



Assurez-vous pendant votre expatriation avec **NedExpat**

Et bénéficiez d'une protection complète et adaptée
en complément du Régime de base français



Téléchargez notre appli Easy Claim



Une mutuelle pour les néerlandais en France : et si c'était facile ?

En tant qu'expatrié en France, vous quittez le régime social de votre pays d'origine. Vous découvrez le système de soins français, avec des conditions d'accès aux soins qui lui sont propres et parfois complexes. Il est alors essentiel de choisir une mutuelle qui saura vous accompagner à chaque étape. Avec NedExpat, vous bénéficiez d'une complémentaire santé française alliée à une gestion internationale.

Notre promesse



Une couverture conforme aux obligations réglementaires françaises



Aucune avance de frais sur de nombreux postes grâce au tiers payant



Des garanties acquises à vie, sans délai d'attente et un accompagnement médical 24/7



Tous vos services digitaux disponibles dans l'appli n°1 du marché

Nos chiffres clés

150 000

expatriés
couverts

180

pays
couverts

300

collaborateurs
polyglotes

26

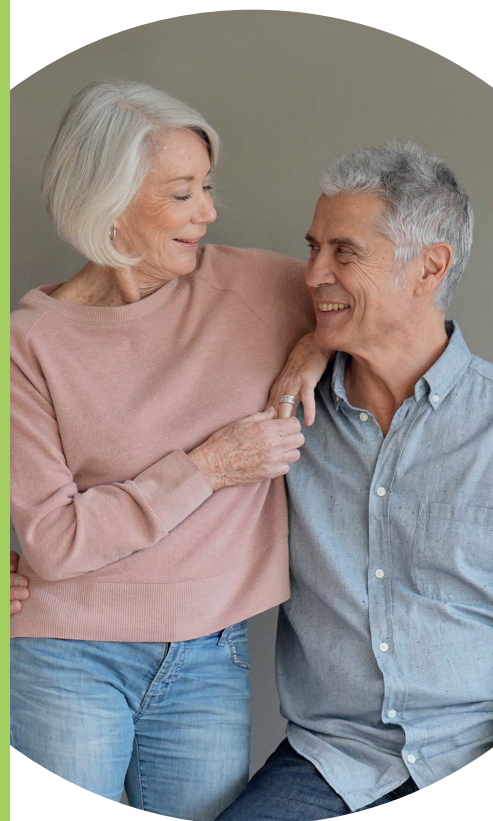
nationalités

20 000

partenaires
distributeurs

14

pays
d'implantation



Sommaire

- P.3** Comprendre et choisir votre couverture
- P.5** Comment bien vous assurer ?
- P.6** Vos garanties
- P.10** Des services digitaux pour une assurance plus facile
- P.13** Les services additionnels pour simplifier votre quotidien
- P.15** Fonctionnement du contrat
- P.16** Comment serez-vous remboursés ?

Comprendre et choisir votre couverture

Accéder au système de Sécurité sociale français

Comment y accéder ?

Selon votre situation, il existe plusieurs façons de s'affilier :

1

Vous êtes néerlandais installé en France en tant qu'artisan, commerçant ou auto-entrepreneur

Vous pouvez directement consulter tous nos tarifs, effectuer un devis, souscrire et signer [en ligne](#). Vous recevez immédiatement votre Attestation d'assurance et pouvez être couvert dès le lendemain.

2

Vous êtes retraité néerlandais et souhaitez vous installer en France

Vous pouvez faire transférer vos droits à la Sécurité sociale néerlandaise vers la Sécurité sociale française via le formulaire S1 (grâce à la législation européenne). N'oubliez pas de demander ce formulaire avant de partir des Pays-Bas.

3

Vous êtes néerlandais et souhaitez vivre en France de manière stable

Vous pouvez bénéficier de la Protection Universelle Maladie (PUMa). Adressez directement votre demande après 3 mois de résidence en France à l'un des bureaux de la Sécurité sociale française de votre région, aussi appelé CPAM (Caisse Primaire d'assurance Maladie).



La Protection Universelle Maladie (PUMa)

Quel objectif ?

La Protection Universelle Maladie 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 peut bénéficier de ce système.

