



VOTRE GUIDE ASSURÉ

Votre assurance gérée par **APRIL International**

Tout savoir sur votre contrat
et vos garanties au 1^{er} €

Mise à jour en Février 2026



Bienvenue chez APRIL International

Nous sommes très heureux de gérer votre complémentaire santé à l'étranger et vous souhaitons la bienvenue chez APRIL International. Vous bénéficiez d'un contrat collectif souscrit par le Ministère chargé de l'Agriculture pour l'ensemble de ses collaborateurs expatriés, auprès du groupement AGRICA/MERCER. Véritable mode d'emploi des services et avantages qui vous sont réservés, ce document a pour but de vous aider dans vos démarches et faciliter ainsi la gestion de votre Contrat au quotidien. Nous vous invitons à vous reporter à la Notice d'Information, mise à disposition dans votre espace assuré, afin d'avoir plus d'information sur vos garanties.

Nous vous souhaitons de profiter pleinement de votre expérience internationale.

**Vous avez des questions ?
Besoin d'un conseil ?
Nous sommes là pour vous 24/7 :**

En fonction de votre localisation, vous pouvez contacter nos bureaux de Paris, Mexico ou Bangkok.

Horaires d'ouverture de 8h30 à 18h (heure locale)



APRIL International PARIS

+33 (0)1 73 02 93 96

gestioncollective.expat@april-international.com



APRIL International MEXICO

+52 (55) 52 80 13 37

gestioncollective.expat@april-international.com



APRIL International BANGKOK

+66 (0) 2022 9180

gestioncollective.expat@april-international.com

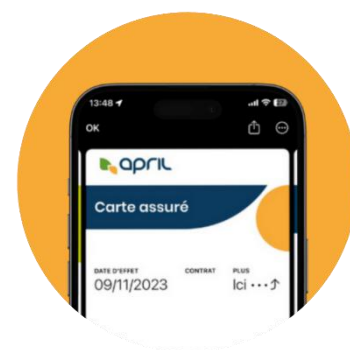
En dehors de ces horaires, nos conseillers sont à votre écoute en cas de situation délicate ou d'Urgence 24/7.



En cas d'urgence Médicale

Vous pouvez nous
Contacter 24/7 :

- > Europe, Afrique, Moyen-Orient:
+33 (0) 1 73 02 93 99
- > Asie et Pacifique :
+66 2022 9180
- > Etats-Unis et Canada :
+1 866 299 2900
- > Mexique :
+52 (55) 4170 85 90
- > Pour le reste du
continent américain :
+1 305 381 6977
- > En cas d'assistance
évacuation/rapatriement
partout dans le monde :
+33 (0) 1 41 61 23 25



Pour accéder facilement à vos contacts, ajoutez votre Carte assuré dans votre Wallet

1. Téléchargez l'appli Wallet sur
Apple ou sur Android,

2. Ajoutez votre Carte assuré
Wallet

- > en cliquant sur votre lien
personnalisé fourni dans votre
Pack de bienvenue
- > depuis votre appli Easy Claim
- > ou depuis votre Espace Assuré

Sommaire

1

P4. Comment utiliser votre contrat ?

2

P 6. Des services digitaux pour une assurance plus facile

- > L'appli Easy Claim
- > Votre Espace Assuré en ligne
- > Easy Pay Card, la nouvelle solution de tiers payant

3

P 10. Un accompagnement médical

- > Un service de téléconsultation 24/7
- > Vos démarches en cas d'hospitalisation
- > Où être soigné ?

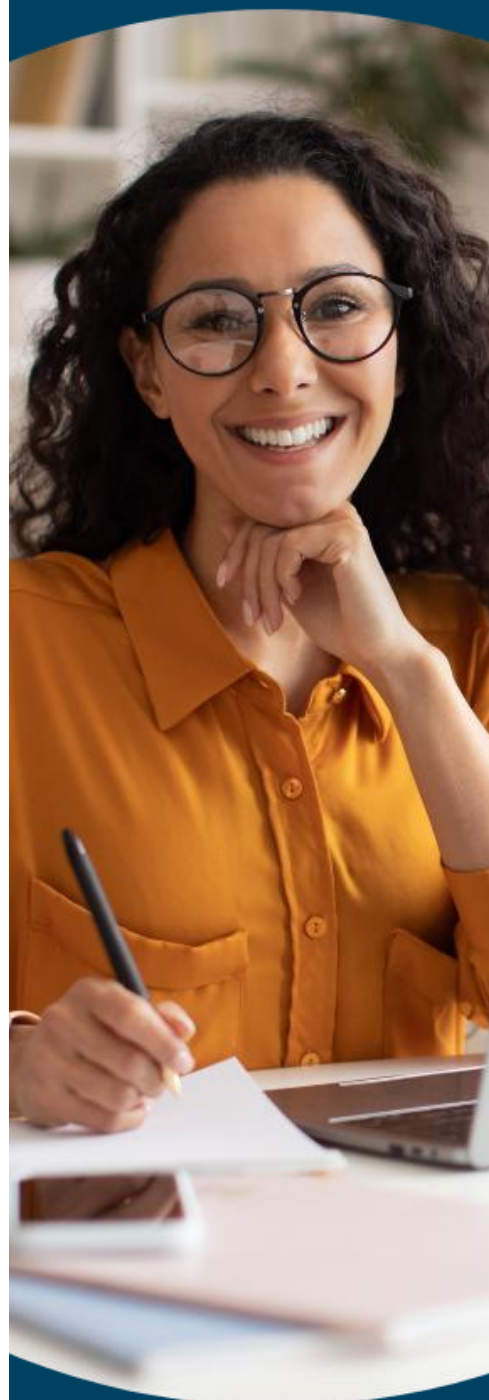
4

P 14. Les garanties frais de santé

5

P.22 Les garanties additionnelles

- > Garantie assistance rapatriement



1. Comment utiliser votre contrat ?

1 Qui sont les bénéficiaires des garanties ?

Vous-même (l'assuré principal), agent en situation de mobilité internationale ainsi que vos ayants-droit ci-après définis :

