

Assurance Santé Internationale

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit conçu par APRIL International Care France et QUATREM

(entreprises régies par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).



Produit : Ma Santé Frontaliers (Ref : MSF Cov)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle comme les conditions générales et le guide assuré. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ma Santé Frontaliers est une solution d'assurance santé destinée aux frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse. Elle est souscrite en complément de la Sécurité Sociale française avec une option au 1^{er} € pour les soins effectués en Suisse. Ce contrat offre un choix parmi 5 différents niveaux de couverture pour les soins en France et 5 niveaux pour les soins en Suisse. Ainsi, cette solution s'adapte aux besoins des frontaliers en fonction de leurs souhaits de couverture et de leur budget.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui figurent dans le tableau de garanties.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUES :

POUR LA FORMULE 1 :

- ✓ **HOSPITALISATION**
Honoraires et frais médicaux, Médecins DPTAM et non DPTAM, Frais de séjour, Frais de transport du malade
- ✓ **SOINS COURANTS**
Honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, acte de radiologie, Imagerie, échographie, médicaments pris en charge par le régime obligatoire
- ✓ **AIDES AUDITIVES**
Équipement « 100% Santé » et « Offre Libre »
- ✓ **DENTAIRE**
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé », autres soins, prothèses et orthodontie pris en charge par le régime obligatoire
- ✓ **OPTIQUE**
Verres et monture dont équipement « 100% Santé » Lentilles acceptées et refusées par le régime obligatoire
- ✓ **AUTRES GARANTIES**
Appareillages, frais orthopédiques, frais médicaux imprévus à l'étranger et remboursés par le régime obligatoire

POUR LA FORMULE 2 :

- ✓ **TOUTES LES GARANTIES COUVERTES PAR LA FORMULE 1**
- ✓ **HOSPITALISATION**
Chambre particulière, Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans
- ✓ **SOINS COURANTS**
Cures thermales prises en charge par le régime obligatoire
- ✓ **PRÉVENTION**
Honoraires de praticien non remboursés par le régime obligatoire

POUR LES FORMULES 3, 4 et 5 :

- ✓ **TOUTES LES GARANTIES COUVERTES PAR LES FORMULES 1 ET 2**
- ✓ **AUTRES GARANTIES**
Forfait naissance ou adoption
- ✓ **DENTAIRE**
Prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire

LES GARANTIES ADDITIONNELLES :

SOINS EN SUISSE (au 1^{er} €) :

- **HOSPITALISATION** (disponible à partir de la formule 2)
- **SOINS COURANTS** (disponible à partir de la formule 3)

Les garanties précédées d'une coche verte (✓) sont systématiquement prévues au contrat selon la formule sélectionnée.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les frais médicaux qui ne sont pas mentionnés dans le tableau de garanties
- ✗ La chambre privée et les frais d'accompagnement en cas d'Hospitalisation psychiatrique
- ✗ Les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues au tableau des garanties), les soins esthétiques, la thalassothérapie
- ✗ Les séjours effectués en maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

! Pour les soins en France en complément du Régime obligatoire :
La participation forfaitaire légale (hors 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 française) et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux.

! Pour les soins en Suisse au 1^{er} € :

Toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la date d'effet du contrat ou pendant les délais d'attente ; Les frais annexes (hormis ceux prévus au tableau des garanties) en cas d'hospitalisation ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ; Les frais afférents aux accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'adhérent ou du bénéficiaire, et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ; Les cures de désintoxication (alcoolisme, toxicomanie ou assimilés) ; Les accidents ou des maladies préexistantes antérieurs à la date d'effet du contrat non déclarés à l'adhésion, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales, sauf si déclarées et acceptées au moment de l'adhésion au contrat.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

Communes à toutes les garanties : Certaines garanties sont soumises à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties.

! Optique :

Un équipement tous les 2 ans à compter de la dernière acquisition. Renouvellement anticipé dans les conditions prévues par le dispositif des contrats dits « Responsables et solidaires ». Prise en charge de la monture limitée.

