

MyHEALTH FRANCE

L'ASSURANCE POUR LES EXPATRIÉS
EN FRANCE

2020



Téléchargez notre application mobile
Easy Claim !



Suivez-nous sur Facebook et Twitter !



www.facebook.com/AprilExpat



www.twitter.com/AprilExpat



L'assurance en plus facile.

MyHEALTH FRANCE, L'ASSURANCE SANTÉ DÉDIÉE AUX EXPATRIÉS EN FRANCE

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 les postes :
 - hospitalisation : vous n'avez pas à régler l'établissement hospitalier, nous nous en chargeons pour vous !
 - pharmacie, radiologie et laboratoire, avec la carte de tiers payant
 - > **Garanties viagères** : 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**
 - > **Tarif avantageux**
 - > **Facilités de règlement** : possibilité de paiement mensuel par prélèvement automatique SEPA sans frais supplémentaires
 - > **Des conseillers et gestionnaires bilingues** (français-anglais) à votre écoute
-



BESOIN D'UN CONSEIL POUR CHOISIR VOTRE COUVERTURE ?

**CONTACTEZ VOTRE INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE
OU DIRECTEMENT NOS CONSEILLERS :**



par téléphone : +33(0)1 73 03 41 29



par e-mail : conseillers.expats@april-international.com



dans nos bureaux : 14 rue Gerty Archimède,
75012 Paris, France



UNE SOLUTION ADAPTÉE AUX EXPATRIÉS EN FRANCE

Vous avez la possibilité de choisir la couverture qui répond le mieux à vos besoins

Protection Universelle Maladie (PUMA)

Si vous résidez en France de manière stable et ininterrompue pour plus de 3 mois et/ou que vous y exercez une activité salariée ou non salariée, vous êtes susceptible de bénéficier de la protection universelle maladie qui vous garantit un droit à la prise en charge de vos frais de santé, de la part de la Sécurité sociale française.

Pour plus d'information sur les conditions d'affiliation à la PUMA, rendez-vous sur :

<http://www.securite-sociale.fr/La-mise-en-place-de-la-Protection-Universelle-Maladie-PUMA-au-1er-janvier-2016>

Vous pouvez également contacter les conseillers anglophones de la Sécurité Sociale par téléphone au

0 811 36 36 46 (depuis la France) ou **+33 811 36 36 46** (depuis l'étranger).

Choisissez la formule qui répond au mieux à vos besoins :

Pour une couverture **ESSENTIELLE**

Formule « non-responsable »

LEVEL 1

H

HOSPITALISATION

Pour une couverture **COMPLÈTE**




Formules « responsables »



LEVEL 2

LEVEL 3

LEVEL 4

LEVEL 5

H   

HOSPITALISATION  MÉDECINE COURANTE  OPTIQUE/DENTAIRE

AVEC MyHEALTH FRANCE, VOUS ÊTES COUVERT À L'ANNÉE EN FRANCE

GARANTIES COMPLÈTES ET ADAPTÉES AUX EXPATRIÉS EN FRANCE

► Découvrez notre solution complémentaire à la Sécurité sociale française :

Les garanties sont exprimées avec la participation de votre régime d'assurance maladie obligatoire français. APRIL International Care France intervient seulement après participation de votre régime d'assurance maladie obligatoire français, sauf pour les postes Dentaire pour lesquels le forfait indiqué ci-après dans le tableau s'ajoute aux prestations de votre régime d'assurance maladie obligatoire français.

Les formules de votre contrat sont responsables, à l'exception de la formule LEVEL 1 : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

► Les modalités de prises en charge des soins des contrats responsables

Les niveaux de remboursement des honoraires des médecins dépendent du statut du médecin : médecin adhérent à un DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou médecin non adhérent à un DPTAM. En consultant un médecin adhérent à un DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale française.

► Comment reconnaître un médecin 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) ».

► Réforme « 100% santé »

Avec la réforme « 100% santé », la couverture en optique, audiologie et dentaire évolue dès le 1^{er} janvier 2020.

L'objectif de cette réforme 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. Elle sera mise en place progressivement jusqu'en 2021. Ainsi, vous pourrez bénéficier 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 aurez 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.

