



ASSURANCE SANTÉ

John et Ellen s'installent en France

MyHEALTH FRANCE, la protection
complète et adaptée des expatriés
en France, en complément du
Régime de base français

**UNE GESTION
100%
EN ANGLAIS**

Téléchargez notre application
mobile Easy Claim !



Suivez-nous sur Facebook et Twitter !

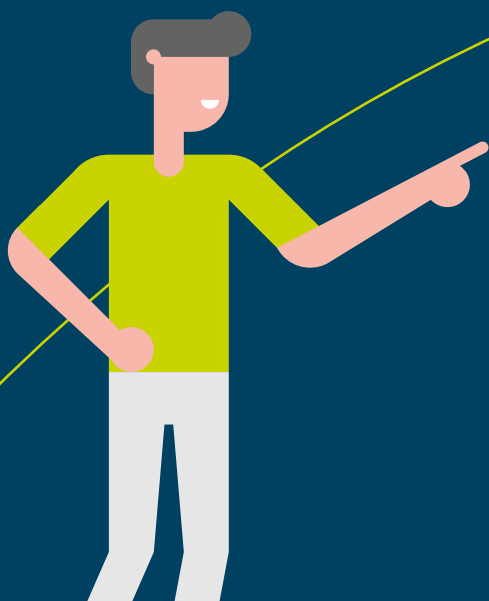
 www.facebook.com/APRIL.International/

 www.twitter.com/APRIL_Inter



april
international

L'assurance en plus facile.



Sommaire



- 1 - FONCTIONNEMENT DU CONTRAT > **P3**
- 2 - COMMENT CHOISIR VOTRE COUVERTURE > **P4**
- 3 - VOS SERVICES > **P9**
- 4 - POURQUOI CHOISIR APRIL INTERNATIONAL ? > **P11**

MyHEALTH FRANCE, l'assurance santé dédiée aux expatriés en France



1. 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 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 et est renouvelée au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction (sauf stipulation contraire). Elle peut être dénoncée à l'échéance annuelle avec un préavis de 2 mois ou à tout moment après 12 mois d'adhésion.

DÉFINITIONS .

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

› **DPTAM** : générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés

les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

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

› **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.

2. Comment choisir votre couverture ?



QU'EST-CE QUE LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)?

Si vous résidez en France de manière stable et ininterrompue depuis au moins 3 mois à l'ouverture des droits puis au moins 6 mois par an 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. C'est à vous qu'il revient de vérifier si vous êtes concerné et éligible à la PUMA. Pour plus d'information sur les conditions d'affiliation, rendez-vous sur :

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

Vous pouvez également contacter les conseillers anglophones de la Sécurité Sociale par téléphone au **0 811 36 36 46** (depuis la France) ou au **+33 811 36 36 46** (depuis l'étranger).

QU'EST-CE QU'UNE COUVERTURE EN COMPLÉMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ?

Couverture en complément d'un Régime obligatoire français :

Les garanties sont exprimées avec la participation de votre Régime d'assurance maladie obligatoire français (voir **Définitions** page 3). APRIL International 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 (voir **Définitions** page 3). 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) ».



Vos garanties

Choisissez la formule qui répond au mieux à vos besoins :

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

Avec MyHEALTH FRANCE, vous êtes couvert à l'année en France



NOUVEAUTÉ !

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

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

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

- **Pendant votre hospitalisation :**


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

- **Après votre hospitalisation :**

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

DÉSIGNATION DES ACTES	FORMULES						NOUVEAUTÉ
	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6	
HOSPITALISATION* (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité)							
Frais de séjour	300% de la BRSS <small>(voir Définitions p3)</small>	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS	
Forfait journalier hospitalier <small>(voir Définitions p3)</small>	100% des Frais réels <small>(voir Définitions p3)</small>	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM <small>(voir Définitions p3)</small>	300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	170% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
	Médecins Non DPTAM	300% de la BRSS	100% de la BRSS	200% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Chambre particulière (maximum 30 jours par an)	50 € par jour	25 € par jour	50 € par jour	25 € par jour	75 € par jour	75 € par jour	
Frais d'accompagnement (maximum 30 jours par an)	25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	50 € par jour	50 € par jour	
Frais de transport du malade remboursés par le RO (sauf cure thermale) <small>(voir Définitions p3)</small>	300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS	