! Prothèses auditives :

Renouvellement tous les 4 ans à compter de la dernière acquisition

Formules 2,3,4 et 5 des soins en France :

! En consultant un médecin non adhérent à un DPTAM vos conditions des remboursements peuvent être moins avantageuses. La prise en charge des soins dentaires est limitée à 100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française, pendant les six premiers mois après la Date d'effet du contrat.

Pour les soins en Suisse :

- !** Les frais d'Hospitalisation (hors accident ou urgence médicale) font l'objet d'une franchise de 500 € par an par assuré.
- !** Les soins courants font l'objet d'une franchise de 300 € par an par assuré ainsi que d'un copaiement de 20% par acte et par assuré.

Les listes complètes des exclusions et restrictions se trouvent dans les conditions générales.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ L'assuré est couvert en France uniquement ou « en France et en Suisse » selon les options souscrites
- ✓ Les garanties des soins en France en complément du Régime obligatoire sont également acquises lors de séjours temporaires dans un pays tiers lors d'un déplacement non professionnel pour les seuls frais consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée ou imprévisible survenus au cours dudit déplacement.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie

A la souscription du contrat

- Le souscripteur est tenu de régler la cotisation selon les échéances prévues au contrat.
- L'assuré doit être affilié à un Régime Obligatoire français.
- Avoir le statut de travailleur salarié en contrat à durée indéterminée en Suisse ou de travailleur non salarié en Suisse.

En cours de contrat

- L'assuré est tenu de fournir toutes pièces et documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- L'assuré est tenu d'informer l'assureur en cas de changement de situation personnelle, statut, domicile, activité.
- L'assuré est tenu de prévenir APRIL International Care France de toute autre souscription auprès d'autres organismes de Sécurité Sociale française, mutuelle et/ou organisme assureur.

En cas de sinistre

- L'assuré doit faire parvenir les décomptes de votre Régime obligatoire pour les soins ne passant pas par la télétransmission ou si il n' pas pas présenté sa Carte Vitale ou pour les Soins en Suisse (se référer aux Conditions générales pour les modalités d'envoi).
- L'assuré doit conserver les factures originales pendant une période de 2 ans.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable en euros :

- mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement SEPA sur un compte en euro,
- annuellement par virement ou carte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début de la couverture

À la date d'adhésion, qui correspond à la date de prise d'effet des garanties, sous condition suspensive du paiement de la Cotisation due.

Fin de la couverture

- en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12 ;
- en cas de résiliation par l'Adhérent à tout moment, après 12 mois d'adhésion ;
- 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 ;
- dès que l'assuré cesse de réaliser les conditions pour être assuré ;
- en cas de fixation du domicile de l'adhérent hors France métropolitaine ;
- en cas de fausse déclaration ;

Il est possible de renoncer au contrat dans un délai de 14 jours à compter de la conclusion du contrat.

Le produit Ma Santé Frontaliers est un contrat à durée indéterminée. A l'échéance annuelle au 31/12, le contrat sera renouvelé au 1^{er} janvier chaque année par tacite reconduction sauf indication contraire de la part de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- Vous pouvez résilier ce contrat lorsque vous ne respectez plus les conditions d'éligibilité, sur présentation d'un document officiel en attestant (par exemple une attestation de fin de droits au Régime Obligatoire).
- Vous pouvez résilier ce contrat à l'échéance annuelle (au 31/12) par lettre recommandée, par e-mail ou via l'Espace Client en ligne avec un préavis de 60 jours (ou 30 jours suivant la réception des nouvelles conditions de couverture).
- Vous pouvez résilier ce contrat à tout moment, après 12 mois d'adhésion par lettre (simple ou recommandée) ou par e-mail.

Ma Santé Frontaliers est un produit conçu par :

- **APRIL International Care France**, intermédiaire en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°07 008 000 et régie par le Code de l'assurance français.
- **QUATREM** (assureur Santé), entreprise d'assurance immatriculée en France sous le RCS Paris NN°412 367 724 et régie par le Code des assurances.