		FORMULES				
DÉSIGNATION DES ACTES		LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
HOSPITALISATION * (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité)						
Frais de séjour		300% de la BRSS <small>voir définition p6</small>	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Forfait journalier hospitalier <small>voir définition p6</small>		100% des Frais réels <small>voir définition p6</small>	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM <small>voir définition p6</small>	300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	170% 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
Chambre particulière (maximum 30 jours par an)		50 € par jour	25 € par jour	50 € par jour	25 € par jour	75 € par jour
Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans (maximum 30 jours par an)		25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	50 € par jour
Frais de transport du malade remboursés par le RO <small>voir définition p6</small>		300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux : Consultations/Visites généralistes et spécialistes Actes de spécialité, de chirurgie et technique médicale y compris en soins externes	Médecins DPTAM	—	100% de la BRSS	100% de la BRSS	170% 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

DÉSIGNATION DES ACTES		LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
Honoraires médicaux : actes de radiologie	Médecins DPTAM	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	170% 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
Honoraires paramédicaux et examens en laboratoire		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS
Médicaments remboursés par le RO		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Cures thermales prises en charge par le RO		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% 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 RO	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le RO ¹	–	100% des frais réels			
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale ¹	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Orthodontie prise en charge par le RO	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Plafond prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par le RO ¹ . Hors soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le RO ¹	–	–	–	250 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	500 € 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
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 remboursées par le RO	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS

AIDES AUDITIVES

Aides auditives - Jusqu'au 31/12/2020	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
---------------------------------------	---	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Aides auditives à compter du 01/01/2021 : 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 1 700 €/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

DÉSIGNATION DES ACTES	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5
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
Frais médicaux imprévus effectués à l'étranger et remboursés par le RO	100% de la BRSS Frais d'hospitalisation uniquement	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
Attestation Tiers Payant	—	oui	oui	oui	oui

*** 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.**

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 facturation 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 L.165-1 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. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la dernière facturation.

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** : 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).

- > **Forfait journalier hospitalier** : correspond à la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation, non prise en charge par la Sécurité sociale française
- > **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.

EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS EN FRANCE

Suite à une crise d'appendicite, vous êtes hospitalisé pendant 5 jours.
Votre facture s'élève à 4 747 €.

› Comment serez-vous remboursé ?

Dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée, les frais liés au forfait hospitalier sont pris en charge entre 80% et 100% par la Sécurité sociale française.

Toutefois, les dépassements d'honoraires et les frais liés à la chambre particulière ne sont pas pris en charge.



Exemple de prise en charge pour une hospitalisation de 5 jours

Selon la formule choisie, vous serez remboursé de la façon suivante :

FRAIS	DÉPENSES RÉELLES	Remboursement SÉCURITÉ SOCIALE	Remboursement APRIL LEVEL 2	Remboursement APRIL LEVEL 3	Remboursement APRIL LEVEL 5
Frais de séjour	2 952 €	2 952 €	2 952 €	2 952 €	2 952 €
Forfait journalier	120 €	—	120 €	120 €	120 €
Acte de chirurgie	926 €	463 €	463 €	926 €	926 €
Acte d'anesthésie	399 €	199 €	199 €	399 €	399 €
Chambre particulière	350 €	—	125 €	250 €	350 €
Total des frais	4 747 €	3 614 €	3 859 €	4 647 €	4 747 €
Reste à charge	—	1 133 €	888 €	100 €	0 €



Les exemples de remboursement APRIL tiennent compte du remboursement de la part de la Sécurité Sociale. Par exemple, pour les actes d'anesthésie, la Sécurité Sociale prend en charge une partie des frais (199 €) et APRIL avec les LEVEL 3 (300% BRSS) et LEVEL 5 (320% BRSS) couvre le reste, soit la totalité des frais.

EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS EN FRANCE

Vous souffrez de maux de ventre et de tête depuis deux jours et décidez de consulter un médecin généraliste adhérent à un DPTAM. Les honoraires du médecin chez lequel vous vous rendez s'élèvent à 45 €.

> Comment serez-vous remboursé ?

La Sécurité sociale s'appuie sur un tarif de convention pour déterminer le montant qu'elle rembourse.

Ce tarif de convention représente sa base de remboursement, et est fixé à 25 €.

