités de prises en charge des soins ?

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 (voir **Définitions** page 12).

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

Comment savoir qu'un médecin est adhérent à un DPTAM ?

Il suffit de consulter le site <http://annuaire.sante.ameli.fr/> et d'effectuer une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. La fiche des médecins signataires précise : « *Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins)* ».

Vos garanties

Choisissez la formule qui répond au mieux à vos besoins :

	LEVEL 1 Non responsable	LEVEL 2 Responsable	LEVEL 3 Responsable	LEVEL 4 Responsable	LEVEL 5 Responsable	LEVEL 6 Responsable
Hospitalisation	●●●●	●●	●●●●	●●●	●●●●●	●●●●●
Médecine courante	×	●●	●●	●●●	●●●●	●●●●●
Dentaire	×	●●	●●	●●●	●●●●	●●●●●
Optique	×	●●	●●	●●	●●	●●●●

Vos niveaux de remboursement en détails :

DÉSIGNATION DES ACTES		LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6
HOSPITALISATION* (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité)							
Frais de séjour		300% de la BRSS <i>(voir Définitions p12)</i>	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Forfait journalier hospitalier <i>(voir Définitions p12)</i>		100% des Frais réels <i>(voir Définitions p12)</i>	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Forfait patient urgence <i>(voir Définitions p12)</i>		100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM <i>(voir Définitions p12)</i>	300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	170% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
	Médecins Non DPTAM	300% de la BRSS	100% de la BRSS	200% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Chambre particulière (maximum 30 jours par an)		50 € par jour	25 € par jour	50 € par jour	25 € par jour	75 € par jour	75 € par jour
Frais d'accompagnement (maximum 30 jours par an)		25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	50 € par jour	50 € par jour
Frais de transport du malade remboursés par le Régime obligatoire (sauf cure thermale) <i>(voir Définitions p12)</i>		300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS

* 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.

L'Association des Assurés APRIL vous propose un « Soutien Hospitalisation »

Pour vous soutenir dans les moments difficiles, nous mettons à votre disposition des services supplémentaires pour faciliter votre vie quotidienne en cas d'hospitalisation.

En tant qu'adhérent du contrat MyHealth France, souscrit par l'Association, vous en devenez membre. Et vous bénéficiez, au-delà de vos garanties d'assurance, d'un soutien en cas d'hospitalisation supérieure à 3 nuits :

● Pendant votre hospitalisation :

- › La garde d'enfants de moins de 15 ans couverte jusqu'à 250 €/hospitalisation.
- › La garde d'animaux de compagnie couverte jusqu'à 250 €/hospitalisation.

● Après votre hospitalisation :

Nous mettons à votre disposition une aide-ménagère à domicile jusqu'à 16 heures, y compris en cas de chimiothérapie ou radiothérapie.



DÉSIGNATION DES ACTES

LEVEL 1

LEVEL 2

LEVEL 3

LEVEL 4

LEVEL 5

LEVEL 6

SOINS COURANTS



Honoraires médicaux : Consultations/Visites généralistes et spécialistes	Médecins DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	170% de la BRSS	220% de la BRSS	220% de la BRSS
Actes de spécialité, de chirurgie et technique médicale y compris en soins externes	Médecins Non DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires médicaux : actes de radiologie	Médecins DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	170% de la BRSS	220% de la BRSS	220% de la BRSS
	Médecins Non DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires paramédicaux et examens en laboratoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Médicaments remboursés par le Régime obligatoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Médicaments prescrits non remboursés par le Régime obligatoire		-	-	-	-	-	30 € par an
Consultations psychologiques		-	1 ^{ère} séance de 55 min remboursée à hauteur de 40€, les séances suivantes de 40 min à hauteur de 30€. Max 8 séances par an				
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue)		-	-	-	-	-	50 € par séance, maximum 3 séances par an
Cures thermales prises en charge par le Régime obligatoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS



DENTAIRE (Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois hors « paniers 100% Santé »)