- > votre conjoint, non divorcé ni séparé judiciairement, ou concubin, ou partenaire de PACS,
- > vos enfants et petits-enfants à charge et ceux de votre conjoint.

À noter :

> les conjoints restés dans le pays d'origine pour y exercer leur profession doivent d'abord faire intervenir leur régime de Sécurité sociale et leur complémentaire santé. Le régime APRIL International intervient, le cas échéant, en complément.

2 Où êtes-vous couvert ?

Les garanties s'appliquent en France (y compris DROM-COM) et dans le pays d'affectation. S'agissant des soins réalisés à l'étranger, les garanties peuvent être acquises en dehors du pays d'affectation ou de la zone de couverture dans le monde entier mais uniquement pour les soins d'hospitalisation ou à prodiguer d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident, à une maladie inopinée ou une urgence médicale, survenant lors d'un séjour ponctuel (voyages à titre privé ou professionnel), pour raison non médicale, d'une durée inférieure à 30 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays d'expatriation ou la zone de couverture. Votre contrat distingue donc les prestations applicables lors vos séjours en France (y compris DROM-COM) et celles applicables pour les dépenses engagées à l'étranger, dites garanties au 1er euro. On entend par soins réalisés à l'étranger, les soins réalisés dans le pays d'affectation et à l'étranger. Concernant les soins réalisés à l'étranger, les prestations sont exprimées en pourcentage des frais réellement engagés et versées au 1er euro. Cela signifie qu'il n'y a pas de prise en charge complémentaire à un régime de base (CFE ou régime de sécurité sociale du pays d'expatriation).

3 Conseils utiles avant votre départ

Scannez ou photocopiez tous vos documents importants et adressez-vous les documents scannés par email pour toujours y avoir accès via votre messagerie : visa(s), documents d'identité (passeport...), mais aussi billets d'avion ou permis de conduire international ; ceci facilitera vos démarches en cas de perte ou de vol, vérifiez la date de validité de votre carte bancaire si vous partez avec.

Téléchargez :

- > votre carte assuré au format Wallet afin de pouvoir nous joindre rapidement en cas de problème
- > l'appli Easy Claim.

4 Que faire si votre situation évolue ?

Nous vous invitons à contacter MERCER MARSH BENEFITS pour toute modification de votre situation familiale (naissance, mariage, divorce...) dans les trente jours qui suivent l'évènement afin que vos informations personnelles puissent être mises à jour :

- > par téléphone au : 09 71 09 19 61
- > par e-mail à : affiliations@mercer.com



Bon à savoir :

Vous pouvez mettre à jour vos coordonnées bancaires directement depuis votre appli Easy Claim.

Vous pouvez bénéficier du service de virement instantané et éviter ainsi les délais interbancaires.

Pour cela, il suffit d'avoir un compte bancaire ouvert en France ou plus largement dans la zone SEPA (en €), auprès d'une banque éligible à ce service.



Important

Les démarches importantes pour le bon traitement de vos demandes :



Nous vous demandons de garder les factures originales (et autres justificatifs) pendant une période de 2 ans à compter de la date à laquelle vous avez effectué la demande de remboursement. Elles pourraient vous être réclamées pour le traitement de votre demande.



Pour recevoir vos remboursements, veuillez vérifier que vous nous avez bien transmis vos coordonnées bancaires depuis votre appli Easy Claim ou votre Espace assuré.



Toute dépense médicale égale ou supérieure à 2 000 €/US\$ (hors urgence) est soumise à l'accord préalable de notre Médecin conseil (valable 6 mois). Avant d'engager ces dépenses, vous aurez donc à faire compléter, par le professionnel de santé qui prescrira les soins, une demande d'accord préalable accompagnée d'un devis détaillé.

Vous pouvez envoyer votre demande d'accord préalable directement depuis votre appli Easy Claim :

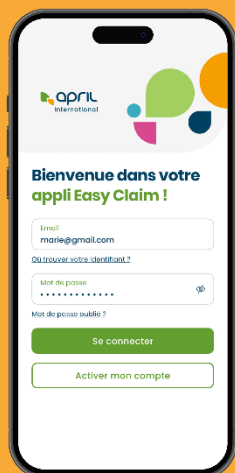
- > sur la page d'accueil de l'appli, cliquez sur « Demandes » puis sur « Accord préalable »,
- > complétez votre demande et n'oubliez pas de transmettre votre devis et votre ordonnance de soins.

Toute dépense médicale égale ou supérieure à 2000 € / US\$ (hors urgence) et les hospitalisations programmées qui n'ont pas fait l'objet d'une demande d'entente préalable ou dont la demande d'entente préalable a été refusée ne seront pas prises en charge. Pensez bien à nous transmettre votre demande.