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



DÉSIGNATION DES ACTES		LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6
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	220% de la BRSS
	Médecins Non DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires médicaux : actes de radiologie	Médecins DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	170% de la BRSS	220% de la BRSS	220% de la BRSS
	Médecins Non DPTAM	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires paramédicaux et examens en laboratoire		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	200% de la BRSS
Médicaments remboursés par le RO		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Médicaments prescrits non remboursés par le RO		-	-	-	-	-	30 € par an
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue)		-	-	-	-	-	50 € par séance, maximum 3 séances par an
Cures thermales prises en charge par le RO		-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS

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

Soins remboursés par le RO	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le RO ¹	-	100% des frais réels				
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par le RO ¹	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Orthodontie prise en charge par le RO	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	350% de la BRSS
Prothèses et actes non pris en charge par le RO	-	-	-	-	-	300 € par an
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	1000 € par an Au-delà : 100% de la BRSS

OPTIQUE

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

DÉSIGNATION DES ACTES	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6
AIDES AUDITIVES 						
Aides auditives - Jusqu'au 31/12/2020	-	100% de la BRSS	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 1700 €/oreille - sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale ³	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS
AUTRES GARANTIES 						
Actes de prévention prévus par l'arrêté du 08/06/2006	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Frais médicaux imprévus effectués à l'étranger et remboursés par le 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	100% de la BRSS
Matériel médical : appareillages et frais orthopédiques (hors prothèses auditives et accessoire optique)	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS
Attestation Tiers Payant	-	oui	oui	oui	oui	oui

AVEC LES FORMULES LEVEL 2 À LEVEL 6, VOTRE COUVERTURE EN OPTIQUE, AUDIOLOGIE ET DENTAIRE EST CONFORME À LA RÉFORME « 100% SANTÉ ».



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

La réforme «100% santé» a apporté des évolutions à la 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 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. 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.

Comment êtes-vous remboursé ?



Exemples 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 €.

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**



3 Vos services

POUR FACILITER LA GESTION DE VOTRE CONTRAT, NOUS DÉVELOPPONS CONTINUELLEMENT DE NOUVEAUX SERVICES
100% EN LIGNE ET DISPONIBLES EN ANGLAIS

Votre appli Easy Claim

Votre appli vous permet de gérer toutes vos demandes liées à votre assurance santé

Avec Easy Claim, vous pouvez non seulement :

- › demander une prise en charge avant une hospitalisation,
- › trouver un professionnel de santé proche de chez vous recommandé par APRIL,
- › connaître vos contacts privilégiés et nous joindre facilement,
- › faire une demande de téléconsultation.



Mais également :

- › modifier/ajouter votre RIB de remboursement,
- › consulter et modifier vos coordonnées personnelles,
- › consulter le détail de vos remboursements,
- › télécharger vos documents (attestation d'assurance, décompte de remboursement, formulaires, etc.).

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



Teladoc
HEALTH

Un médecin disponible par téléphone

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

1 La téléconsultation :

Avec ce service, vous pouvez consulter un médecin à distance, dans le respect du secret médical. Soumettez votre demande depuis votre appli Easy Claim et un professionnel de santé vous rappellera sous **3 heures, 24h/24 et 7j/7 partout dans le monde**, dans la langue de votre choix, y compris en anglais.

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

2 Le second avis médical :

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

Avec ce nouveau 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.

Autres services

associés à vos garanties pour améliorer votre quotidien !



VOTRE ESPACE CLIENT

Simple et 100% en ligne !

En quelques clics, depuis votre ordinateur, tablette ou smartphone, vous pouvez accéder à votre espace sécurisé pour consulter et régler vos cotisations.



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



UN GESTIONNAIRE BILINGUE FRANÇAIS/ANGLAIS



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.

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 votre contrat.

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.



VOS OFFRES PRIVILÉGIÉES



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

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

4 Pourquoi choisir APRIL International?

● 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

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 vos cotisations suivantes par prélèvement automatique sur un compte en euro domicilié dans un des pays de la zone SEPA et joignez un RIB à votre envoi,
 - ou**
 - indiquez vos coordonnées de carte bancaire sur la Demande d'adhésion.
- 3 Envoyez votre dossier à : **APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE**



**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**

APRIL, l'assurance en plus facile

Créé en 1988, APRIL est un groupe international de services en assurance implanté dans 22 pays, dont l'ambition est de proposer à ses clients une expérience de l'assurance plus facile et plus accessible.

Plus de 3 000 collaborateurs conçoivent, distribuent et gèrent des solutions spécialisées d'assurance autour de cinq marchés d'expertise (emprunteur, santé internationale, Pros/TPE, santé et prévoyance locales, dommage de niches) pour ses partenaires et clients – particuliers, professionnels et entreprises. Le groupe a réalisé en 2019 un chiffre d'affaires de 1 017,23 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.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 72

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

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.

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

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.