Soins remboursés par le Régime obligatoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le Régime obligatoire ¹		-	100% des frais réels				
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par le Régime obligatoire ¹		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Orthodontie prise en charge par le Régime obligatoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	350% de la BRSS
Prothèses et actes non pris en charge par le Régime obligatoire		-	-	-	-	-	300 € par an
Plafond prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par le Régime obligatoire ¹ Hors soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le Régime obligatoire ¹		-	-	-	250 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	500 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	1 000 € par an Au-delà : 100% de la BRSS



OPTIQUE

Équipement «100% Santé» Classe A ² : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle		-	100% des frais réels				
Équipement « Offre libre » Classe B ² : 1 monture + 2 verres		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	350 € (monture limitée à 100 €)
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ²		-	Prise en charge des équipements de la classe B à hauteur des plafonds respectifs et des éléments de la Classe A à hauteur des frais réels				
Lentilles acceptées et remboursées par le Régime obligatoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	250 € par an
Chirurgie réfractive		-	-	-	-	-	200 € par œil

DÉSIGNATION DES ACTES

LEVEL 1

LEVEL 2

LEVEL 3

LEVEL 4

LEVEL 5

LEVEL 6



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 ³ «100% Santé»	-	100% des frais réels				
Équipement de classe 2 «Panier libre» et accessoires, dans la limite de 1700 €/oreille - sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale ³	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS



AUTRES GARANTIES

Actes de prévention prévus par l'arrêté du 08/06/2006	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Frais médicaux imprévus effectués à l'étranger et remboursés par le Régime obligatoire	100% de la BRSS Frais d'hospitalisation uniquement	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Matériel médical : appareillages et frais orthopédiques (hors prothèses auditives et accessoire optique)	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS
Attestation Tiers Payant	oui	oui	oui	oui	oui	oui

AVEC LES FORMULES LEVEL 2 À LEVEL 6, VOTRE 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 des « paniers 100% santé » regroupant une sélection de lunettes, prothèses dentaires et appareils auditifs à tarifs encadrés dont l'intégralité des frais vous sera remboursée. Vous avez également la possibilité de choisir des équipements en dehors des « paniers 100% santé », dits « libres » qui seront remboursés dans la limite des garanties de votre contrat.



¹ 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.

² Tels que définis réglementairement. 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 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.

³ 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 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.

3 Vos services en ligne

Pour faciliter la gestion de votre contrat, nous développons continuellement de nouveaux services 100% en ligne et disponibles en anglais

Votre appli Easy Claim



Parlez à un médecin avec notre service de téléconsultation. C'est gratuit et illimité, disponible 24/7 !



Trouvez un prestataire de santé avec notre service de géolocalisation directement via votre appli.



Accédez à votre carte de tiers-payant pour éviter l'avance de frais.



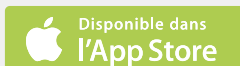
Communiquez avec vos conseillers dédiés.



Votre appli vous permet de gérer toutes vos demandes liées à votre assurance santé. Avec Easy Claim, vous pouvez :

- › envoyer vos demandes de remboursement de frais de santé pour les soins qui ne nous parviennent pas par télétransmission,
- › consulter et télécharger votre Carte de Tiers-Payant,
- › trouver un professionnel de santé proche de chez vous recommandé par APRIL,
- › connaître vos contacts privilégiés et nous joindre facilement,
- › faire une demande de téléconsultation,
- › modifier/ajouter votre RIB de remboursement,
- › consulter et modifier vos coordonnées personnelles,
- › consulter le détail de vos remboursements,
- › télécharger vos documents (attestation d'assurance, décompte de remboursement, formulaires, etc.).

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





TeladocTM
HEALTH

Un médecin disponible par téléphone

Pour accéder facilement à la médecine à distance, découvrez vos services disponibles gratuitement en partenariat avec Teladoc Health !

1 La téléconsultation :

Avec ce service, vous pouvez consulter un médecin à distance, dans le respect du secret médical.

Soumettez votre demande depuis votre appli Easy Claim et un professionnel de santé vous rappellera sous **3 heures, 24h/24 et 7j/7** partout dans le monde, dans la langue de votre choix, y compris en anglais.

Pratique et simple à utiliser, où que vous soyez, vous n'avez plus besoin de vous déplacer pour consulter un médecin !