Par exemple L'agent se rend chez le médecin pour une consultation :
En France :
L'agent assuré CPAM présente sa Carte Vitale et, grâce à la télétransmission, il sera remboursé automatiquement par APRIL pour la part restant à sa charge, conformément au tableau des garanties.
À l'étranger :

L'agent envoie la facture à APRIL, qui effectue le remboursement par virement bancaire sur le compte de l'agent, selon les conditions prévues dans le tableau des garanties.

2. Des services digitaux pour une assurance plus facile



1

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

Pour vous faciliter la vie à l'Étranger, téléchargez Easy Claim et gérez votre Contrat d'assurance santé internationale en quelques clics.



2

Votre Espace Assuré en ligne

En quelques clics, depuis votre ordinateur, tablette ou smartphone, accédez à votre Espace Assuré.



3

Easy Pay Card

La nouvelle carte de paiement digitale des frais de santé onéreux.



L'appli Easy Claim

Tous vos services dans une seule appli



Envoyez vos factures de soins et suivez vos remboursements



Parlez à un médecin via la téléconsultation



Trouvez un prestataire de santé



Préparez une hospitalisation



Retrouvez tous les documents utiles au fonctionnement de votre contrat

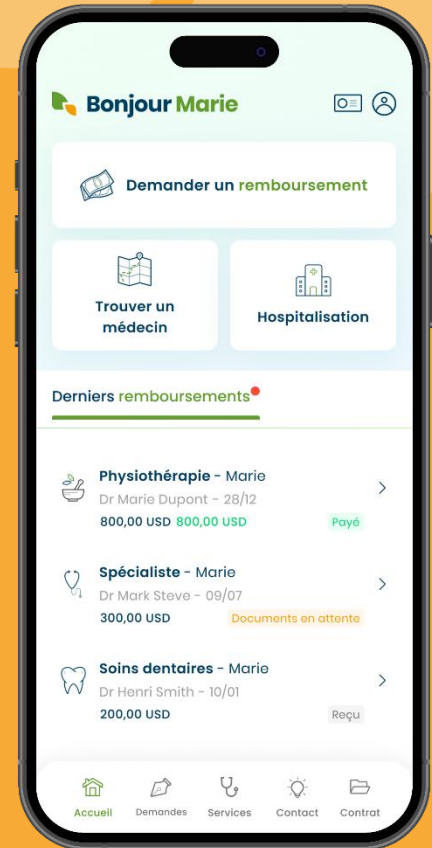
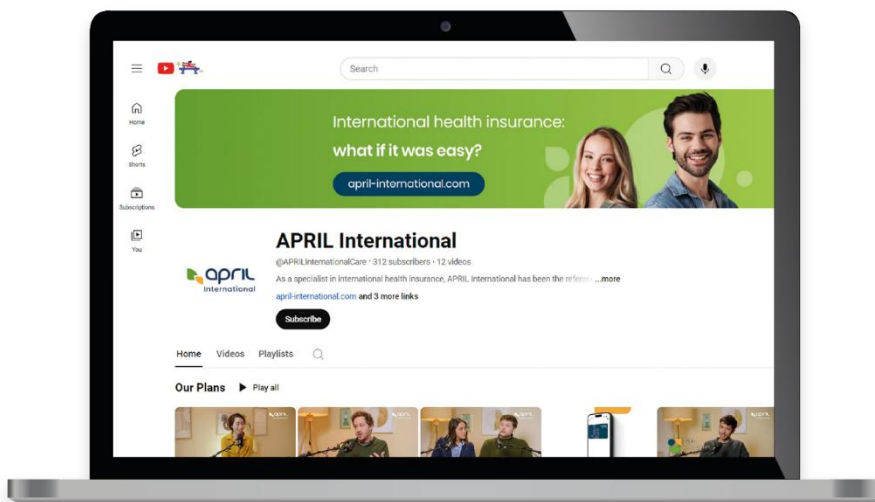


Consultez et modifiez vos informations personnelles



Communiquez avec vos conseillers dédiés

Retrouvez [ici](#) toutes nos vidéos pour bien prendre en main Easy Claim.



Téléchargez Easy Claim

Télécharger dans
l'App Store

DISPONIBLE SUR
Google Play

Dans le cas d'un pays (ex Chine) qui bloque l'utilisation de Google et de la géolocalisation, l'assuré peut utiliser un VPN ou adresser ses demandes par e-mail à gestioncollective.expatrie@april-international.com