Pour vérifier si vous êtes concerné et éligible à la PUMA rendez-vous [ici](#). 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).

Les mutuelles, aussi appelées complémentaires santé

Qu'est ce que ça signifie ?

La Protection Maladie Universelle permet donc de bénéficier d'un premier niveau de couverture des dépenses de santé. Celle-ci reste toutefois souvent insuffisante. 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**.

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



Un contrat solidaire et responsable

Qu'est-ce que c'est ?

Un contrat dit solidaire et 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 prise en charge de 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 14).

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

Pour savoir si le médecin que vous souhaitez consulter est adhérent à un DPTAM rendez-vous sur :

<http://annuairesante.ameli.fr/>

Comment bien vous assurer ?

En choisissant de confier votre santé au leader français de l'assurance des expatriés.

Nous le savons, l'installation à l'étranger est synonyme d'excitation et d'enthousiasme mais peut parfois soulever des questions en matière de santé.

C'est pourquoi chez APRIL, nous vous accompagnons durant toutes les étapes de votre expatriation depuis plus de 40 ans.

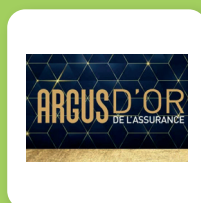
Nos conseillers sont à votre écoute 24/24

Des spécialistes de l'assurance expatriés bilangues français-néerlandais vous accompagnent dans le choix de votre assurance et à chaque étape de votre parcours médical, 24/7. Nos conseillers sont joignables par téléphone, e-mail, chat, Facebook Messenger et via votre appli Easy Claim.

Notre savoir-faire est récompensé

Nous avons ainsi reçu 19 prix sur les 3 dernières années, pour la qualité de nos services et notre capacité à innover pour faciliter l'accès aux soins de nos assurés.

En savoir plus



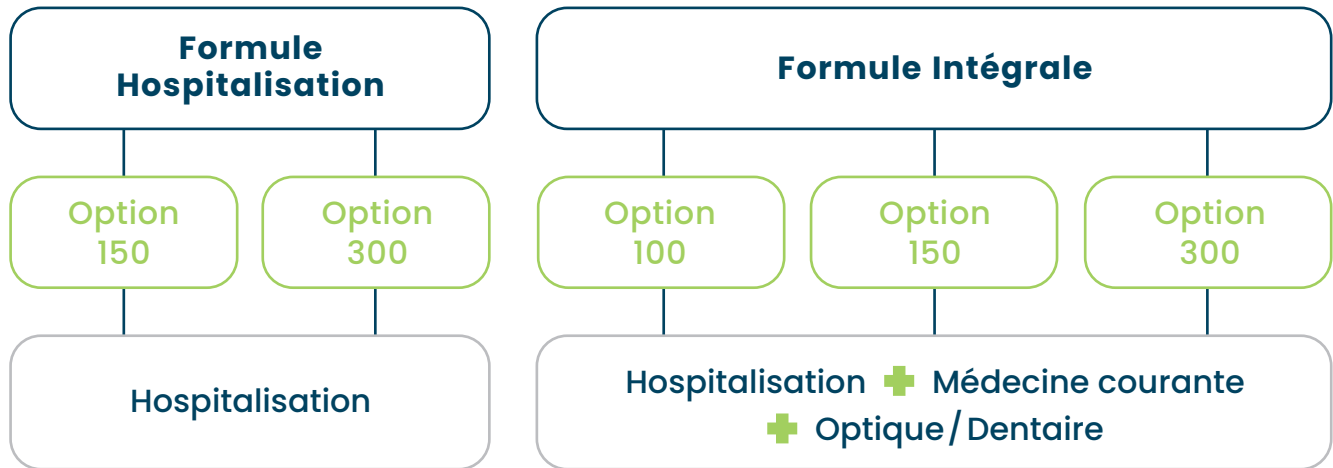
Nos clients sont satisfaits

★★★★☆ 4,6/5

Note APRIL International sur **ekomi**

Vos garanties

Choisissez une option et un niveau de couverture adaptés à vos besoins



Formule Hospitalisation

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) sous-déduction du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réellement engagés.

Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré.