2 Le second avis médical :

**Vous avez reçu un diagnostic d'un premier médecin et souhaitez avoir un second avis ?
Un traitement vous a été prescrit et vous souhaitez savoir s'il existe des alternatives ?**

Avec ce service, vous pouvez 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 votre dossier médical et vous contactera sous 24 heures maximum pour vous livrer ses conseils au regard de votre situation.

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

Votre espace client en ligne

Simple et 100% en ligne !

En quelques clics, depuis votre ordinateur, tablette ou smartphone, vous pouvez accéder depuis [ce lien](#) à votre espace client sécurisé pour :

- › télécharger votre carte de tiers-payant,
- › consulter vos documents et contacts utiles (attestation d'assurance, conditions générales...),
- › visualiser ou modifier vos informations bancaires et données personnelles,
- › accéder à vos remboursements, si vous êtes l'assuré(e),
- › régler et suivre le détail de vos cotisations, si vous êtes le souscripteur du contrat.



Autres services

associés à vos garanties pour améliorer votre quotidien !



Le suivi de votre contrat

Après votre adhésion, notre service Suivi Client est à votre disposition pour toute évolution relative à votre contrat.

Vous pouvez :

- › adapter le niveau de vos garanties à vos besoins tout au long de la vie de votre contrat,
- › ajouter un ayant-droit,
- › signaler une nouvelle adresse ou de nouvelles coordonnées bancaires,
- › apporter toute autre modification à votre couverture.

Pour le suivi de votre contrat, vous pouvez contacter notre équipe :

Tél : **+33 (0)1 53 05 30 57**

E-mail : myhealth.france@april-international.com



Un gestionnaire bilingue français/anglais

Nos **gestionnaires bilingues français/anglais** sont à votre disposition afin de vous renseigner par téléphone sur l'état de vos remboursements, le niveau de vos garanties ou plus généralement toute question relative à votre couverture.

Une carte de tiers-payant



Vous bénéficiez d'une carte de tiers-payant valable auprès de plus de 156 000 professionnels de santé partenaires.

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

Retrouvez votre carte de tiers-payant directement depuis votre appli Easy Claim !



VOS OFFRES PRIVILÉGIÉES

Grâce à votre contrat d'assurance santé, vous bénéficiez d'avantages exclusifs chez nos partenaires :

- › opticiens : **Krys, Lynx Optique** et **Vision Plus**, proposant des remises de 10% à 25% sur votre équipement optique !
- › audition : **Audika**, proposant un bilan auditif gratuit et jusqu'à 15% de réduction sur votre appareillage.



4

Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire



À qui s'adresse le contrat ?

Peut être couverte par le contrat toute personne expatriée, résidant en France et bénéficiant d'un Régime obligatoire français.

Dans quels pays êtes-vous couvert ?

Les garanties sont acquises à l'année en France. Elles sont également acquises lors de séjours temporaires jusqu'à 90 jours consécutifs dans le monde entier en cas de maladie inopinée, ainsi que dans votre pays de nationalité, 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)1 53 05 30 57 ou par e-mail à myhealth.france@april-international.com. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

À partir de quand êtes-vous couvert ?

À la date indiquée sur l'Attestation d'assurance et au plus tôt le lendemain suivant la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la demande d'adhésion de l'ensemble des assurés, complétée et signée), sous condition suspensive du paiement de la première cotisation. Votre couverture sera effective sous réserve de l'ouverture des droits auprès de votre régime de base.

Jusqu'à quand êtes-vous couvert ?

Les garanties cessent automatiquement :

- › lorsque vous voulez résilier 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),
- › lorsque vous voulez résilier à tout moment, après douze (12) mois d'adhésion. La résiliation prendra effet un mois à compter de la date de réception de votre notification et devra être adressée à APRIL International Care France par :
 - courrier simple ou recommandé à l'adresse suivante : Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan FRANCE **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),
- › lorsque vous ne résidez plus en France, sur présentation d'un document officiel en attestant.

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 : myhealth.france@april-international.com



Besoin d'un conseil pour choisir votre couverture ?

Contactez votre intermédiaire d'assurance ou directement nos conseillers :

- Par téléphone :
+33(0)173 03 41 29
- Par e-mail :
conseillers.expats@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.

5 Comment êtes-vous remboursé ?



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

NON RESPONSABLE

		Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	Level 6
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier	Dépense ⁽¹⁾	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement APRIL International	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
	Reste à charge	0,00 €	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 €	66,59 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement APRIL International	50,00 €	25,00 €	50,00 €	25,00 €	66,59 €	66,59 €
	Reste à charge	16,59 €	41,59 €	16,59 €	41,59 €	0,00 €	0,00 €
Séjour avec actes lourds : exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte en secteur privé <i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>							
Frais de séjour en secteur privé	Dépense ⁽²⁾	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €
	Remboursement Sécurité sociale	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €
	Remboursement APRIL International	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €
	Reste à charge	0,00 €	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 €	355,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement APRIL International	83,30 €	0,00 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	Reste à charge	0,00 €	83,30 €	0,00 €	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 €	447,00 €
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement APRIL International	175,30 €	0,00 €	175,30 €	136,00 €	175,30 €	175,30 €
	Reste à charge	0,00 €	175,30 €	0,00 €	39,30 €	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 <i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>							
Frais de séjour	Dépense ⁽²⁾	3 270,12 €	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 €	2 616,10 €
	Remboursement APRIL International	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €
	Reste à charge	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	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 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €

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

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 €	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⁾	-	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 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	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		14,00 €	14,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €
	Reste à charge		10,00 €	10,00 €	1,00 €	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 €	6,90 €	18,40 €	29,90 €	29,90 €
	Reste à charge		32,00 €	32,00 €	20,50 €	9,00 €	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 €	7,90 €	19,40 €	30,90 €	30,90 €
	Reste à charge		34,00 €	34,00 €	22,50 €	11,00 €	11,00 €
Matériel médical (hors prothèses auditives et accessoire optique)							
Achat d'une paire de béquilles	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 €	11,16 €
	Reste à charge		1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	0,00 €

⁽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.

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	Level 6
---------	---------	---------	---------	---------	---------

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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	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 €	32,25 €	86,00 €	247,25 €	247,25 €
	Reste à charge		429,98 €	429,98 €	376,23 €	214,98 €	214,98 €

Orthodontie (pour un enfant de moins de 16 ans)

Traitement 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 €	0,00 €	96,75 €	387,00 €	483,75 €
	Reste à charge		526,50 €	526,50 €	429,75 €	139,50 €	42,75 €

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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	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 €	0,06 €	0,06 €	0,06 €	338,91 €
	Reste à charge		338,85 €	338,85 €	338,85 €	338,85 €	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 €	0,06 €	0,06 €	0,06 €	350,00 €
	Reste à charge		600,85 €	600,85 €	600,85 €	600,85 €	250,91 €

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

OPTIQUE (suite)

Lentilles						
Lentilles correctrices	Dépense ⁽⁴⁾	—	156,87 €	156,87 €	156,87 €	156,87 €
	Remboursement Sécurité sociale		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement APRIL International		0,00 €	0,00 €	0,00 €	150,00 €
	Reste à charge		156,87 €	156,87 €	156,87 €	6,87 €
Chirurgie réfractive						
Opération correctrice de la myopie	Dépense ⁽⁴⁾	—	1846,60 €	1846,60 €	1846,60 €	1846,60 €
	Remboursement Sécurité sociale		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement APRIL International		0,00 €	0,00 €	0,00 €	400,00 €
	Reste à charge		1846,60 €	1846,60 €	1846,60 €	1446,60 €

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 €
	Remboursement Sécurité sociale		240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €
	Remboursement APRIL International		710,00 €	710,00 €	710,00 €	710,00 €
	Reste à charge		0,00 €	0,00 €	0,00 €	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 €
	Remboursement Sécurité sociale		240,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €
	Remboursement APRIL International		160,00 €	160,00 €	160,00 €	360,00 €
	Reste à charge		1076,00 €	1076,00 €	1076,00 €	876,00 €

⁽²⁾ Prix moyen national de l'acte ⁽⁴⁾ Prix limite de vente

i 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

Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93

E-mail : info.expats@april-international.com - 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