Votre Espace Assuré

Gérer vos démarches en ligne



Déposez vos demandes de remboursement depuis votre ordinateur



Accédez à vos factures et payez vos cotisations en ligne



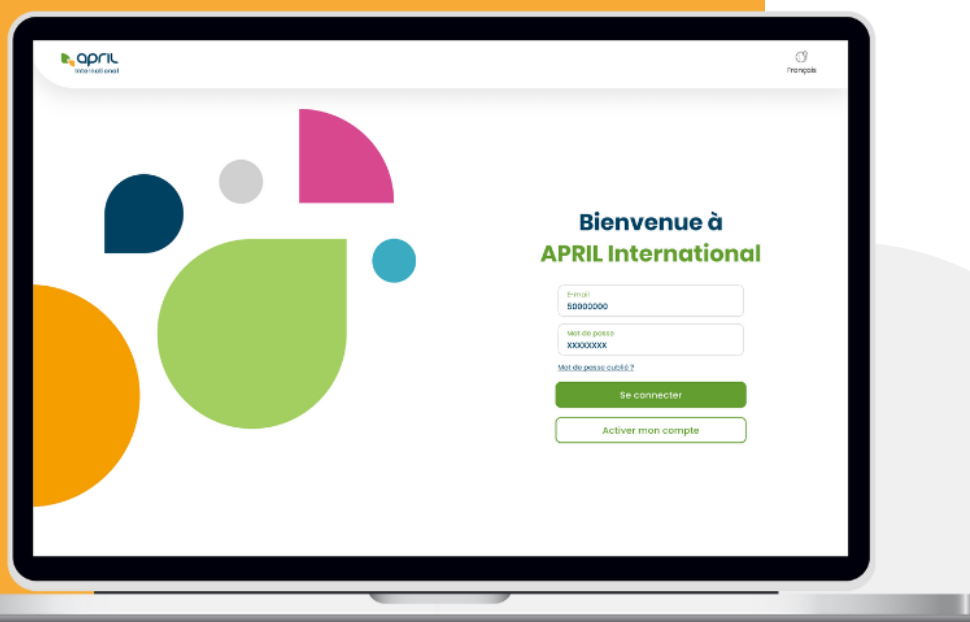
Consultez et modifiez vos informations personnelles



Demandez un changement sur votre contrat



Téléchargez une attestation d'assurance



Accéder à votre
Espace Assuré en ligne

Nouveau !

Easy Pay Card

Une carte de paiement digitale pour vos frais de santé onéreux

Pour que vous puissiez bénéficier d'une solution de tiers payant dans les zones hors réseaux de soin April et vous éviter l'avance de frais lors de vos soins courants onéreux.

Cette carte est utilisable pour tous types d'actes médicaux couverts par votre *Contrat* et sur présentation d'un devis :

- > Imagerie médicale : IRM, échographie, radiographie etc...
- > Prothèse : dentaire, médicale, auditive.
- > *Hospitalisation* : APRIL peut, dans certains cas, vous mettre à disposition une Easy Pay Card en lieu et place d'une prise en charge médicale.
- > Optique : monture, verres, lentilles.

Attention : cette carte pourra vous être délivrée par APRIL sur présentation d'un devis justifiant de la nécessité des dépenses et leur caractère onéreux.

Elle est utilisable pour des soins d'urgence ou programmés. En cas d'urgence, aucun devis ne vous sera demandé



Envoyer un devis

Utilisation de la Easy Pay Card



Demande de création de la Easy Pay Card

En cas de soin coûteux, vous nous transmettez votre devis santé (easypaycard@april-international.com)



Mise à disposition de la Easy Pay Card

Votre carte est créditée instantanément du montant correspondant aux soins prévus. Vous enregistrez votre carte dans votre Wallet



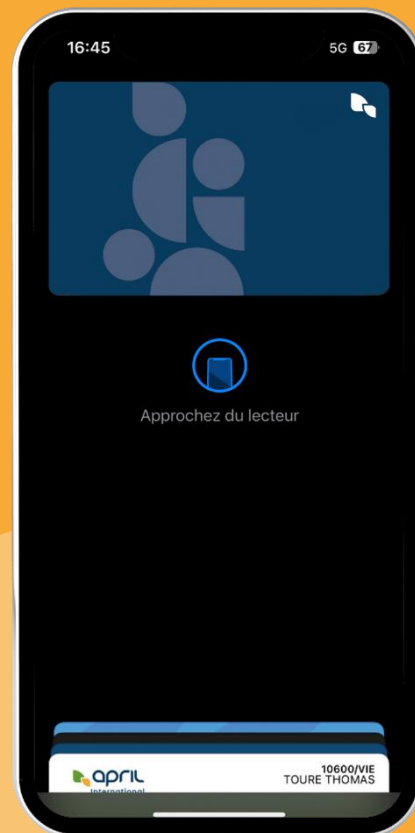
Consultation

Rendez-vous chez votre médecin ou dans votre établissement de soins et réglez votre facture avec votre Easy Pay Card



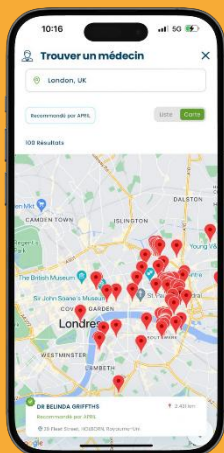
Facture

Vous nous transmettez vos justificatifs de soins via votre appli



Par exemple (en France ou à l'étranger) : L'agent qui doit effectuer une IRM programmée peut transmettre le devis à APRIL afin de demander l'activation de la Easy Pay Card et le rechargement du montant à régler auprès du centre de diagnostic. L'agent reçoit un lien lui permettant d'activer la carte au format digital. Grâce à cette carte, il pourra régler directement la facture en payant avec sa Easy Pay Card dans l'établissement de soins. L'agent transmet à April le justificatif de soins via l'appli.

3. Comptez sur un accompagnement médical 24/7 où que vous soyez



2,2 millions de professionnels de santé référencés dans le monde

Retrouvez le réseau de soins April où vous n'avez pas d'avance de frais à prévoir : hôpitaux, médecins et pharmacies partenaires sur l'appli Easy Claim.



Vous êtes Hospitalisé en Urgence

Nous sommes joignables 24/7 aux numéros d'Urgence présents sur votre Carte assuré (disponible sur Easy Claim et téléchargeable dans votre Wallet).