	NON RESPONSABLE	NON RESPONSABLE
	Option 150	Option 300
Hospitalisation* (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité) > Délai d'attente de 3 mois		
Hospitalisation (voir définitions p15) chirurgicale et médicale (sauf chirurgie esthétique)	150% de la BRSS (voir définitions p15)	300% de la BRSS (voir définitions p15)
Forfait journalier hospitalier (voir définitions p15)	100% des <i>Frais réels</i> (voir définitions p15) (limité à 90 jours en établissement psychiatrique)	
Chambre privée (non prise en charge en cas d'hospitalisation psychiatrique)	30 €/jour (limité à 90 jours par an) Frais de téléphone et internet inclus	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 120 jours par an) Frais de téléphone et internet pris en charge jusqu'à 25 €/jour
Frais d'accompagnement (non pris en charge en cas d'hospitalisation psychiatrique)	25 €/jour (limité à 90 jours par an)	25 €/jour (limité à 120 jours par an)
Frais de transport du malade remboursés par le Régime obligatoire (voir définitions p14)	100% de la BRSS (sauf cure thermique)	
Forfait médecine courante en cas d'accident : radiologie, analyses et examens de laboratoire, actes techniques médicaux, médicaments	100% des <i>Frais réels</i> jusqu'à 50 € par acte et jusqu'à 750 € par an et par assuré	100% des <i>Frais réels</i> jusqu'à 75 € par acte et jusqu'à 1000 € par an et par assuré
Attestation Tiers Payant	oui	oui

* Délai d'attente abrogé en cas d'Accident ou si Vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du *Certificat de radiation* correspondant.
En cas d'hospitalisation, prise en charge de la participation forfaitaire.

Formule Intégrale

RESPONSABLE

RESPONSABLE

RESPONSABLE

Option 100

Option 150

Option 300

Hospitalisation* (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité)

Frais de séjour	En établissement	100% de la BRSS	150% de la BRSS	100% des Frais réels
	En établissement non conventionné			90% des Frais réels (au minimum 100% de la BRSS)
Forfait journalier hospitalier		100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Honoraires médicaux	Médecins DPTAM (voir définitions p14)	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
	Médecins non DPTAM (voir définitions p14)	100% de la BRSS	130% de la BRSS	200% de la BRSS
Chambre privée		-	30 € par jour (limité à 90 jours par an) Frais de téléphone et internet inclus	100% des Frais réels (limité à 120 jours par an) Frais de téléphone et internet pris en charge jusqu'à 25 €/jour
Frais d'accompagnement		-	25 € par jour (limité à 90 jours par an)	25 € par jour (limité à 120 jours par an)
Transport en ambulance du malade		100% de la BRSS (sauf cure thermale)	100% de la BRSS (sauf cure thermale)	100% de la BRSS (sauf cure thermale)

* En cas d'hospitalisation, prise en charge de la participation forfaitaire

Soins courants

Honoraires médicaux : Consultations/Visites généralistes et spécialistes Actes de spécialité, de chirurgie et technique médicale	Médecins DPTAM	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
	Médecins non DPTAM	100% de la BRSS	130% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires médicaux : Radiologie	Médecins DPTAM	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
	Médecins non DPTAM	100% de la BRSS	130% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires paramédicaux : analyses et examens de laboratoire		100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Forfait patient urgence (voir définitions p15)		100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Médicaments remboursés par le Régime obligatoire		100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Consultations de psychologues remboursées par le Régime obligatoire		100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Frais de transport du malade remboursés par le Régime obligatoire		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	150% de la BRSS	300% de la BRSS

Formule Intégrale (suite)

RESPONSABLE

RESPONSABLE

RESPONSABLE

Option 100

Option 150

Option 300

Dentaire (limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois hors « panier 100% Santé »)

Soins et Prothèses dentaires prises en charge par le Régime obligatoire «100% Santé» ¹	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Soins dentaires pris en charge par le Régime obligatoire	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par le Régime obligatoire «Panier Maîtrisé» et «Panier Libre» ¹	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Orthodontie prise en charge par le Régime obligatoire	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS

Optique

S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limitées 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 de Classe A «100% Santé» ² : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% Frais réels
Équipement de Classe B «Panier Libre» ² : 1 monture + 2 verres	100% de la BRSS	Forfait de 200 €	Forfait de 300 €
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ²	Prise en charge des équipements de la classe B à hauteur de 100% de la BRSS et des éléments de la Classe A à hauteur des Frais réels.		
Lentilles acceptées et refusées par le Régime obligatoire ou jetables	100% de la BRSS	100% de la BRSS + Forfait de 50 € par an	100% de la BRSS + Forfait de 80 € par an
Chirurgie réfractive des yeux	–	Forfait de 100 € pour les 2 yeux	Forfait de 100 € 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» ³	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Équipements de classe 2 «Panier libre» et accessoires, dans la limite de 1 700 €/oreille – sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale ³	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS

Formule Intégrale (suite)

RESPONSABLE

RESPONSABLE

RESPONSABLE

Option 100

Option 150

Option 300

Autres garanties

Ostéodensitométrie prise en charge par le Régime obligatoire		100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Actes d'ostéopathes, chiropraticiens et podologues		–	25 € par séance (maximum 75 € par an)	30 € par séance (maximum 150 € par an)
Cures thermales prises en charge par le Régime obligatoire		100% de la BRSS	100% de la BRSS + Forfait de 160 € par an	100% de la BRSS + Forfait de 230 € par an
Consultation de psychologues ou de psychiatres à l'étranger dans le cadre d'une thérapie à la gestion du deuil		–	40 € par séance et jusqu'à 2 séances par an	50 € par séance et jusqu'à 3 séances par an
Actes de prévention prévus par l'arrêté du 08/06/2006		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	En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% de la BRSS	150% de la BRSS	90% des Frais réels
	Tous les soins hors Hospitalisation médicale ou chirurgicale sont pris en charge dans les mêmes conditions que pour les soins dispensés en France.			
Attestation Tiers Payant		oui	oui	oui

Avec la formule Intégrale, 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.

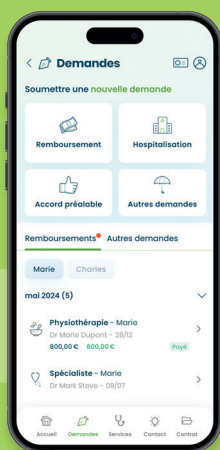
² Tels que définis réglementairement. Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte.

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.

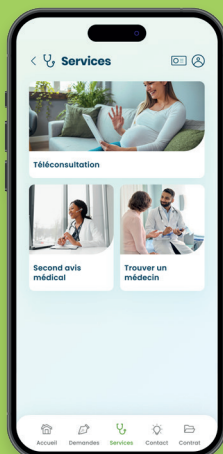
Des services digitaux pour une assurance en plus facile



1

Easy Claim, tous vos services dans l'appli n°1 du marché

Téléchargez l'appli Easy Claim et gérez votre contrat d'assurance santé en quelques clics.



2

Un service de téléconsultation 24/7

Depuis l'appli Easy Claim, entrez en contact avec un médecin à tout moment, grâce au service de téléconsultation gratuit et illimité inclus dans votre contrat.