La Sécurité sociale rembourse 70% de cette base et demande une participation forfaitaire de 1 €.
Son remboursement s'élève donc à 16,50 €.



Selon la formule choisie vous serez remboursé de la façon suivante :



REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE
(CPAM)



REMBOURSEMENT
APRIL



À VOTRE
CHARGE

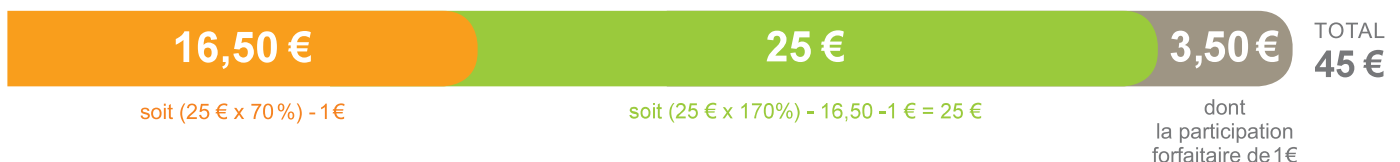
VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE (OU D'UN RÉGIME OBLIGATOIRE FRANÇAIS)

Exemple de prise en charge

Votre remboursement avec la formule **LEVEL 3**



Votre remboursement avec la formule **LEVEL 4**



Votre remboursement avec la formule **LEVEL 5**



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 SUIS-JE 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 le site 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 SUIS-JE COUVERT ?

À la date indiquée sur l'Attestation d'assurance et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois 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 SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties cessent automatiquement :

- > en cas de non paiement de la cotisation,
- > lorsque vous n'êtes plus expatrié en France, sur présentation d'un document officiel en attestant.

L'adhésion est conclue pour une durée minimale d'un an (sauf stipulation contraire) et peut être dénoncée à chaque échéance annuelle avec un préavis de deux mois. Sinon, elle est reconduite automatiquement.

COMMENT SOUSCRIRE ?

- 1 Complétez et signez la Demande d'adhésion ci-jointe.
- 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 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*
 - indiquer vos coordonnées de carte bancaire sur la Demande d'adhésion.
- 3 Envoyez votre dossier à : APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

DES SERVICES

ASSOCIÉS À VOS GARANTIES POUR
AMÉLIORER VOTRE QUOTIDIEN !



VOTRE ESPACE CLIENT EN LIGNE

INTUITIF ET RAPIDE, IL VOUS FACILITE LA VIE !

En quelques clics, depuis votre **ordinateur**, **tablette** ou **smartphone**, vous accédez :

- > à tous vos documents et contacts utiles (attestation d'assurance, carte d'assuré, conditions générales...),
- > à vos informations bancaires et coordonnées personnelles,
- > à vos remboursements, si vous êtes l'assuré(e),
- > au détail de vos cotisations, si vous êtes le souscripteur du contrat.



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,
- > 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 53 05 30 57
E-mail : myhealth.france@april-international.com



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 ou de radiographie) couverts par le contrat MyHealth France.

De plus, grâce au service de télétransmission, si vous êtes assuré en complément de la Sécurité sociale française, votre CPAM nous adresse directement les décomptes de vos remboursements.



Un gestionnaire bilingue français/anglais

est 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.

APRIL, L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

PRÉSENCE
INTERNATIONALE
DANS 28 PAYS

Créé en 1988, APRIL est un groupe international de services en assurance implanté dans 28 pays, dont l'ambition est de proposer à ses clients une expérience de l'assurance plus facile et plus accessible.

Ses 3 900 collaborateurs conçoivent, distribuent et gèrent des solutions spécialisées d'assurance (santé-prévoyance, dommage, mobilité et protection juridique) ainsi que des prestations d'assistance pour ses partenaires et clients - particuliers, professionnels et entreprises.

Coté sur Euronext Paris (Compartiment B), le groupe a réalisé en 2018 un chiffre d'affaires de 997,2 millions d'euros.

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 Care France 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 :

april International Care

Siège social :

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE

Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : info.expatrie@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727

Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orient.fr)

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

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727

Produit géré par APRIL International Care France et assuré par Axévia Prévoyance.



L'assurance en plus facile.