Vous programmez une hospitalisation

Envoyez-nous votre demande de prise en charge sur l'appli Easy Claim dès que possible afin que nous puissions vous accompagner dans votre parcours de soins : notre *Equipe Médicale* vous conseille sur le traitement prescrit, vous oriente vers l'établissement le plus adapté, et organise le paiement de votre facture auprès de l'hôpital.



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.

Teladoc
HEALTH



Service d'orientation Médicale

Notre *Equipe Médicale* experte vous aide à préparer une *Hospitalisation* ou des soins longue durée en vérifiant le protocole de soins et en recommandant des structures adaptées. Nous vérifions la cohérence des tarifs avec les traitements et votre lieu de soins. Nous pouvons être amenés à vous sensibiliser sur le caractère abusif des coûts pratiqués et vous proposer des établissements de soins alternatifs, pour vous garantir une meilleure prise en charge.

Un médecin disponible 24/7

1

La téléconsultation :

Avec ce service, vous pouvez consulter un médecin à distance, dans le respect du secret médical.
Envoyez votre demande depuis votre appli Easy Claim et un professionnel de santé vous contactera **sous 3 heures, 24h/24 et 7j/7** partout dans le monde, 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 !

Pour en profiter :

- > rendez-vous dans la rubrique « Services » depuis votre écran d'accueil Easy Claim,
- > sélectionnez « Téléconsultation »,
- > complétez le formulaire en quelques clics et envoyez votre demande.

Si besoin, le médecin peut délivrer une ordonnance.

La téléconsultation n'est pas un service d'Urgence.
En cas de nécessité, déplacez-vous vers l'hôpital le plus proche.

Ce service est très utile :

- > en cas d'affection bénigne comme des symptômes grippaux, un mal de tête, un mal de gorge, ...
- > pour avoir des informations sur un traitement en cours,
- > pour vous aider à préparer un déplacement, **pour la délivrance d'ordonnances partout dans le monde.**

2

Le second avis médical

Avec ce service, vous pouvez entrer en relation avec l'un des 50 000 médecins spécialistes membres du réseau Teladoc Health et obtenir un Second Avis Médical concernant une pathologie diagnostiquée et le traitement proposé.
Un médecin expert prend connaissance de votre dossier médical et vous contacte sous 24 heures maximum pour vous livrer ses conseils au regard de votre situation.

Pour en profiter :

- > rendez-vous dans la rubrique « Services »,
- > sélectionnez « Second avis médical »,
- > complétez le formulaire en quelques clics et envoyez votre demande.



Vos démarches en cas d'hospitalisation :

Vous nous appelez pour



Une hospitalisation programmée



Contactez-nous dès que possible
Maximum 5 jours avant votre admission à l'hôpital

Pour effectuer votre demande de prise en charge hospitalière rendez-vous sur votre application Easy Claim rubrique « *Déposer une demande* » puis « *Hospitalisation* ».



Préparez votre dossier avec :

- > tous les documents médicaux liés à votre *Hospitalisation**
- > le devis de l'hôpital avec les honoraires des médecins en indiquant les dépassements d'honoraires
- > le coût de la chambre particulière.

Déposez-le sur votre appli mobile Easy Claim.



Nous analysons le dossier et notre médecin conseil **répond sous 5 jours**. En cas d'avis favorable, nous vous envoyons l'accord de prise en charge par e-mail et le transmettons à votre hôpital.



L'hôpital nous envoie la facture et nous réglons directement les frais à l'hôpital.



Une hospitalisation d'urgence



Contactez-nous dès que possible

aux numéros indiqués indiqués sur votre Carte assuré (également disponibles page 2 de ce Guide, ainsi que sur votre appli Easy Claim) et préparez les documents suivants à nous envoyer par e-mail à l'adresse:

- hospitalisation.expat@april-international.com :
- > le bulletin d'entrée aux urgences ou équivalent
 - > le rapport d'Accident.



Dans un délai de **4 heures suivant la réception de votre dossier complet**, nous analysons votre demande avec nos médecins conseil. En cas d'avis favorable nous transmettons l'accord de prise en charge à l'hôpital.



Après votre *Hospitalisation*, envoyez-nous le compte-rendu d'*Hospitalisation* par e-mail à l'adresse hospitalisation.expat@april-international.com.



L'hôpital nous envoie la facture et nous réglons directement les frais à l'hôpital.

* Votre formulaire d'Attestation Médicale Confidentielle complété par votre médecin, ou tout document équivalent, la prescription de votre médecin, si vous en avez un, votre rapport médical, si vous en avez, les résultats de scanners, analyses, radiographies... en lien avec l'Hospitalisation

Où être soigné ?

Service d'orientation médicale

Vous avez libre choix de votre médecin ou de votre établissement hospitalier.

Mais parce qu'il est parfois difficile de savoir qui consulter, parce que la médecine revêt parfois dans certains pays aussi un caractère commercial au détriment de la qualité des soins, nous vous proposons un service d'orientation médicale. Sachez néanmoins que si vous consultez un médecin ou vous rendez dans une structure médicale pratiquant des coûts déraisonnables, une partie des frais restera à votre charge. N'hésitez pas à nous consulter pour choisir le professionnel de santé adapté.

Comment ça marche ?

Vous souhaitez vous renseigner sur les médecins et les structures médicales proches de vous ? Vous avez accès via votre appli Easy Claim à la liste des prestataires de santé de notre réseau. Nos conseillers peuvent également vous accompagner.

Vous devez vous faire hospitaliser ?