L'appli Easy Claim

Tous vos services dans une seule appli



Parlez à un médecin via la téléconsultation



Trouvez un prestataire de santé



Retrouvez tous les documents utiles au fonctionnement de votre contrat

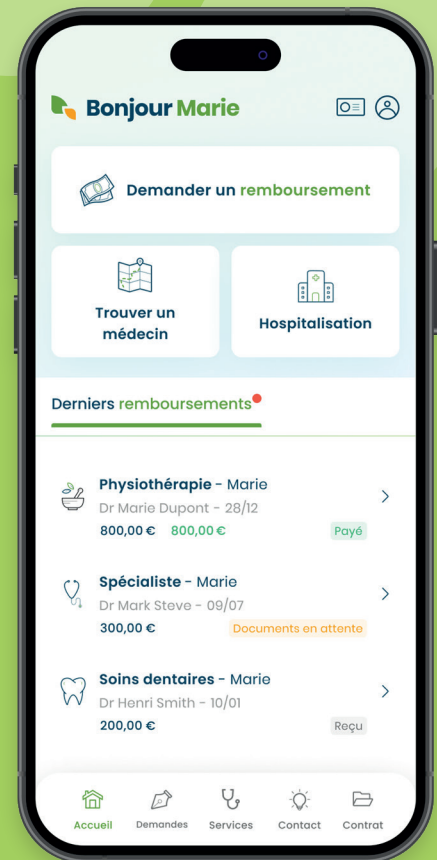
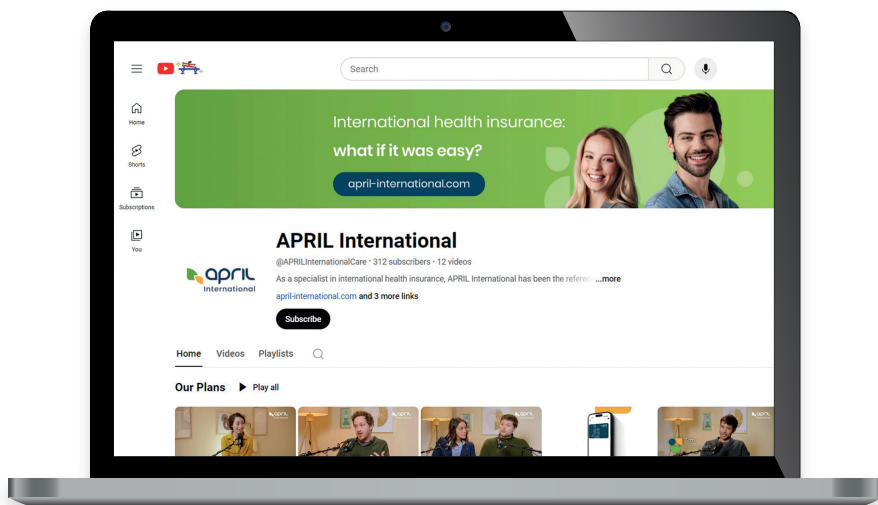


Consultez et modifiez vos informations personnelles



Communiquez avec vos conseillers dédiés

Retrouvez **ici** toutes nos vidéos pour bien prendre en main Easy Claim.



Téléchargez Easy Claim

Disponible dans
l'App Store

DISPONIBLE SUR
Google Play

Un médecin disponible 24/7

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 contactera sous **3 heures, 24h/24 et 7j/7** dans la langue de votre choix.

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](#) !



Les services additionnels pour simplifier 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,
- > souscrire de nouvelles options,
- > 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 56 98 30 87

E-mail : nedexpat@april.com

Une gestion bilingue français/néerlandais

Nos équipes bilingues français/néerlandais 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 NedExpat. De plus, grâce au service de télétransmission, votre CPAM nous adresse directement les décomptes de vos remboursements.

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



Un médecin à portée de clic 24/7

Grâce au service de téléconsultation inclus dans votre contrat, en partenariat avec Teladoc Health, leader mondial en télémédecine.

Ce service est très utile pour :

- > les affections mineures telles que les symptômes de la grippe, les maux de tête, les maux de gorge, etc,
- > obtenir des informations sur un traitement en cours,
- > vous aider à préparer un voyage,
- > la délivrance d'ordonnances dans le monde entier.

Teladoc
HEALTH



Des 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.



Définitions

› **Accord préalable** : certains actes médicaux ou traitements sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes un formulaire accompagné d'un devis détaillé avant d'engager les soins correspondants.

› **Base de remboursement de la Sécurité sociale française (BRSS)** : elle diffère selon le secteur dont le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier relève.

› **Délai d'attente** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet portée sur votre Certificat d'adhésion.

› **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.

› **Franchise** : somme qui, dans le règlement d'un sinistre, reste à votre charge.



**Besoin d'un conseil
pour choisir votre
couverture ?**

**Contactez les équipes
multilingues du cabinet
Assurances SECARA
3000 :**

- Par téléphone :
+33 (0)4 76 37 05 22
- Par e-mail :
contact@secara.fr
- Dans leur bureaux :
**5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin
FRANCE**

Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire

À qui s'adresse le contrat ?

Peut être couverte par le contrat : toute personne de nationalité néerlandaise, 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 français.

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

La liste complète des pays exclus est disponible en cliquant [ici](#) ou sur simple demande au +33 (0)1 56 98 30 87 ou par e-mail à nedexpat@april.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 obligatoire de base.

