

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 ?

MyHealth France est une solution d'assurance santé destinée aux expatriés résidant en France. Elle est souscrite en complément de la Sécurité Sociale française. Ce contrat offre un choix parmi 6 différents niveaux de couverture, dont 5 sont de type responsable. Ainsi, cette solution s'adapte aux besoins des expatriés 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

POUR LA FORMULE LEVEL 1 :

- ✓ **HOSPITALISATION** : Médicale ou chirurgicale, hospitalisation à domicile et maternité, Chambre particulière, Frais de transport du malade pris en charge par le Régime Obligatoire, Frais d'accompagnement

POUR LES FORMULES LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 (de type « responsable ») :

- ✓ **HOSPITALISATION** : Médicale ou chirurgicale, hospitalisation à domicile et maternité Chambre particulière, Frais de transport du malade pris en charge par le Régime Obligatoire, Frais d'accompagnement
- ✓ **SOINS COURANTS** : Honoraires médicaux, honoraires paramédicaux et analyses et examens en laboratoires, Actes de radiologie, Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire, Cures thermales prises en charge par le Régime Obligatoire
- ✓ **OPTIQUE** : Verres et montures dont équipement 100% Santé, Lentilles de contact acceptées et remboursées par le Régime Obligatoire
- ✓ **DENTAIRE** : soins et prothèses dentaires « 100% santé », autres soins, prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité Sociale
- ✓ **AIDES AUDITIVES** : équipement « 100% santé »
- ✓ **AUTRES GARANTIES**
Frais médicaux imprévus effectués à l'étranger et remboursés par le Régime Obligatoire
Appareillages, frais orthopédiques

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :

- ✓ **CARTE DE TIERS-PAYANT GRATUITE**
- ✓ **SERVICE DE TELECONSEIL MEDICAL**

Les garanties précédées d'une coche vert (✓) sont systématiquement prévues au



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ 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

- ! **Formule LEVEL 1 (« non-responsable ») :**
Les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et en centre de longs séjours.
- ! **Formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 (« responsable ») :**
Toute dépense ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire.
La Participation forfaitaire légale et les Franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

Communes à toutes les couvertures :

Certaines garanties sont soumises à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 :**
- ! 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.
- ! **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 ».
- ! **Prothèses auditives** : renouvellement tous les 4 ans à compter de la dernière acquisition.
- ! **Prothèses dentaires, hors 100% santé** : les montants cumulés de prise en charge au titre de cette garantie sont plafonnés



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Vous êtes couvert à l'année en France
- ✓ Les garanties 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.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat

- Vous êtes tenu de régler la cotisation selon les échéances prévues au contrat.
- Vous devez être affilié à un Régime Obligatoire français.

En cours de contrat

- Vous êtes tenu de fournir toutes pièces et documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Vous êtes tenu d'informer l'assureur en cas de changement de situation personnelle, statut, domicile, activité.
- Vous êtes 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

- Vous devez faire parvenir par voie postale votre demande de remboursement (se référer aux conditions générales pour les modalités d'envoi).
- Vous devez conserver les factures originales pendant une période de 2 ans.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable en euros :

- en intégralité au moment de l'adhésion, par carte bancaire ou prélèvement SEPA
- mensuellement par prélèvement SEPA



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, elle intervient au plus tôt le 16 du mois ou le 1er du mois suivant la réception de la Demande d'adhésion sous condition suspensive du paiement de la Cotisation due. Cette date figure sur votre Certificat d'adhésion.

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 vous cessez de réaliser les conditions pour être assuré ;
- lorsque vous n'êtes plus expatrié en France ;
- en cas de fausse déclaration ;
- il est possible de renoncer à votre contrat dans un délai de 14 jours à compter du jour de la conclusion du contrat.

Le produit MyHealth France 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 n'êtes plus expatrié en France, 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 email 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.

MyHealth France est un produit conçu par :

- **APRIL International Care France**, intermédiaire en assurance immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 et régie par le Code de l'assurance français.
- **Axéria Prévoyance** (assureur Santé), entreprise d'assurance immatriculée en France sous le RCS Lyon N° 350.261.129 et régie par le Code des assurances.