Nous vous aidons à préparer une Hospitalisation :

1. Notre *Equipe Médicale* étudie le plan de soins qui vous est proposé afin de s'assurer que celui-ci est adapté à votre état de santé. Nous vous conseillons des structures médicales de qualité, adaptées à votre situation. Nous pouvons également vous proposer un 2ème avis médical auprès d'un médecin local ou de votre pays d'origine.

2. Nous veillons à ce que les tarifs qui vous sont proposés, soient cohérents avec le traitement prescrit et la localité dans laquelle vous serez soigné.

Parce que ces frais peuvent considérablement varier et pour éviter les abus, nous disposons de bases de données actualisées chaque année avec des tarifs de référence, depuis plus de 30 ans. Nous mettons ainsi à votre disposition un réseau de près de 2 millions de professionnels de santé partenaires, qui proposent des soins de qualité à des tarifs maîtrisés.

Si une demande de remboursement est jugée non raisonnable ou inhabituelle par rapport aux frais couramment pratiqués, nous nous réservons le droit de limiter le montant de votre remboursement ou de refuser votre demande.

3. Dans certains cas, notre analyse peut nous conduire à vous proposer un transfert vers un autre hôpital, ou un rapatriement vers votre pays d'origine. Toute alternative pouvant présenter un intérêt vous sera alors présentée.

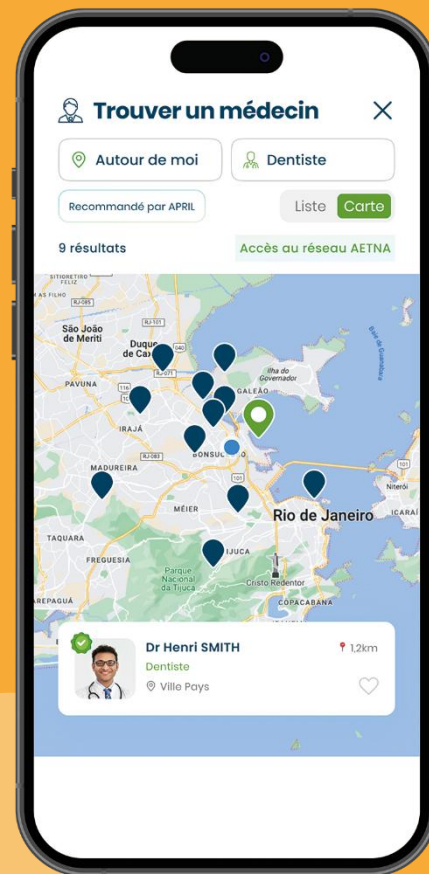
Avec votre accord, nous mettons en œuvre la solution la plus adaptée à votre situation. Nous vous appelons régulièrement tout au long de votre séjour et à votre sortie de l'hôpital, afin de vous assurer le meilleur suivi.

Vous avez une pathologie nécessitant un suivi spécifique ?

1. Notre *Equipe Médicale* étudie votre plan de soins et vous conseille des structures médicales de qualité, adaptées à votre situation médicale.

2. En cas de dépenses importantes à engager régulièrement, une prise en charge directe pourra être effectuée par APRIL auprès de votre professionnel de santé.

Dans tous les cas, nous veillerons à ce que vous ayez accès à des soins de qualité, à des tarifs raisonnables et coutumiers.



A noter :

Pour toute demande de consultation, d'*Hospitalisation* ou de médecine courante aux États-Unis, le recours aux réseaux de soins proposé par notre partenaire Global Excel est recommandé. (Dans le réseau April, l'agent n'a pas besoin d'avancer les frais)

4. Les garanties frais de santé



Les garanties frais de santé

La liste complète des garanties dont vous bénéficiez se trouve dans le tableau de garanties ci-dessous. Les dispositions applicables pour chaque garantie sont disponibles dans la notice d'information communiquée par votre employeur et mise à disposition sur le site <https://www.psc-agriculture-mercier.fr/affiliation/je-suis-expatrie-comment-je-m'affile>

Quelques informations importantes avant d'aller plus loin:

Les frais de santé sont pris en charge dans la limite des Frais réels (FR) et des coûts raisonnables et habituels compte tenu du pays dans lequel ils sont pratiqués.

Nous sommes attentifs aux tarifs pratiqués par les professionnels de santé et veillons à ce que ceux-ci ne soient pas incohérents avec les coûts constatés localement.

	Formule "étranger"	
SYNTHÈSE DES GARANTIES	LIMITES DE COUVERTURE des soins réalisés en France (panier de soins)	LIMITES DE COUVERTURE Soins réalisés à l'étranger
Plafond des frais de santé par an et par assuré	300 000 €	
Honoraires médicaux		
Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM (1)	100% BR	90% FR
Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM (1)	100% BR	90% FR
Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM (1)	150% BR	90% FR
Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM (1)	130% BR	90% FR
Actes Techniques Médicaux, adhérent au DPTM (1)	150% BR	90% FR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent au DPTM (1)	130% BR	90% FR
Actes de Chirurgie, adhérent au DPTM (1)	150 % BR	90 % FR
Actes de Chirurgie, non adhérent au DPTM (1)	130 % BR	90 % FR
Honoraires paramédicaux hors masseurs - kinésithérapeutes y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale par les sages femmes et infirmiers Auxiliaires Médicaux	100 % BR	90 % FR
Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR	90 % FR
Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	100% BR	-
Consultation psychologue dans la limite de 8 séances/an	-	40 € / séance
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	90% FR