Jusqu'à quand suis-je 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,
 - via le formulaire disponible depuis votre Espace Assuré en sélectionnant le motif «Demander une résiliation»,
 - par e-mail à nedexpat@april.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 :

> en complétant le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos cotisations 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

> en indiquant vos coordonnées de carte bancaire sur la Demande d'adhésion.

3. Envoyez votre dossier par e-mail à contact@secara.fr ou par voie postale à l'adresse suivante :

Assurances Secara 3000
5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin
FRANCE

Comment serez-vous remboursé ?

Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2026

Produit conforme à la réforme «100% Santé»

NON RESPONSABLE	NON RESPONSABLE			
HOSPI 150	HOSPI 300	INTÉGRALE 100	INTÉGRALE 150	INTÉGRALE 300

Hospitalisation

Forfait journalier hospitalier	Dépense ⁽¹⁾	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)				
	Remboursement Sécurité sociale	0,00 €				
	Remboursement APRIL International	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⁾	67,00 €				
	Remboursement Sécurité sociale	0,00 €				
	Remboursement APRIL International	30,00 €	67,00 €	0,00 €	30,00 €	67,00 €
	Reste à charge	37,00 €	0,00 €	67,00 €	37,00 €	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⁾	838,98 €				
	Remboursement Sécurité sociale	814,98 €				
	Remboursement APRIL International	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⁾	443,00 €				
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €				
	Remboursement APRIL International	135,85 €	171,30 €	0,00 €	135,85 €	171,30 €
	Reste à charge	35,45 €	0,00 €	171,30 €	35,45 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Dépense ⁽²⁾	486,00 €				
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €				
	Remboursement APRIL International	135,85 €	214,30 €	0,00 €	81,51 €	214,30 €
	Reste à charge	78,45 €	0,00 €	214,30 €	132,79 €	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⁾	3 754,00 €				
	Remboursement Sécurité sociale	3 003,20 €				
	Remboursement APRIL International	750,80 €				
	Reste à charge	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⁾	—	30,00 €			
	Remboursement Sécurité sociale		19,00 €			
	Remboursement APRIL International		9,00 €			
	Reste à charge		2,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €

(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⁾	—	—	35,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			24,50 €		
	Remboursement APRIL International			10,05 €	10,05 €	10,05 €
	Reste à charge			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⁾	—	—	40,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			26,00 €		
	Remboursement APRIL International			12,00 €		
	Reste à charge			2,00 €	2,00 €	2,00 €
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⁾	—	—	50,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			24,50 €		
	Remboursement APRIL International			10,50 €	25,50 €	25,50 €
	Reste à charge			15,00 €	0,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense ⁽³⁾	—	—	53,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			26,00 €		
	Remboursement APRIL International			12,00 €	25,00 €	25,00 €
	Reste à charge			15,00 €	2,00 €	2,00 €
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⁾	—	—	62,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			16,10 €		
	Remboursement APRIL International			6,90 €	18,40 €	45,90 €
	Reste à charge			39,00 €	27,50 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense ⁽³⁾	—	—	66,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			14,10 €		
	Remboursement APRIL International			6,90 €	18,40 €	49,90 €
	Reste à charge			45,00 €	33,50 €	2,00 €
Matériel médical (hors prothèses auditives et accessoire optique)						
Achat d'une paire de béquilles	Dépense ⁽³⁾	—	—	26,71 €		
	Remboursement Sécurité sociale			14,64 €		
	Remboursement APRIL International			9,76 €	12,07 €	12,07 €
	Reste à charge			2,31 €	0,00 €	0,00 €

⁽³⁾ Tarif conventionnel

Comprendre 2 € de reste à charge

Franchises médicales et participation forfaitaire appliquées par la Sécurité sociale et non remboursées par votre contrat :

- > 2 €/consultation, acte technique et analyse biologique
- > 1 €/boîte de médicaments, et par acte para-médical
- > 4 €/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.