	Formule "étranger"	
SYNTHÈSE DES GARANTIES	LIMITES DE COUVERTURE des soins réalisés en France (paniers de soins)	LIMITES DE COUVERTURE Soins réalisés à l'étranger
Affection longue durée (prise en charge 100% SS Française)	-	100% FR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à l'OPTAM et OPTAM-CO	130% BR	90% FR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à l'OPTAM et OPTAM-CO	100% BR	90% FR
Actes de prévention (2)	100% BR	100 % BRR
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 €/ acte	183 €/ acte
Honoraires de médecines douces : (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) forfait par bénéficiaire	30 € / séance max. 2 séances / an	30 € / séance max. 2 séances / an
Poste Pharmacie		
Médicament à service médical rendu majeur ou important	100% BR	90% FR
Médicament à service médical modéré	100% BR	90% FR
Médicament à service médical rendu faible	100% BR	90% FR
Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti grippale	100 % BR	90 % FR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70€/ an	100€/ an
Contraception (homme ou femme), test de grossesse	80€ / an	80€ / an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	80€ / an	80€ / an
Matériel médical		
Fournitures médicales, pansements	200 % BR	150 % BRR
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses, piles et accessoires pour les aides auditives	200 % BR	150 % BRR

	Formule "étranger"	
SYNTHÈSE DES GARANTIES	LIMITES DE COUVERTURE des soins réalisés en France (panier de soins)	LIMITES DE COUVERTURE Soins réalisés à l'étranger

Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité

Frais de séjour	100% BR	90% FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à l'OPTAM et OPTAM-CO (1)	150% BR	90% FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à l'OPTAM et OPTAM-CO (1)	130% BR	90% FR
Forfait Journalier hospitalier (4)	100% FR	-
Forfait actes lourds (3)	100% FR	-
Forfait patient urgence (5)	100% FR	-
Chambre particulière court séjour et maternité	50,00 € / nuit	68,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	40,00 € / nuit	68,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	45,00 € / nuit	68,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)	25 € / nuit	25 € / nuit
Frais accompagnant - établissement conventionné	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25 € / nuit	38,50 € / nuit

Poste Optique

Monture et verres : Expression des garanties par élément

Équipement : 2 verres + monture

1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans

Équipements 100% santé (Classe A) (7)

Monture	Frais réels	-
Verres	Frais réels	-
Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	Frais réels	-

Autres prescriptions équipements (Classe B)

Monture	50 € / an	100 € / an
---------	-----------	------------

	Formule "étranger"	
SYNTHÈSE DES GARANTIES	LIMITES DE COUVERTURE des soins réalisés en France (panier de soins)	LIMITES DE COUVERTURE Soins réalisés à l'étranger
Verre unifocal sphérique (8)		
Sphère de -6 à +6	60 € par verre	125 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 € par verre	300 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique (8)		
Cylindre $\leq + 4$, sphère de -6 à 0	60 € par verre	125 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq + 6$	60 € par verre	125 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 € par verre	300 € par verre
Cylindre $\geq + 0,25$, sphère < -6	110 € par verre	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	110 € par verre	300 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique (8)		
Sphère de -4 à + 4	150 € / verre	300 € / verre
Sphère < -4 ou > + 4	200 € / verre	350 € / verre
Verre multifocal ou progressif Sphéro-cylindrique (8)		
Cylindre $\leq + 4$, sphère de -8 à 0	150 € / verre	300 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq + 8$	150 € / verre	300 € / verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	200 € / verre	350 € / verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 € / verre	350 € / verre
Cylindre $\geq + 0,25$, sphère < -8	200 € / verre	350 € / verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B (7)	Frais réels	-
Supplément pour verre avec filtre (7)	Frais réels	-
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale y compris lentilles jetables	100 € par an	130 € par an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale y compris lentilles jetables	100 € par an	130 € par an
Chirurgie Réfractive dont kératotomie	400 € par an et par œil	400 € par an et par œil

	Formule "étranger"	
SYNTHÈSE DES GARANTIES	LIMITES DE COUVERTURE des soins réalisés en France (paniers de soins)	LIMITES DE COUVERTURE Soins réalisés à l'étranger
Poste Dentaire		
Soins et prothèses dentaires du panier 100% santé (7)	Frais réels	-
Soins dentaires	100% BR	90% FR
Soins et prothèses du panier maîtrisé		
Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	375% BR	320% BRR
Prothèses dentaires amovibles	375% BR	320% BRR
Prothèses dentaires provisoires	375% BR	320% BRR
Inlay Core	375% BR	320% BRR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	140% BRR
Soins et prothèses du panier libre		
Prothèses dentaires fixes (couronne et bridge) - dent visible	300% BR	320% BRR
Prothèses dentaires fixes (couronne et bridge) - dent non visible	250% BR	320% BRR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	300% BR	320% BRR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	250% BR	320% BRR
Prothèses dentaires provisoires	300% BR	320% BRR
Inlay Core	200% BR	140% BRR
Inlays onlays d'obturation	200% BR	140% BRR
Implant dentaire	500 € par implant (limité à 2 par an)	500 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant	200 € par couronne (limité à 2 par an)	200 € par couronne (limité à 2 par an)
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale	-	225% BRR
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	250% BR	255% BRR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	400 € par semestre	225% BRR

	Formule "étranger"	
SYNTHÈSE DES GARANTIES	LIMITES DE COUVERTURE des soins réalisés en France (panier de soins)	LIMITES DE COUVERTURE Soins réalisés à l'étranger
Poste aides auditives (9)		
Moins de 20 ans		
Classe 1, équipement 100% santé (7)	Frais réels	-
Classe 2, équipement à tarif libre	1400 € / prothèse	1200 € / prothèse
20 ans et plus		
Classe 1, équipement 100% santé (7)	Frais réels	-
Classe 2, équipement à tarif libre	800 € / prothèse	1200 € / prothèse
CURES THERMALES		
Honoraires (10), traitement, frais d'hébergement et transport	100 % BR	100 % BRR
DIVERS		
Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	100 % BR	90 % BR
Assistance (y compris le rapatriement sanitaire)	inclus	inclus
Réseau de soins	inclus	inclus

BR : Base de Remboursement

BRR : Base de Remboursement Reconstitué

FR : Frais réels

OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un Remboursement différent.

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(3) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(4) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(5) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du code de la sécurité sociale.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8)

verre unifocal simple Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre $\leq$ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 6 dioptries
- verre neutre

verre unifocal complexe Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre $\geq$ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $\leq$ +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 8 dioptries

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

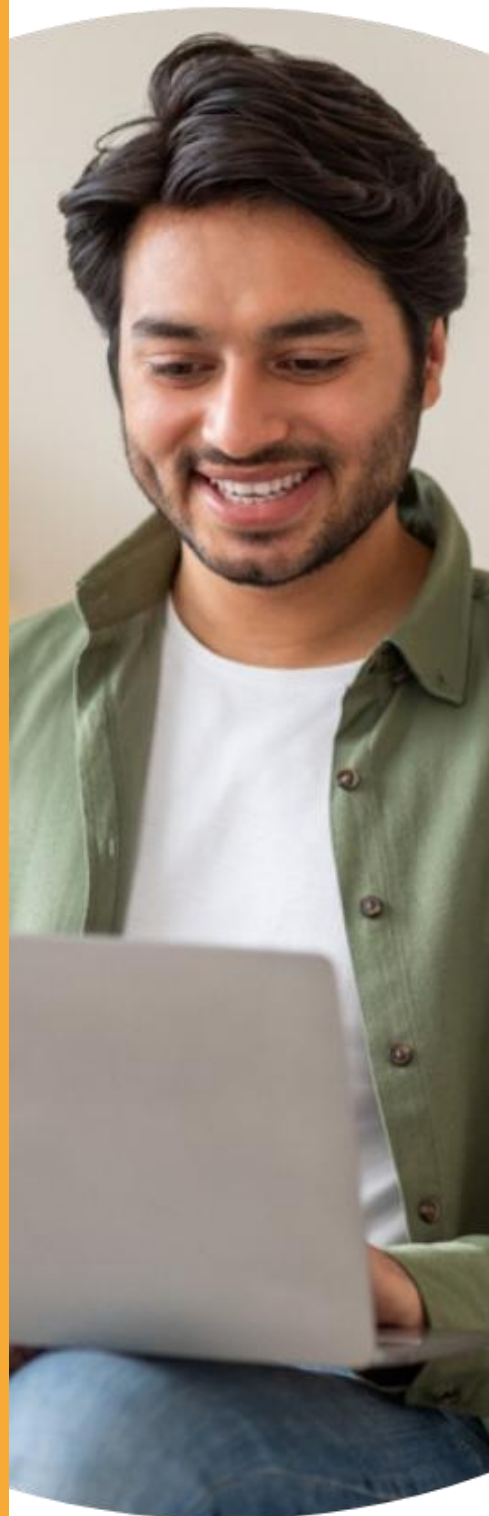
- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère $<$ -8 dioptries et cylindre $\geq$ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(9) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(10) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes »

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

5. Les garanties additionnelles





**Consultez votre Attestation d'assurance
pour vérifier les garanties dont vous bénéficiez.**

● **Garantie assistance rapatriement**

Besoin d'être rapatrié pour des raisons médicales ?

Vous êtes hospitalisé et souhaitez avoir un membre de votre famille à vos côtés ? Besoin d'évacuation en cas d'actes terroristes ou de catastrophes naturelles ?

Besoin de faire traduire un document administratif vers votre langue maternelle ?

Votre couverture vous accompagne 24h/24, 7jours/7 et partout dans le monde. Pour bénéficier des garanties d'assistance, il est impératif d'avoir l'accord préalable d'Europ Assistance. Europ Assistance n'intervient médicalement qu'après organisation des premiers secours décidée par une autorité médicale compétente.

Contactez vos chargés d'assistance 24/7 :

> par téléphone : **+33 (0)1 41 61 23 25**

> par e-mail : aic@ea-gcs.com

Nos conseillers se chargeront ensuite de trouver la solution la plus adaptée selon vos besoins d'assistance.

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 2 900 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 18 pays et a enregistré en 2023 un chiffre d'affaires de 630M€.

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

Que vous soyez étudiant, stagiaire, à la recherche d'un programme vacances-travail, salarié, agent public 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.

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.orientas.fr)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09 – FRANCE.

Programme géré par APRIL International Care France et Mercer, et assuré par un consortium composé de trois assureurs :
Groupe AGRICA (apérateur), Groupama et PREDICA.
(pour les garanties frais de santé, capital décès et indemnités journalières)
et Chubb European Group SE (pour les autres garanties).
NAF6622Z – N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727