Dentaire

Soins et prothèses 100% santé

Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100% santé)	Dépense ⁽⁵⁾	—	—	515,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			72,00 €		
	Remboursement APRIL International			443,00 €		
	Reste à charge			0,00 €	0,00 €	0,00 €

Soins (hors 100% santé)

Détartrage	Dépense ⁽⁵⁾	—	—	43,38 €		
	Remboursement Sécurité sociale			26,03 €		
	Remboursement APRIL International			17,35 €		
	Reste à charge			0,00 €	0,00 €	0,00 €

Prothèses (hors 100% santé)

Couronne céramo-métallique sur molaires	Dépense ⁽²⁾	—	—	561,99 €		
	Remboursement Sécurité sociale			72,00 €		
	Remboursement APRIL International			48,00 €	108,00 €	288,00 €
	Reste à charge			441,99 €	381,99 €	201,99 €

Orthodontie (pour un enfant de moins de 16 ans)

Traitement d'orthodontie	Dépense ⁽²⁾	—	—	714,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			193,50 €		
	Remboursement APRIL International			0,00 €	96,75 €	387,00 €
	Reste à charge			520,60 €	423,85 €	133,60 €

Optique

Équipements 100% santé

Verres simples et monture de classe A	Dépense ⁽⁴⁾	—	—	115,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			20,70 €		
	Remboursement APRIL International			94,30 €		
	Reste à charge			0,00 €	0,00 €	0,00 €
Verres progressifs et monture de classe A	Dépense ⁽⁴⁾	—	—	210,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			37,80 €		
	Remboursement APRIL International			172,20 €		
	Reste à charge			0,00 €	0,00 €	0,00 €

Équipements hors 100% santé (offre libre)

Verres simples et monture de classe B	Dépense ⁽⁴⁾	—	—	372,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			0,09 €		
	Remboursement APRIL International			0,15 €	200,00 €	300,00 €
	Reste à charge			371,76 €	171,91 €	71,91 €
Verres progressifs et monture de classe B	Dépense ⁽⁴⁾	—	—	640,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			0,09 €		
	Remboursement APRIL International			0,06 €	200,00 €	300,00 €
	Reste à charge			639,85 €	439,91 €	339,91 €

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

Optique (suite)

Lentilles						
Lentilles correctrices	Dépense ⁽⁴⁾	—	—	156,87 €		
	Remboursement Sécurité sociale			0,00 €		
	Remboursement APRIL International			0,00 €	50,00 €	80,00 €
	Reste à charge			156,87 €	106,87 €	76,87 €
Chirurgie réfractive						
Opération correctrice de la myopie	Dépense ⁽⁴⁾	—	—	1846,60 €		
	Remboursement Sécurité sociale			0,00 €		
	Remboursement APRIL International			0,00 €	100,00 €	100,00 €
	Reste à charge			1846,60 €	1746,60 €	1746,60 €

Aides auditives

Équipements 100% santé						
Aides auditives de classe I par oreille pour un patient de plus de 20 ans	Dépense ⁽⁴⁾	—	—	950,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			240,00 €		
	Remboursement APRIL International			710,00 €		
	Reste à charge			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⁾	—	—	1 515,00 €		
	Remboursement Sécurité sociale			240,00 €		
	Remboursement APRIL International			160,00 €	360,00 €	960,00 €
	Reste à charge			1 115,00 €	915,00 €	315,00 €

(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). Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

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

APRIL est le leader du courtage grossiste en France avec un réseau de 30 000 courtiers partenaires. Les 3 000 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.

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 20 pays et a enregistré en 2024 un chiffre d'affaires de 860M€.

CONTACTEZ
VOTRE ASSUREUR CONSEIL :

ASSURANCES SECARA 3000

5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 37 05 22
E-mail : contact@secara.fr
Site web : www.secara.fr



NedExpat, une exclusivité du Cabinet Assurances SECARA 3000

Le Cabinet Assurances SECARA 3000 couvre les risques liés à la vie privée ou professionnelle et offre également un service pour faire fructifier l'épargne. Le conseil constitue la base de son métier.

Son objectif est d'apporter une attention particulière à la clarté des contrats et des garanties afin de conseiller les produits et services qui correspondent vraiment aux besoins des assurés.

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.
Produit conçu et géré par APRIL International Care France et assuré par Groupama Gan Vie
NAF6622Z – N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727

 **april**
International

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE