



# GUIDE CLIENT

**Tout ce que vous devez savoir au sujet  
de votre assurance**



# POUR VOTRE PROTECTION ET CELLE DE VOTRE FAMILLE À L'ÉTRANGER

# VOTRE CONTRAT CIGNA GLOBAL

**Merci d'avoir choisi un contrat Cigna Global pour assurer votre protection et celle de votre famille. Notre mission est de vous aider à améliorer votre santé, votre bien-être et votre sentiment de sécurité, et tout ce que nous faisons tend vers cet objectif.**

Lisez ce guide client, ainsi que *vos conditions générales* et *vos conditions générales* car ils font tous partie intégrante du contrat établi entre *vous* et *nous* pour cette *période de couverture*.

*Vous* avez choisi un contrat répondant à *vos* besoins uniques, et en parcourant *vos conditions générales* ainsi qu'en découvrant la portée de la couverture que *nous* fournissons, *vous* remarquerez que certains termes sont en *italique*. Ces termes sont clairement définis dans *vos conditions générales* pour éviter toute confusion.

Entretiens, nous espérons que *vous* apprécierez la tranquillité d'esprit dont *vous* bénéficiez en sachant que *vous* et *vos* famille disposez d'un accès rapide aux *soins* médicaux de qualité dont *vous* avez besoin, quand et où *vous* en avez besoin.

## CONTENU

Notre engagement envers nos clients	4
Nous contacter	5
Votre espace client en ligne sécurisé	6
Votre guide pour obtenir des soins	7
Envoi de vos demandes de remboursement	10
Récapitulatif de votre guide pour obtenir des soins	11
Informations utiles	12
Fonctionnement de la franchise, de la participation aux frais et de la participation maximale aux frais	13
Le détail de vos garanties	15

# NOTRE ENGAGEMENT ENVERS NOS CLIENTS

Nous sommes fiers de vous offrir un service client d'exception. Voici *notre* engagement envers vous :

- > Vous pouvez parler à *notre* équipe service client très expérimentée 24 heures sur 24 ;
- > Vous pouvez bénéficier d'un accès facile et rapide à des établissements et des professionnels de santé du monde entier grâce à *notre* vaste réseau ;
- > Dans la plupart des cas, *nous* rembourserons directement le professionnel de santé qui vous a fourni les soins. Dans les rares cas où vous devrez payer les *soins* de votre poche, *nous* nous efforcerons de traiter *votre* demande de remboursement dans un délai de 5 jours ouvrables après réception de tous les documents nécessaires ;
- > Vous pouvez être remboursé dans plus de 135 devises.

## Comment y parvenons-nous ?



Des centres de service client offrant assistance et aide dans plusieurs langues.



Un réseau médical comprenant plus d'un million de partenariats, dont 89 000 professionnels de santé comportementale et 11 400 établissements et *cliniques*.



Un système de demandes de remboursement simple qui vous offre, dans de nombreux cas, un accès aux *soins* gratuit, par un simple appel en premier lieu à *notre* équipe service client.



# NOUS CONTACTER

Si vous avez des questions au sujet de *votre contrat*, avez besoin de faire approuver des *soins* ou pour quelque autre raison que ce soit, n'hésitez pas à contacter *notre* équipe service client disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an.

 Tél. : **+44 (0) 1475 788 182**

 Fax : **+44 (0) 1475 492 113**

 E-mail : **[cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com)**



## Aux États-Unis :

Tél. : 800 835 7677  
Fax : 855 358 6457



## À Hong Kong :

Tél. : 2297 5210



## À Singapour :

Tél. : 800 186 5047

# VOTRE ESPACE CLIENT EN LIGNE

En tant que client *Cigna*, vous avez accès à une foule d'informations où que vous soyez dans le monde, par le biais de votre espace client en ligne sécurisé. Dans cet espace, vous pourrez gérer efficacement votre contrat, entre autres :

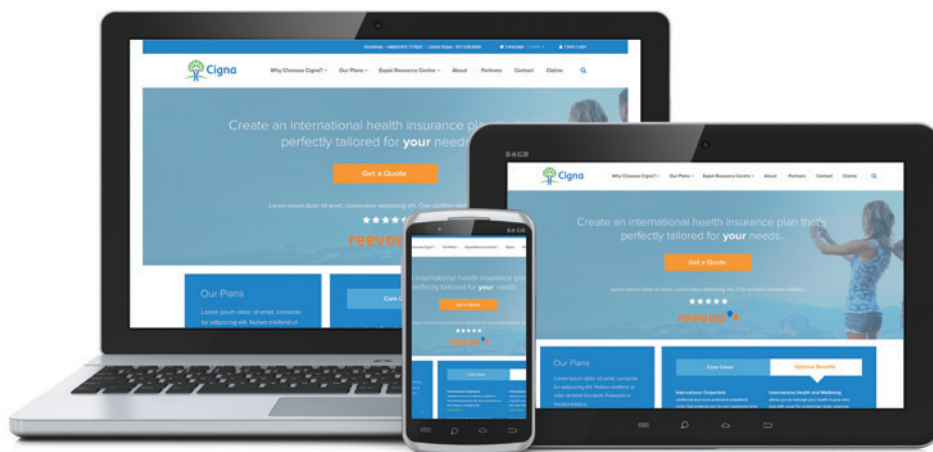
- > Consultez les documents de votre contrat, notamment votre attestation d'assurance et les cartes d'assuré *Cigna* pour toutes les personnes couvertes par votre contrat
- > Consultez les conditions générales qui s'appliquent à votre contrat
- > Vérifiez la couverture dont vous et votre famille bénéficiez
- > Déposer des demandes de remboursement en ligne
- > Recherchez des établissements et des professionnels de santé près de l'endroit où vous vous trouvez
- > Trouver des guides par pays soulignant les informations de sécurité et de culture pour de nombreuses destinations à travers le monde
- > Lisez notre magazine client trimestriel
- > Télécharger l'application Safe Travel (Contrats Platinum et Gold uniquement)

Pour accéder à votre espace client en ligne sécurisé, connectez-vous à [www.cignaglobal.com](http://www.cignaglobal.com), puis :

Cliquez sur le bouton de connexion à l'espace client en haut à droite

Cliquez ensuite sur le bouton de connexion pour accéder à la page de connexion à l'espace client

Dans le champ de nom d'utilisateur, saisissez l'adresse e-mail que vous nous avez fournie, puis votre mot de passe



Si vous ne parvenez pas à accéder à l'espace client, contactez notre équipe service client.

# VOTRE GUIDE POUR OBTENIR DES SOINS

Nous voulons nous assurer qu'obtenir les soins nécessaires n'est pas une expérience stressante pour vous ou le membre de votre famille concerné

## Accord préalable

Contactez *notre* équipe service client avant les *soins*. Nous pouvons *vous* aider à organiser votre programme de *traitement* et *vous* guider, ce qui *vous* évite de chercher un *hôpital*, une *clinique* ou un *praticien* vous-même, et par là une perte de temps et un stress inutiles. En outre, dans la plupart des cas, *nous* pouvons payer directement *votre* prestataire de *soins*, ce qui limite les tracasseries auxquelles *vous* devez faire face et *vous* permet de *vous* concentrer sur *votre* santé.

Si *nous* est impossible de payer le prestataire directement, *nous* *vous* indiquerons le prestataire de facturation le plus proche lorsque *vous* appelez pour obtenir notre accord. Il peut arriver que *nous* ne puissions pas payer directement un prestataire, et dans ce cas, *nous* *vous* en informerons.

*Nos* experts sont disponibles 24h/24, 7j/7 pour discuter de *votre* programme de *traitement* et communiquer directement avec *votre* prestataire de *soins* afin d'organiser une *lettre de prise en charge* et de garantir que les *soins* que *vous* vous apprêtez à recevoir sont couverts par *votre* contrat.

*Nous* pouvons demander des informations supplémentaires, par exemple un rapport médical, afin d'approuver les *soins*. *Nous* confirmerons notre accord et, le cas échéant, le nombre de soins approuvés.

## Soins médicaux d'urgence

*Nous* comprenons que dans certaines situations, il est difficile ou impossible pour un *assuré* de *nous* contacter afin d'obtenir notre accord préalable (par exemple une urgence ou quand un membre de la famille tombe malade soudainement et que la priorité est de lui fournir les *soins médicaux* nécessaires le plus vite possible). Dans de telles circonstances, *nous* demandons que *vous* ou l'*assuré* concerné *nous* contactiez dans un délai de 48 heures après les

## Remarque importante

Il convient d'obtenir *notre* accord préalable pour tout *traitement*. Ceci permettra de s'assurer que vos demandes sont couvertes par le *contrat*. Si *vous* n'obtenez pas *notre* accord préalable, le traitement des demandes peut en être retardé ou *nous* pouvons refuser de régler tout ou partie de la demande de remboursement.

*Nous* réduirons le montant que *nous* réglerons de :

- > 50 % si *vous* n'avez pas obtenu l'accord préalable quand il était nécessaire pour des *soins* effectués aux États-Unis ;
- > 20 % si *vous* n'avez pas obtenu l'accord préalable pour des *soins* en dehors des États-Unis.

*soins*, afin que *nous* puissions confirmer si les *soins* sont couverts et organiser leur règlement auprès de *votre* prestataire. Cela *nous* permettra aussi de vérifier que *vous* ou l'*assuré* concerné utilise au mieux la couverture offerte par *votre* contrat.

Dans le cas de *soins médicaux d'urgence*, *nous* demanderons pourquoi les *soins* relevaient d'une urgence et pourrions en demander la preuve. Si *nous* sommes d'accord sur le fait qu'il n'était raisonnablement pas possible ou pratique de demander notre accord préalable, *nous* couvrirons le coût des *soins* initiaux (y compris tout médicament prescrit) qui étaient urgents (dans le cadre des conditions de ce *contrat*).

Si un *assuré* a été amené à l'*hôpital*, chez un *praticien* ou dans une *clinique* ne faisant pas partie du réseau *Cigna*, *nous* pouvons organiser le transfert de l'*assuré* (avec son consentement) vers un *hôpital*, un *praticien* ou une *clinique* du réseau *Cigna* pour la poursuite des *soins*, une fois que cela est possible du point de vue médical.

## Pour obtenir des soins

N'oubliez pas de *vous* munir de *votre* carte d'assuré *Cigna* quand *vous* devez recevoir des *soins médicaux* et de demander à *votre hôpital, votre praticien* ou *votre clinique* si la facturation directe est possible, au cas où cela n'aurait pas déjà été confirmé. *Nous* fournirons au prestataire une *lettre de prise en charge* si nécessaire. Une copie de *votre* carte d'assuré *Cigna* est disponible dans *votre* espace client en ligne sécurisé.

### Remarque importante

Tous les *assurés* sont responsables du règlement de toute *franchise et/ou participation aux frais* directement à *l'hôpital, au praticien* ou à *la clinique* au moment des *soins*.

### Lettre de prise en charge

Dans certaines circonstances, *nous* donnerons à un *assuré* ou un *hôpital, un praticien* ou une *clinique* une *lettre de prise en charge*. Cela signifie que *nous* acceptons par avance de prendre en charge une partie ou la totalité du coût des *soins* spécifiques. Dans les cas où *nous* remettons une *lettre de prise en charge, nous* paierons à *l'assuré, à l'hôpital, au praticien* ou à *la clinique* le montant accepté à la réception

d'une demande appropriée et d'une copie de la facture concernée, une fois les *soins* réalisés.

## Pour obtenir des soins aux États-Unis

Si *l'assuré* a obtenu notre accord préalable mais décide de se faire *soigner* dans un *hôpital, chez un praticien* ou dans une *clinique* ne faisant pas partie du réseau *Cigna, nous* réduirons le montant que *nous* paierons de 20 %. La liste des *hôpitaux, cliniques* et *praticiens* faisant partie du réseau *Cigna* est disponible dans *votre* espace client en ligne sécurisé. *Vous* pouvez aussi contacter *notre* équipe service client pour obtenir de plus amples informations.

*Nous* comprenons qu'il est parfois impossible que les *soins* soient fournis par un *hôpital, un praticien* ou une *clinique* du réseau *Cigna*. Dans ce cas, *nous* n'appliquons pas cette réduction au paiement que nous effectuerons. Des exemples incluent (sans s'y limiter) les situations suivantes :

- > quand il n'y a pas d'*hôpital, de praticien* ni de *clinique* faisant partie du réseau *Cigna* dans un rayon de 50 kilomètres du lieu de résidence de *l'assuré* ; ou
- > quand les *soins* dont a besoin *l'assuré* ne sont pas disponibles dans un *hôpital, chez un praticien* ou dans une *clinique* local(e) du réseau *Cigna*.





## Comment nous réglons les demandes de remboursement après les soins

### Nous réglons directement votre hôpital, votre praticien ou votre clinique

Certains *hôpitaux*, *praticiens* ou *cliniques* acceptent de *nous* facturer directement. Si les *soins* sont pris en charge, l'*hôpital*, le *praticien* ou la *clinique* doit *nous* envoyer la facture d'origine et *nous* effectuerons le règlement directement.

### Si votre hôpital, votre praticien ou votre clinique vous remet une facture

Si un *hôpital*, un *praticien* ou une *clinique* facture un *assuré* directement et si l'*hôpital*, le *praticien* ou la *clinique* n'a pas été réglé, l'*assuré* doit *nous* envoyer la facture d'origine le plus rapidement possible et *nous* réglerons les montants pris en charge dans le cadre de ce *contrat* directement à l'*hôpital*, au *praticien* ou à la *clinique*.

### Si vous avez réglé votre hôpital, votre praticien ou votre clinique

Si l'*hôpital*, le *praticien* ou la *clinique* facture un *assuré* directement et si la facture est réglée, l'*assuré* doit *nous* envoyer le plus rapidement possible la facture d'origine, le reçu et le formulaire de demande de remboursement pour le règlement effectué à l'*hôpital*, au *praticien* ou à la *clinique*. *Nous* rembourserons alors à l'*assuré* toute partie du coût des *soins* qui est prise en charge.

Dans tous les cas, *nous* réglerons uniquement les parties des frais engagés qui sont prises en charge. *Nous* vous informerons si *nous* pensons qu'une quelconque partie des frais engagés n'est pas prise en charge. *Nous* pouvons vous rembourser par virement ou par chèque.

*Vous* pouvez envoyer vos demandes de remboursement par le biais de *votre* espace client en ligne sécurisé, par e-mail, par fax ou par courrier. Consultez la page 10 pour savoir comment envoyer les demandes de remboursement pour *votre* zone spécifique.

*Vous* pouvez télécharger des formulaires de demande de remboursement à partir de *votre* espace client en ligne sécurisé ou sur [www.cignaglobal.com/help/claims](http://www.cignaglobal.com/help/claims).

## Remarque importante

Il est possible que *nous* ayons besoin d'informations supplémentaires pour traiter une demande de remboursement, par exemple des rapports médicaux ou autres informations quant à la condition de l'*assuré*, ou encore les résultats d'un examen médical indépendant que *nous* pourrions demander (réalisé à nos frais).

L'*assuré* doit envoyer les formulaires de demande de remboursement et les factures le plus rapidement possible après les *soins*. Si la demande et la facture ne *nous* sont pas envoyées dans un délai de 12 mois après la date des *soins*, la demande ne sera pas éligible pour règlement ou remboursement.

## Nous paierons les frais suivants en rapport avec votre demande de remboursement :

- > Frais décrits dans la rubrique *Liste des garanties* définies dans ce *guide client*, telles qu'applicables à la date ou aux dates des *soins de l'assuré*.
- > Frais des *soins* ayant été effectués. Cependant, *nous* ne prendrons pas en charge les frais des *soins* futurs nécessitant un acompte ou un règlement à l'avance.
- > *Soins médicalement nécessaires* et cliniquement appropriés pour l'*assuré*.
- > Frais raisonnables et habituellement pratiqués pour les *soins médicaux*, et services liés à des *soins médicaux* qui figurent dans la *liste des garanties*. *Nous* prendrons en charge les frais des *soins médicaux* correspondant aux honoraires pratiqués au lieu du *traitement* et conformément à la pratique clinique et médicale établie.

# ENVOI DE VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Si vous avez réglé *vos soins* de votre poche, *vous* pouvez *nous* envoyer *votre* facture et votre demande de remboursement de l'une des façons suivantes. N'oubliez pas d'indiquer clairement votre numéro de *contrat* d'assurance sur tous les documents.

 Espace client en ligne : [www.cignaglobal.com](http://www.cignaglobal.com)

 E-mail : [cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com)

 Fax : +44 (0) 1475 492 113

 Adresse postale :

## Soins médicaux effectués hors des États-Unis, de Hong Kong et de Singapour

Cigna Global Health Options  
Service client  
1 Knowe Road  
Greenock  
PA15 4RJ, Écosse

## Soins médicaux effectués à Hong Kong

Cigna Worldwide Life Insurance Company Ltd  
Cigna Global Health Options  
Service client  
15/F, 28 Hennessy Road  
Wan Chai  
Hong Kong

Aux États-Unis :

Fax : 855 358 6457

## Soins médicaux effectués aux États-Unis

Cigna International  
PO Box 15964  
Wilmington  
Delaware 19850  
États-Unis

## Soins médicaux effectués à Singapour

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. -  
Singapore Branch  
Cigna Global Health Options  
152 Beach Road  
#26-05 The Gateway East  
Singapour 189721



# RÉCAPITULATIF DE VOTRE GUIDE POUR OBTENIR DES SOINS

Le schéma ci-dessous récapitule le fonctionnement du processus de *soins* et de demande de remboursement



Avant de recevoir les *soins*, veuillez contacter *notre* équipe service client. Vous trouverez les coordonnées à la page 5.



Si *vous* ne pouvez pas *nous* appeler avant les *soins* d'urgence, contactez-*nous* dans les 48 heures suivantes.



Dans la plupart des cas, *nous* réglons *votre* hôpital, *votre* clinique ou *votre* praticien directement.



Si *vous* avez choisi une option avec *franchise* et/ou *participation* aux frais, *vous* réglez ce montant directement à *votre* hôpital, à *votre* clinique ou à *votre* praticien et *nous* payerons le reste.

Si *votre* hôpital, *votre* clinique ou *votre* praticien *vous* remet une facture

Envoyez-*nous* *votre* facture et *votre* demande de remboursement

*Nous* rembourserons *votre* hôpital, *votre* clinique ou *votre* praticien (moins *votre* franchise et/ou *participation* aux frais applicables)

Si *vous* avez réglé *votre* hôpital, *votre* clinique ou *votre* praticien de *votre* poche

Envoyez-*nous* *votre* facture et *votre* demande de remboursement

*Nous* *vous* rembourserons (moins *votre* franchise et/ou *votre* participation aux frais applicables)



*Nous* *nous* efforcerons de traiter *votre* demande de remboursement dans un délai de 5 jours ouvrables après réception de tous les documents nécessaires

## Envoi des demandes de remboursement

*Vous* et tous les *assurés* devez respecter les procédures de demande de remboursement détaillées dans ce *guide client*.

# INFORMATIONS UTILES

## Vos exclusions

Les exclusions sont les frais ou *soins* qui ne sont pas couverts par *votre* contrat d'assurance. Consultez *vos conditions générales* pour prendre connaissance de la liste des exclusions générales qui s'appliquent à toutes les prises en charge et options dans le cadre de Cigna Global Health Options. Si des exclusions spéciales s'appliquent à *votre contrat d'assurance* individuelle, elles sont indiquées sur *votre attestation d'assurance*. Concernant certaines exclusions spéciales, il est possible que *nous* acceptions de les supprimer en échange du règlement d'une prime supplémentaire. Vous pouvez en voir les détails sur *votre attestation d'assurance*.

## Vous ne comprenez pas certains mots ou termes ?

Si vous n'êtes pas sûr du sens de certains termes utilisés dans ce guide, ne vous inquiétez pas. Vous trouverez une liste de définitions très pratique dans *vos conditions générales*.

## Règlement de vos primes d'assurance

*Vous* pouvez opter pour un règlement mensuel, trimestriel ou annuel de *vos* primes. *Vous* pouvez régler par carte de crédit ou de débit, ou, en cas de règlement annuel, par virement bancaire. Pensez à *nous* prévenir si *votre* carte de crédit est arrivée à expiration ou si *vous* avez une nouvelle carte de crédit afin de *nous* permettre de mettre à jour le numéro et la date d'expiration de *votre* carte.

## Renouvellement de votre contrat d'assurance

*Nous* vous contacterons au moins un mois calendaire avant la fin de *votre période de couverture* pour savoir si *vous* souhaitez reconduire *votre contrat*. *Nous* vous informerons de tout changement, le cas échéant, des modalités et conditions de *vos garanties* et de *votre contrat d'assurance* entrant en vigueur à la reconduction du contrat. Les documents de *votre contrat*

*d'assurance* pour la *période de couverture* suivante seront disponibles dans *votre* espace client en ligne sécurisé, notamment *votre* tableau des prestations dans lequel vous trouverez le détail de *vos* primes. Si *vous* avez choisi de recevoir des copies imprimées des documents de *votre contrat*, *nous* les enverrons à l'adresse postale que *vous nous* avez indiquée. Si *vous* choisissez de reconduire le contrat, *vous* n'avez rien à faire, et *votre* couverture sera automatiquement reconduite pour 12 mois supplémentaires. *Nous* émettrons une *attestation d'assurance* pour votre nouvelle *période de couverture* à *votre date de renouvellement annuel*.

## Modification des assurés

Excepté en cas de survenue d'un *événement de la vie admissible*, *vous* ne pouvez ajouter ou supprimer un *assuré* que lors du renouvellement de *votre* contrat à la fin de la *période de couverture* annuelle. Si un *événement de la vie admissible*, tel un mariage, un divorce ou la naissance d'un enfant, est survenu, *vous* pouvez ajouter ou supprimer un *assuré* à tout moment de *votre période de couverture* annuelle. Si *vous* souhaitez ajouter, supprimer ou modifier un *assuré*, appelez l'équipe service client qui se fera un plaisir de *vous* aider.

## Modification de votre contrat d'assurance

Si *vous* voulez apporter des modifications à *votre* contrat d'assurance, *vous* pouvez le faire au moment du renouvellement de *votre* contrat, à la fin de la *période de couverture* annuelle. Veuillez contacter l'équipe service client qui se tient à votre disposition pour *vous* aider et discuter des diverses options et des primes supplémentaires applicables.

## Résiliation de votre contrat d'assurance

Si *vous* souhaitez résilier *votre contrat* et mettre fin à la couverture de tous les *assurés*, *vous* pouvez le faire à tout moment en *nous* envoyant un préavis au moins sept jours à l'avance et par écrit.

# FONCTIONNEMENT DE LA FRANCHISE, DE LA PARTICIPATION AUX FRAIS ET DE LA PARTICIPATION MAXIMALE AUX FRAIS

Notre large gamme d'options de *franchise* et de *participation aux frais* vous permet de composer *un contrat* sur mesure, adapté à vos besoins.

Vous pouvez choisir une *franchise* et/ou une *participation aux frais* dans le cadre de l'Assurance médicale internationale et/ou l'option Soins ambulatoires à l'international. Aucune *franchise* ne s'applique aux prestations d'*hospitalisation* ou de soins aux nouveau-nés.

Vous aurez la responsabilité de régler le montant de la *franchise* et de la *participation aux frais* directement à l'*hôpital*, à la *clinique*

ou au *praticien*. Nous vous ferons savoir à combien s'élève ce montant. Si vous sélectionnez à la fois une *franchise* et une *participation aux frais*, la somme que vous devrez payer pour la *franchise* est calculée avant la somme que vous devrez régler pour la *participation aux frais*. La *participation maximale aux frais* correspond à la *participation maximale* que tout assuré doit régler par *période de couverture*.

Les exemples suivants montrent le fonctionnement de la *franchise*, de la *participation aux frais* et de la *participation maximale aux frais*.

## EXEMPLE 1 : FRANCHISE

(également appelée « excédent »)

Il s'agit de la somme réglée par vous sur vos frais médicaux par *période de couverture*.

Valeur de la demande de remboursement :	<b>1 200 \$</b>
Franchise :	<b>500 \$</b>



**VOUS PAYEZ... NOUS PAYONS...**

Franchise de  
**500 \$**

**700 \$**

**CE QUE CELA SIGNIFIE POUR VOUS...**

Vous ne payez que le montant de la *franchise* et nous payons le reste.

## EXEMPLE 2 : PARTICIPATION AUX FRAIS ET PARTICIPATION MAXIMALE AUX FRAIS APRÈS FRANCHISE

(lorsque votre *participation aux frais* après *franchise* est inférieure à votre *participation maximale aux frais*)

La *participation aux frais* est le pourcentage que vous devez régler à chaque demande de remboursement. La *participation maximale* correspond au montant maximal de la *participation aux frais* que vous devez régler pour une *période de couverture* donnée.

Valeur de la demande de remboursement :	<b>5 000 \$</b>
Franchise :	<b>0 \$</b>
20 % de participation aux frais :	<b>1 000 \$</b>
Participation maximale aux frais :	<b>2 000 \$</b>



**VOUS PAYEZ...**

20 % de participation aux frais sur **1 000 \$**

**NOUS PAYONS...**

**4 000 \$**

**CE QUE CELA SIGNIFIE POUR VOUS...**

Votre *participation aux frais* correspond à 20 % de 5 000 \$ (1 000 \$). Soit moins que votre *participation maximale aux frais*, de sorte que vous payez 1 000 \$ et que nous prenons en charge le reste.

### EXEMPLE 3 : PARTICIPATION AUX FRAIS ET PARTICIPATION MAXIMALE AUX FRAIS APRÈS FRANCHISE

(lorsque votre participation aux frais après franchise est supérieure à votre participation maximale aux frais)

La participation aux frais est le pourcentage que vous devez régler à chaque demande de remboursement. La participation maximale correspond au montant maximal de la participation aux frais que vous devez régler pour une période de couverture donnée.

Valeur de la demande de remboursement :	<b>20 000 \$</b>
Franchise :	<b>0 \$</b>
20 % de participation aux frais :	<b>4 000 \$</b>
Participation maximale aux frais :	<b>2 000 \$</b>



#### VOUS PAYEZ...

Participation maximale aux frais de **2 000 \$**



#### NOUS PAYONS...

**18 000 \$**

#### CE QUE CELA SIGNIFIE POUR VOUS...

Votre participation aux frais correspond à 20 % de 20 000 \$ (4 000 \$). Soit plus que votre participation maximale aux frais, de sorte que vous ne payez que 2 000 \$ et que nous prenons en charge le reste.

### EXEMPLE 4 : FRANCHISE, PARTICIPATION AUX FRAIS ET PARTICIPATION MAXIMALE AUX FRAIS APRÈS FRANCHISE

(lorsque votre participation aux frais après franchise est inférieure à votre participation maximale aux frais)

La participation aux frais est le pourcentage que vous devez régler à chaque demande de remboursement. La participation maximale correspond au montant maximal de la participation aux frais que vous devez régler pour une période de couverture donnée.

Valeur de la demande de remboursement :	<b>20 000 \$</b>
Franchise :	<b>375 \$</b>
20 % de participation aux frais :	<b>3 925 \$</b>
Participation maximale aux frais :	<b>5 000 \$</b>



#### VOUS PAYEZ...

Franchise de **375 \$** et participation aux frais de **3 925 \$**



#### NOUS PAYONS...

**15 700 \$**

#### CE QUE CELA SIGNIFIE POUR VOUS...

Après votre règlement de la franchise de 375 \$, votre participation aux frais s'élève à 20 % de 19 625 \$ (3 925 \$). Cette somme ne dépasse pas le montant de votre participation maximale aux frais, donc il reste à votre charge 3 925 \$ de participation maximale aux frais pour la participation aux frais (en plus de la franchise de 375 \$ payée initialement par vous) et nous prenons en charge le reste.

#### ! Remarque :

La franchise, la participation aux frais après franchise et la participation maximale aux frais sont déterminées séparément pour chaque assuré et chaque période de couverture.

# LE DÉTAIL DE VOS GARANTIES

Lors de la création de  *votre* contrat  *Cigna* Global personnalisé,  *vous* avez peut-être choisi des garanties supplémentaires à ajouter à  *votre* couverture de base, Assurance médicale internationale. Dans cette rubrique,  *nous* détaillons la couverture exacte que  *vous* offrez chaque option. Pour vous remémorer les garanties que  *vous* avez choisies, consultez  *votre* attestation d'assurance.  *Votre* attestation d'assurance indique également la zone de couverture que  *vous* avez sélectionnée pour  *votre* contrat, soit  *Mondiale États-Unis* compris soit  *Mondiale hors États-Unis* .

Les tableaux de  *garanties* détaillent ce qui est pris en charge dans le cadre de  *votre* contrat. Le contrat Platinum offre une prise en charge illimitée pour l'Assurance médicale internationale et pour l'option Soins ambulatoires à l'international, à l'exception des  *garanties* ayant des limites individuelles. Les contrats Gold et Silver, ainsi que les options dentaires, ont des maximums annuels. Il s'agit des montants maximaux que  *nous* payons par assuré par période de couverture.

Les  *garanties* des options Soins ambulatoires à l'international, Évacuation médicale internationale, Santé et bien-être à l'international et Assurance optique et dentaire internationale ne seront disponibles que si  *vous* les avez souscrites en plus de  *votre* niveau de prise en charge de base, Assurance médicale internationale. Consultez les notes supplémentaires qui s'appliquent à chaque  *garantie* dans les tableaux des  *garanties* .

L'option Soins ambulatoires à l'international inclut les  *soins* effectués dans un  *hôpital* , une salle de consultation ou une  *clinique* de  *soins ambulatoires* quand une admission comme  *patient en soins de jour* ou une  *hospitalisation* n'est pas nécessaire. Cela signifie que les  *soins d'urgence* ne nécessitant pas d'admission comme  *patient en soins de jour* ou d' *hospitalisation* ne seront pris en charge que si  *vous* avez souscrit l'option Soins ambulatoires à l'international.

Les  *garanties* et toutes les options supplémentaires choisies sont sujettes à toutes les modalités, conditions, limites et exclusions de ce  *contrat* (y compris les exclusions générales détaillées dans les  *conditions générales* , les exclusions spécifiques définies dans la  *liste des garanties* et toutes les exclusions spéciales définies dans  *votre* attestation d'assurance). La  *liste des garanties* de ce  *guide client* indique toutes les limites s'appliquant aux  *garanties* . Les  *garanties* bénéficiant d'un règlement intégral sont soumises au maximum des garanties annuelles globales, le cas échéant. Certaines  *garanties* ont un délai d'attente, ce qui signifie que  *vous* ne pouvez envoyer des demandes de remboursement des  *soins* effectués qu'après ce délai d'attente.

Les limites des  *garanties* sont indiquées en USD, EUR et GBP. La devise dans laquelle  *vous* avez choisi de payer  *votre* prime est la devise qui s'applique aux  *garanties* de  *votre* contrat.



## Couverture d'urgence hors zone - Pour les clients avec une prise en charge mondiale sauf États-Unis.

Pour votre tranquillité d'esprit,  *votre* assurance inclut la prise en charge médicale à court terme des soins d'urgence quand  *vous* êtes en visite dans un lieu qui ne se trouve pas dans  *votre* zone de couverture sélectionnée.

*Les assurés* seront pris en charge pour les  *soins médicaux d'urgence* sur la base des frais d' *hospitalisation* , des frais de  *soins de jour* ou de  *soins ambulatoires* (si l'option complémentaire de prise en charge de Soins ambulatoires à l'international est comprise dans  *votre* contrat) lors de voyages d'affaires ou de vacances temporaires, même si ces déplacements sont effectués en dehors de  *votre* zone de couverture sélectionnée. Cette couverture est limitée à une période maximale de trois (3) semaines par voyage et à un maximum de soixante (60) jours par  *période de couverture* pour la totalité des voyages. Consultez l'intégralité des modalités et conditions pour cette  *garantie* dans la clause 10.6.1 de  *vos* conditions générales.

# ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE

Nos régimes d'assurance comprennent 3 niveaux de couverture distincts : Silver, Gold et Platinum.

Le niveau de couverture que vous avez choisi est expliqué dans le tableau ci-dessous. Tous les montants s'appliquent par assuré et par période de couverture (sauf indication contraire).

L'Assurance médicale internationale correspond à votre couverture maladie indispensable pour vos frais d'hospitalisation, de soins ambulatoires et de séjour, ainsi que pour les soins en cancérologie, psychiatrie et bien d'autres spécialités. Nos contrats d'assurance Gold et Platinum vous assurent également la couverture des soins de maternité avec hospitalisation et en ambulatoire.

## VOTRE LIMITE GÉNÉRALE

Garanties annuelles - Remboursement maximal par assuré par période de couverture.	Silver	Gold	Platinum
Cela inclut les remboursements versés dans tous les secteurs de l'assurance médicale internationale.	1 000 000 \$ 800 000 € 650 000 £	2 000 000 \$ 1 600 000 € 1 300 000 £	Illimité

## VOS PRESTATIONS MÉDICALES STANDARD

Frais d'hôpitaux pour : frais de soins infirmiers et de séjour pour les traitements avec hospitalisation et en soins de jour, ainsi que pour salle de réveil.	Silver	Gold	Platinum
	Règlement intégral pour une chambre à deux lits	Règlement intégral en chambre particulière	Règlement intégral en chambre particulière
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous prendrons en charge les soins infirmiers et d'hébergement lorsqu'un assuré reçoit des soins médicaux avec hospitalisation ou en ambulatoire ; ou les frais d'une salle de soins pendant qu'un assuré subit de la chirurgie en ambulatoire, si nécessaire.</li> <li>› Nous prenons ces frais en charge uniquement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• si le traitement sur une base d'hospitalisation ou en ambulatoire est médicalement justifié pour l'assuré ;</li> <li>• si l'assuré reste à l'hôpital pour une période médicalement appropriée ;</li> <li>• si le traitement qu'il reçoit est dispensé ou géré par un spécialiste ; et</li> <li>• si l'assuré est hébergé en chambre particulière avec salle de bain privative ou équivalente (applicable uniquement sur les contrats Gold et Platinum).</li> <li>• Si l'assuré est hébergé en chambre à deux lits avec salle de bains partagée (applicable uniquement sur le contrat Silver).</li> </ul> </li> <li>› Si les frais d'hôpital varient selon le type de chambre dans laquelle est hébergé l'assuré, le montant maximal que nous réglerons est la somme qui aurait été facturée si l'assuré était hébergé dans une chambre simple avec salle de bain privative ou équivalente (applicable uniquement sur les contrats Gold et Platinum), ou une chambre à deux lits avec salle de bains partagée ou équivalente (applicable uniquement sur le contrat Silver).</li> <li>› Si le médecin traitant décide que l'assuré doit rester à l'hôpital plus longtemps que la durée que nous avons approuvée au préalable, ou décide que le traitement dont l'assuré a besoin est différent de celui que nous avons approuvé au préalable, le médecin doit alors nous fournir un rapport expliquant : la durée pendant laquelle l'assuré devra rester à l'hôpital ; le diagnostic (si celui-ci a changé) ; et le traitement que l'assuré a reçu et doit recevoir.</li> </ul>			



	Silver	Gold	Platinum
<b>Frais d'hôpitaux pour :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>› salle d'opération.</li> <li>› médicaments et remèdes sur ordonnance et pansements pour les soins dispensés en <i>hospitalisation</i> ou en <i>ambulatoire</i>.</li> <li>› honoraires de salle de soins pour la chirurgie <i>ambulatoire</i>.</li> </ul>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<b>Frais de salle d'opération</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous paierons tous les frais et charges en rapport avec l'utilisation d'une salle d'opération, si les soins dispensés sont couverts par ce contrat.</li> </ul>	<b>Remèdes, médicaments et pansements</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous paierons les remèdes, médicaments et pansements prescrits à l'assuré pendant son <i>traitement</i> comme <i>patient hospitalisé</i> ou <i>ambulatoire</i>.</li> <li>› Nous prenons en charge uniquement les remèdes, médicaments et pansements prescrits pour un usage au domicile si l'assuré a souscrit à l'option Soins ambulatoires à l'international (sauf s'ils sont prescrits comme élément d'un <i>traitement anticancéreux</i>).</li> </ul>		

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins intensifs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Thérapie intensive.</li> <li>› Soins coronariens.</li> <li>› Unité de soins pour patients hautement dépendants.</li> </ul>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous prenons en charge le traitement d'un assuré dans une unité de <i>soins intensifs</i>, de <i>thérapie intensive</i>, de <i>soins coronariens</i> ou dans une unité de soins pour patients hautement dépendants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• si cet établissement est l'endroit le plus approprié pour leurs soins ;</li> <li>• si les soins dispensés par cet établissement représentent une partie importante de leur <i>traitement</i> ; et</li> <li>• si les soins dispensés par cet établissement sont habituellement nécessaires aux patients souffrant du même type de maladie ou de <i>blessure</i>, ou recevant le même type de <i>traitement</i>.</li> </ul> </li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous prenons en charge les frais des <i>patients hospitalisés</i>, en <i>soins ambulatoires</i> ou des <i>patients externes</i> pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes ; et</li> <li>• les honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes en rapport avec un <i>traitement</i> immédiatement nécessaire avant ou après la chirurgie (c.-à-d. le même jour que la chirurgie).</li> </ul> </li> <li>› Nous ne prenons en charge que les <i>traitements</i> reçus par les <i>patients externes</i> avant ou après la chirurgie si l'assuré a souscrit à l'option Soins ambulatoires à l'international (sauf si le <i>traitement</i> fait partie de <i>soins anticancéreux</i>).</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Honoraires de consultation de spécialistes</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous prenons en charge les visites régulières par un <i>spécialiste</i> lors d'un séjour à l'hôpital y compris en <i>soins intensifs</i> par un <i>spécialiste</i> tant qu'elles sont nécessaires pour des <i>raisons médicales</i>.</li> <li>› Nous prenons en charge les consultations avec un <i>spécialiste</i> pendant les séjours dans un hôpital où l'assuré : <ul style="list-style-type: none"> <li>• est soigné sur une base de <i>patient hospitalisé</i> ou <i>patient ambulatoire</i> ;</li> <li>• doit subir de la chirurgie ; ou</li> <li>• lorsque la consultation est nécessaire pour <i>raison médicale</i>.</li> </ul> </li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Hébergement à l'hôpital pour un parent ou un tuteur</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	1 000 \$ 740 € 665 £	1 000 \$ 740 € 665 £	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Si un assuré de moins de 18 ans nécessite des soins avec hospitalisation et doit passer la nuit dans un hôpital, nous prenons en charge également l'hébergement d'un parent ou tuteur légal à l'hôpital, si :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• un hébergement est disponible dans le même hôpital ; et</li> <li>• le coût est raisonnable.</li> </ul> </li> <li>› Nous ne prenons en charge les frais d'hébergement en hôpital pour un parent ou un tuteur légal que si le traitement que l'assuré reçoit pendant son séjour à l'hôpital est couvert par son contrat.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Les services de transplantation d'organe, de moelle épinière et de cellules souches</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous prenons en charge les soins hospitaliers directement associés à une transplantation d'organe en faveur de l'assuré si :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• la transplantation est médicalement justifiée, et que l'organe à transplanter a été donné par un membre de la famille de l'assuré ou provient d'une source vérifiée et légitime.</li> </ul> </li> <li>› Nous prenons en charge les médicaments antirejet suite à une transplantation, lorsqu'ils sont dispensés sur la base d'une hospitalisation.</li> <li>› Nous prenons en charge le traitement hospitalier directement associé à une transplantation de moelle épinière ou de cellules souches si :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• la transplantation est médicalement justifiée ; et</li> <li>• la moelle épinière ou les cellules souches à transplanter sont celles de l'assuré lui-même, ou de la moelle prélevée sur une source vérifiée et légitime.</li> </ul> </li> <li>› Nous ne prenons pas en charge les transplantations de moelle épinière ou de cellules souches périphériques en vertu de cette partie de la présente police si la transplantation fait partie d'un traitement anticancéreux. La couverture que nous assurons pour le traitement anticancéreux est expliquée dans d'autres parties de la présente police.</li> <li>› Si une personne fait don de sa moelle épinière ou d'un organe à un assuré, nous prenons en charge :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• le prélèvement de l'organe ou de la moelle épinière ;</li> <li>• tous tests ou procédures de compatibilité médicalement justifiés ;</li> <li>• les frais d'hôpital du donneur ; et</li> <li>• tous frais encourus si le donneur subit des complications, pendant une période de 30 jours après la procédure ;</li> </ul>               que le donneur soit couvert par la présente police ou non.             </li> <li>› Le montant que nous prenons en charge pour les frais médicaux d'un donneur sera diminué du montant que ce donneur reçoit pour ces frais en vertu d'une autre police d'assurance provenant de toute autre source.</li> <li>› Nous ne prenons pas en charge un traitement en ambulatoire de l'assuré ou du donneur, sauf si l'assuré a souscrit à l'option Soins ambulatoires à l'international pour le traitement ambulatoire spécifique nécessaire.</li> <li>› Si un assuré donne un organe pour une transplantation médicalement justifiée, nous prenons en charge les frais médicaux encourus par l'assuré associés à ce don dans les limites contractuelles applicables. Cependant, nous ne prendrons en charge le prélèvement de l'organe donné que si le destinataire est également un assuré sous le présent contrat.</li> <li>› Nous prenons en considération toutes les transplantations médicalement justifiées. D'autres transplantations (comme celles considérées comme des procédures expérimentales) ne sont pas couvertes par le présent contrat. Ceci pour des raisons de conditions ou de limites de couverture expliquées ailleurs dans le présent contrat.</li> </ul> <p><b>Remarque importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Tout assuré doit prendre contact avec nous et obtenir une approbation préalable avant d'engager des frais en rapport avec un don ou une transplantation d'organe, de moelle épinière ou de cellules souches.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Hémodialyse</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Le traitement par hémodialyse sera pris en charge si un tel traitement est disponible dans le pays de résidence de l'assuré. Nous le prendrons en charge dans le cadre d'une hospitalisation, en soins de jour, ou en ambulatoire.</p> <p>› Nous prendrons en charge le traitement par hémodialyse en dehors du pays de résidence habituelle de l'assuré si le pays dans lequel ce traitement est dispensé se situe dans la zone de couverture choisie par l'assuré. Nous le prendrons en charge dans le cadre de soins de jour. Les frais de voyage et d'hébergement engagés en rapport avec un tel traitement ne seront pas pris en charge.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Pathologie, radiologie et tests de diagnostic (sauf Imagerie médicale avancée)</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Lorsque les examens sont effectués dans le cadre d'une hospitalisation, ou en soins de jour.</p> <p>› Nous prendrons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les analyses de sang et d'urine ;</li> <li>• les radiographies ;</li> <li>• les échographies ;</li> <li>• les électrocardiogrammes (ECG) ; et</li> <li>• autres tests diagnostics (hors imagerie médicale avancée) ;</li> </ul> <p>lorsqu'ils sont médicalement justifiés et sont recommandés par un spécialiste pendant un séjour à l'hôpital de l'assuré pour un traitement en hospitalisation ou en soins de jour.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Imagerie médicale avancée (IRM, tomodensitométries et caméra à positons)</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	10 000 \$ 7 400 € 6 650 £	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les méthodes d'imagerie suivantes si elles sont prescrites par un spécialiste dans le traitement de l'assuré en tant que patient hospitalisé, en soins de jour ou en soins ambulatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• imagerie par résonance magnétique (IRM) ;</li> <li>• tomodensitométries (CT) ; et/ou</li> <li>• caméra à positons (PET).</li> </ul> <p>› Nous sommes en droit de demander un rapport médical avant la réalisation de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Physiothérapie et traitements complémentaires</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
<p>› Lorsque le traitement est dispensé dans le cadre d'une hospitalisation ou en soins de jour.</p> <p>› Nous prendrons en charge le traitement dispensé par des kinésithérapeutes et autres thérapeutes ; (acupuncteurs, homéopathes et praticiens de médecine chinoise) si ces thérapies sont recommandées par un spécialiste pendant le séjour à l'hôpital de l'assuré dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour (mais qui ne sont pas le traitement principal qu'ils doivent recevoir à l'hôpital).</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins à domicile</b> Jusqu'à 30 jours et à hauteur du montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les <i>soins à domicile</i> de l'assuré pendant une période de 30 jours maximum par <i>période de couverture</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'ils sont recommandés par un <i>spécialiste</i> suite à un <i>traitement en hospitalisation ou soins de jour</i> couvert par le présent <i>contrat</i>;</li> <li>• s'ils commencent immédiatement après le départ de l'assuré de l'hôpital ; et</li> <li>• s'ils réduisent la durée du séjour de l'assuré à l'hôpital.</li> </ul> <p><b>Remarque importante</b></p> <p>› Nous ne prendrons en charge les <i>soins à domicile</i> que s'ils sont dispensés au domicile de l'assuré par une <i>infirmière qualifiée</i> et qu'ils comprennent des <i>soins médicalement justifiés</i> qui seraient habituellement dispensés à l'hôpital. Nous ne prendrons pas en charge les <i>soins à domicile</i> représentant des soins non médicaux ou de l'aide personnelle.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Rééducation</b> Jusqu'à 30 jours et à hauteur du montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les <i>séances de rééducation</i> (physique, professionnelle et orthophonique) recommandées par un <i>spécialiste</i> et <i>médicalement justifiées</i> après un événement traumatique comme un AVC ou une <i>blessure vertébrale</i>.</p> <p>› Si les <i>séances de rééducation</i> doivent avoir lieu dans un centre de <i>rééducation</i> résidentiel, nous prendrons en charge l'hébergement et les repas pour une durée maximale de 30 jours pour chaque état pathologique exigeant <i>des séances de rééducation</i>.</p> <p>Pour déterminer à quel moment la limite des 30 jours est atteinte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nous comptons comme une journée chaque nuit passée à l'hôpital pendant laquelle l'assuré reçoit un <i>traitement</i> ;</li> <li>• nous comptons comme une journée chaque jour pendant lequel un assuré reçoit des soins en <i>ambulatoire</i> et en <i>soins de jour</i>.</li> </ul> <p>› Sous réserve de l'obtention de l'approbation préalable, avant le début de tout <i>traitement</i>, nous prendrons en charge les <i>séances de rééducation</i> pendant plus de 30 jours, si la poursuite du <i>traitement</i> est <i>médicalement justifiée</i> et recommandée par le <i>spécialiste</i> traitant.</p> <p><b>Remarque importante</b></p> <p>› Nous ne prendrons en charge les <i>séances de rééducation</i> que si elles s'avèrent justifiées par la suite, ou en résultat d'un <i>traitement</i> couvert par la présente <i>police</i> et si elles débutent dans un délai de 30 jours à partir de la fin de ce <i>traitement</i> initial.</p> <p>› Toutes les <i>séances de rééducation</i> doivent être approuvées par nous au préalable. Nous n'approuverons les <i>séances de rééducation</i> que si le <i>spécialiste</i> traitant nous fournit un rapport, expliquant :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>la durée de séjour de l'assuré à l'hôpital ;</li> <li>le diagnostic ; et</li> <li>le <i>traitement</i> que l'assuré a reçu, ou doit recevoir.</li> </ol>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Centre de soins palliatifs et soins palliatifs</b> À hauteur du montant maximal indiqué pour la durée de vie.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
<p>› Si un assuré est diagnostiqué en état terminal, et qu'il n'existe aucun <i>traitement</i> efficace pour son rétablissement, nous prendrons en charge les soins et l'hébergement en <i>hôpital</i> ou en centre de soins palliatifs, les soins infirmiers, les médicaments prescrits et les soins physiques et psychologiques.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux internes</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous prendrons en charge les implants prothétiques, les dispositifs et les appareillages internes mis en place au cours d'une <i>intervention chirurgicale</i> dans le cadre des <i>soins médicaux</i> d'un assuré.</li> <li>› Un <i>dispositif chirurgical</i> ou <i>médical</i> peut être :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• une jambe artificielle, une prothèse ou un dispositif nécessaires aux fins de, ou en rapport avec, une <i>intervention chirurgicale</i> ; ou</li> <li>• un dispositif prothétique nécessaire dans le cadre du <i>traitement</i> suivant immédiatement une <i>intervention chirurgicale</i> pendant tout le temps que celui-ci est <i>médicalement justifié</i> ; ou</li> <li>• une prothèse ou un dispositif <i>médicalement nécessaire</i> et faisant partie du processus de récupération à court terme.</li> </ul> </li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux externes</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	Pour chaque prothèse  3 100 \$ 2 400 € 2 000 £	Pour chaque prothèse  3 100 \$ 2 400 € 2 000 £	Pour chaque prothèse  3 100 \$ 2 400 € 2 000 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous prendrons en charge les prothèses, dispositifs ou appareils externes nécessaires faisant partie des <i>soins médicaux de l'assuré</i> (sous réserve des limites expliquées ci-dessous).</li> <li>› Nous prendrons en charge :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• un dispositif ou appareil prothétique nécessaire dans le cadre des <i>soins médicaux</i> suivant immédiatement une <i>intervention chirurgicale</i> pendant toute la durée que celui-ci est <i>médicalement justifié</i> ;</li> <li>• un dispositif ou appareil prothétique <i>médicalement justifié</i> et faisant partie du processus de rétablissement à court terme.</li> </ul> </li> <li>› Nous prendrons en charge un dispositif prothétique initial pour les <i>assurés</i> âgés de 18 ans ou plus, par <i>période de couverture</i>. Nous ne prendrons pas en charge les dispositifs prothétiques de remplacement pour les <i>assurés</i> âgés de 18 ans et plus.</li> <li>› Nous prendrons en charge un dispositif prothétique externe initial et jusqu'à deux remplacements pour les <i>assurés</i> âgés de 17 ans ou moins, par <i>période de couverture</i>.</li> <li>› Par « dispositif prothétique externe », nous entendons une partie du corps artificielle externe, telle qu'une prothèse de jambe ou de main, <i>médicalement justifiée</i> et faisant partie du <i>traitement</i> suivant immédiatement l'<i>intervention chirurgicale</i> de l'<i>assuré</i> ou faisant partie du processus de rétablissement à court terme.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
Services d'ambulance locaux et aériens	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Lorsqu'elle est <i>médicalement justifiée</i>, nous prendrons en charge une ambulance locale pour transporter un assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• du lieu d'un accident ou d'une blessure vers un hôpital ;</li> <li>• d'un hôpital à un autre ; ou</li> <li>• du domicile de l'assuré vers un hôpital.</li> </ul> <p>› Nous ne prendrons en charge le transport par ambulance routière locale que lorsque son utilisation est en rapport avec le <i>traitement</i> qu'un assuré doit recevoir à l'hôpital. Lorsqu'elle est <i>médicalement justifiée</i>, nous prendrons en charge une ambulance aérienne pour transporter l'assuré du lieu d'un accident ou blessure vers un hôpital ou d'un hôpital à un autre.</p> <p><b>Remarques importantes</b></p> <p>› L'ambulance aérienne est soumise aux conditions et limites suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans certaines situations, il sera impossible, peu pratique ou déraisonnablement dangereux de faire intervenir une ambulance aérienne. Dans ces situations, nous n'arrangerons ni ne prendrons en charge une ambulance aérienne. Le présent contrat ne garantit pas qu'une ambulance aérienne soit toujours disponible lorsque celle-ci est demandée, même si elle est médicalement justifiée.</li> <li>• Nous prendrons uniquement en charge une ambulance aérienne locale, comme un hélicoptère, pour transporter un assuré sur des distances jusqu'à 160 kilomètres et nous ne prendrons en charge une ambulance aérienne que lorsque son utilisation est en rapport avec les <i>soins médicaux</i> qu'un assuré doit recevoir à l'hôpital.</li> </ul> <p>› Le présent contrat ne couvre pas les services de secours en montagne.</p> <p>› La couverture pour une évacuation médicale ou un rapatriement sanitaire n'est disponible que si vous avez souscrit l'option Évacuation médicale internationale. Reportez-vous à la rubrique concernée du présent <i>guide du client</i> pour les détails de cette option.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Prestation en espèces pour patient hospitalisé			
Par nuit, jusqu'à 30 nuits par période de couverture.	100 \$ 75 € 65 £	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £
<p>› Nous verserons directement une somme en espèces à l'assuré lorsque celui-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reçoit des <i>soins médicaux</i> dans un hôpital couverts par le présent contrat ;</li> <li>• est hospitalisé pour une nuit ; et</li> <li>• n'a pas été facturé pour sa chambre, ses repas et les frais des <i>soins médicaux</i>.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
Soins dentaires d'urgence dans le cadre d'une hospitalisation	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les <i>soins dentaires</i> à l'hôpital après un accident grave, sous réserve des conditions ci-dessous.</p> <p>› Nous prendrons en charge les <i>soins dentaires</i> d'urgence nécessaires pour un assuré à l'hôpital dans le cadre de son hospitalisation, si ces <i>soins dentaires</i> d'urgence sont recommandés par le <i>médecin traitant</i> à cause d'une <i>urgence dentaire</i> (sans être le <i>traitement</i> principal que l'assuré doit recevoir à l'hôpital).</p> <p>› Cette <i>prestation</i> est versée au lieu de toutes autres <i>prestations</i> dentaires auxquelles l'assuré pourrait prétendre dans ces circonstances.</p>			

### Traitement des troubles de la santé mentale et des addictions

Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.

#### Silver

5 000 \$  
3 700 €  
3 325 £

#### Gold

10 000 \$  
7 400 €  
6 650 £

#### Platinum

Règlement intégral

- › Sous réserve des limites expliquées ci-dessous, nous prendrons en charge :
  - le *traitement* des troubles de santé mentale ; et
  - le diagnostic d'addiction (y compris l'alcoolisme).

#### Traitement des addictions

- › Nous prendrons en charge un cours ou programme de *traitement* contre les addictions dans un centre spécialisé dispensant un *traitement aux résultats avérés*, si un tel traitement est *médicalement justifié* et recommandé par un *médecin praticien*.
- › Nous prendrons en charge jusqu'à trois tentatives de *désintoxication*, après quoi, nous ne prendrons en charge d'autres *traitements de désintoxication* que si *l'assuré* complète un cours ou programme de désintoxication en *ambulatoire*.
- › Nous ne prendrons pas en charge d'autres *traitements* en rapport avec l'alcoolisme ou les addictions, ou des *traitements* en rapport avec une quelconque affection (comme la dépression, la démence ou l'insuffisance hépatique), lorsque nous pouvons raisonnablement penser que l'affection exigeant un *traitement* était la conséquence directe de l'alcoolisme ou de l'addiction.

#### Remarques importantes

- › Pour le *traitement* d'affections et de troubles de santé mentale, nous prendrons uniquement en charge les *traitements aux résultats avérés, médicalement justifiés* et recommandés par un *médecin*.
- › Nous prendrons en charge jusqu'à un total combiné maximum de 90 jours de *traitement* pour des affections et troubles de la santé mentale et de *traitement* des addictions pendant une *période de couverture*, y compris jusqu'à 30 jours de *traitement* dans le cadre d'une *hospitalisation*.
- › Nous prendrons en charge jusqu'à un total combiné maximum de 180 jours de *traitement* pour des affections et troubles de la santé mentale, et de *traitement* des addictions pendant toute période de cinq ans. Par exemple, si un *assuré* utilise 90 jours de *traitement* de la santé mentale ou de l'addiction pendant une période de couverture, et 90 jours de *traitement* de la santé mentale ou de l'addiction pendant la *période de couverture* suivante, nous ne prendrons pas en charge d'autres *traitements* de la santé mentale ou de l'addiction pendant les trois années de couverture suivantes.
- › Pour déterminer à quel moment ces limites de 30, 90 et 180 jours ont été atteintes :
  - nous comptons chaque nuitée pendant laquelle un *assuré* reçoit un *traitement en hospitalisation* comme une journée ; et
  - nous comptons chaque jour qu'un *assuré* reçoit des soins *en ambulatoire* et en *soins de jour* comme une journée.
- › Nous ne prendrons pas en charge les remèdes ou médicaments prescrits à un *patient ambulatoire* pour une quelconque de ces affections, sauf si vous avez souscrit à l'option Soins ambulatoires à l'international.
- › Sous réserve d'une approbation préalable et à condition que le *médecin* se situe dans votre *zone de couverture choisie*, nous pouvons prendre en charge des consultations qui ont lieu par des moyens électroniques ou par téléphone.

### Soins anticancéreux

#### Silver

Règlement intégral

#### Gold

Règlement intégral

#### Platinum

Règlement intégral

- › Après un diagnostic de *cancer*, nous prendrons en charge les frais de *traitement* du *cancer* si nous considérons ce *traitement* comme *actif* et *aux résultats avérés*. Ces *traitements* comprennent la chimiothérapie, la radiothérapie, l'oncologie, les *tests de diagnostic* et les médicaments, que *l'assuré* soit *hospitalisé* ou reçoive le *traitement* en *soins de jour* ou en *soins ambulatoires*.
- › Nous ne prenons pas en charge le dépistage génétique du *cancer*.

## SOINS PARENTAUX ET PÉDIATRIQUES

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins de maternité courants</b> <i>(Contrats Gold et Platinum uniquement)</i> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> . Disponible lorsque la mère est couverte par le <i>contrat d'assurance</i> depuis douze (12) mois ou plus.	Non remboursé	7 000 \$ 5 500 € 4 500 £	14 000 \$ 11 000 € 9 000 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nous prenons en charge les soins et <i>traitements</i> pour parents et nouveau-né suivants, sur une base d'<i>hospitalisation</i> ou de <i>soins de jour</i>, selon le cas considéré comme approprié, si la mère a été <i>assurée</i> par le présent <i>contrat</i> pendant une période ininterrompue d'au moins douze (12) mois ou plus :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• honoraires d'<i>hôpital</i>, d'obstétricien et de sage-femme pour un accouchement de routine ; et</li> <li>• tous honoraires pour les soins postnatals nécessaires à la mère immédiatement après un accouchement de routine.</li> </ul> </li> <li>➤ Nous ne prendrons pas en charge la maternité de substitution ou tout <i>traitement</i> associé. Nous ne prendrons pas en charge les <i>soins</i> ou <i>traitements</i> de maternité pour une <i>assurée</i> agissant en qualité de mère porteuse ni pour une personne agissant comme mère porteuse pour un <i>assuré</i>.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Complications de la maternité</b> <i>(Contrats Gold et Platinum uniquement)</i> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> . Disponible lorsque la mère est couverte par le <i>contrat d'assurance</i> depuis douze (12) mois ou plus.	Non remboursé	14 000 \$ 11 000 € 9 000 £	28 000 \$ 22 000 € 18 000 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nous prendrons en charge les <i>traitements</i> des patients <i>hospitalisés</i> ou <i>ambulatoires</i> en rapport avec des complications résultant d'une grossesse ou d'un accouchement si la mère a été <i>assurée</i> par le présent <i>contrat</i> pendant une période ininterrompue d'au moins douze (12) mois ou plus. Cette prise en charge est limitée à des états qui ne peuvent survenir qu'en conséquence directe de la grossesse ou de l'accouchement, y compris une fausse couche et une grossesse extra-utérine.</li> <li>➤ Cette partie du <i>contrat</i> ne prévoit pas la couverture des naissances à domicile.</li> <li>➤ Nous prendrons en charge une naissance par césarienne lorsque celle-ci est <i>médicalement justifiée</i>. Si nous ne pouvons confirmer que celle-ci était <i>médicalement justifiée</i>, nous ne prendrons en charge que les frais jusqu'à la limite de la couverture des <i>soins de maternité</i>.</li> <li>➤ Nous ne prendrons pas en charge la maternité de substitution ou tout <i>traitement</i> associé. Nous ne prendrons pas en charge les <i>soins</i> ou <i>traitements</i> de maternité pour une <i>assurée</i> agissant en qualité de mère porteuse ni pour une personne agissant comme mère porteuse pour un <i>assuré</i>.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Accouchements à domicile</b> <i>(Contrats Gold et Platinum uniquement)</i> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> . Disponible lorsque la mère est couverte par le <i>contrat d'assurance</i> depuis douze (12) mois ou plus.	Non remboursé	500 \$ 370 € 335 £	1 100 \$ 850 € 700 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nous prendrons en charge les honoraires de sage-femme et de <i>spécialistes</i> en rapport avec des naissances de routine à domicile si la mère a été <i>assurée</i> par le présent <i>contrat</i> pendant une période ininterrompue de douze (12) mois ou plus.</li> <li>➤ Veuillez noter que les complications de la couverture des soins de maternité expliquées ci-dessus n'incluent pas la couverture des accouchements à domicile. Cela signifie que tous frais en rapport avec des complications survenant dans le cadre d'une naissance à domicile ne seront réglés que conformément aux limites de l'accouchement à domicile, comme expliquées dans la <i>liste des garanties</i>.</li> </ul>			



### Soins aux nouveau-nés

Jusqu'au montant maximum indiqué pour les soins au cours des premiers 90 jours après la naissance. Disponible uniquement lorsque la mère est couverte par le *contrat* depuis 12 mois ou plus.

#### Silver

25 000 \$  
18 500 €  
16 500 £

#### Gold

75 000 \$  
55 500 €  
48 000 £

#### Platinum

156 000 \$  
122 000 €  
100 000 £

- À condition que le nouveau-né soit ajouté au *contrat*, nous prendrons en charge :
  - jusqu'à 10 jours de soins courants pour le nouveau-né après la naissance ; et
  - tout *traitement* nécessaire au nouveau-né pendant les 90 premiers jours après la naissance, au lieu de toute autre *prestation*, si au moins un parent a été couvert par le *contrat* pendant une période ininterrompue d'au moins 12 mois ou plus avant la naissance du nouveau-né.

Nous n'exigerons pas d'informations sur la santé du nouveau-né, ni d'examen médical, si nous recevons la *souscription* pour ajouter le nouveau-né au *contrat* dans un délai de 30 jours suivant la date de naissance de celui-ci. Si nous recevons une *souscription* après 30 jours suivant la date de naissance, le nouveau-né devra faire l'objet d'une demande d'assurance médicale et nous vous demanderons de remplir un questionnaire de santé dont les réponses peuvent nous conduire à appliquer des restrictions ou exclusions particulières.

- Nous prendrons en charge :
  - jusqu'à 10 jours de soins courants pour le nouveau-né après la naissance ; et
  - tout *traitement* nécessaire au nouveau-né pendant les 90 premiers jours après la naissance au lieu de toute autre *prestation*, si aucun des parents n'était couvert par le *contrat* pendant une période ininterrompue d'au moins 12 mois avant la naissance du nouveau-né, et que nous recevons une *souscription* d'ajout du nouveau-né à la *police* en qualité d'*assuré*. Le nouveau-né devra faire l'objet d'une demande d'assurance médicale et nous vous demanderons de remplir un questionnaire de santé. La couverture du nouveau-né sera soumise à une demande d'assurance médicale dont les résultats peuvent nous conduire à appliquer des restrictions ou exclusions particulières.
- Les prestations au nouveau-né expliquées ci-dessus ne sont pas disponibles pour les enfants nés après un traitement contre la stérilité (comme une FIV), d'une mère porteuse, ou pour les enfants adoptés. Dans ces cas, les enfants ne peuvent être couverts par la *police* qu'après 90 jours. La couverture du nouveau-né sera soumise au remplissage d'un questionnaire médical, au moyen duquel nous pouvons appliquer des restrictions ou exclusions spéciales.

### Troubles congénitaux

Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.

#### Silver

5 000 \$  
3 700 €  
3 325 £

#### Gold

20 000 \$  
14 800 €  
13 300 £

#### Platinum

39 000 \$  
30 500 €  
25 000 £

- Nous prendrons en charge le *traitement* de troubles congénitaux qui se manifestent avant le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'*assuré*, dans le cadre d'une *hospitalisation* ou de *soins de jour* :
  - si au moins un parent est couvert par la *police* pendant une période ininterrompue de 12 mois ou plus avant la naissance du nouveau-né, et si le nouveau-né a été ajouté à la *police* dans les 30 jours après la naissance ;
  - ces troubles n'étaient pas apparents à la *souscription* de la *police*.

## VOS OPTIONS DE FRANCHISE ET DE PARTICIPATION AUX FRAIS

### Franchise (diverses)

Une *franchise* correspond au montant que vous devez régler avant tout remboursement pris en charge par votre *contrat*.

0 \$ / 375 \$ / 750 \$ / 1 500 \$ / 3 000 \$ / 7 500 \$ / 10 000 \$  
0 € / 275 € / 550 € / 1 100 € / 2 200 € / 5 500 € / 7 400 €  
0 £ / 250 £ / 500 £ / 1 000 £ / 2 000 £ / 5 000 £ / 6 650 £

### Participation aux frais après franchise et participation maximale aux frais

La *participation aux frais* correspond au pourcentage de chaque demande de remboursement non prise en charge par votre *contrat*.

La *participation maximale aux frais* correspond au montant maximal de *participation aux frais* restant à votre charge par période de couverture.

Le montant de la *participation aux frais* est calculé après la prise en compte de la *franchise*. Seules les sommes qui restent à votre charge dans le cadre de la *participation aux frais* sont prises en compte dans la *participation maximale aux frais*.

Commencez d'abord par choisir votre pourcentage de *participation aux frais* :

0 % / 10 % / 20 % / 30 %

Choisissez ensuite votre *participation maximale aux frais* :

2 000 \$ ou 5 000 \$  
1 480 € ou 3 700 €  
1 330 £ ou 3 325 £

LES PAGES SUIVANTES DÉTAILLENT LES GARANTIES FACULTATIVES DISPONIBLES À AJOUTER À VOTRE COUVERTURE DE BASE, **ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE.**



**CONSULTEZ VOTRE ATTESTATION D'ASSURANCE POUR VÉRIFIER DE QUELLE COUVERTURE VOUS BÉNÉFICIEZ EXACTEMENT.**



# SOINS AMBULATOIRES À L'INTERNATIONAL

L'option Soins ambulatoires à l'international vous couvre de manière plus complète pour les *soins ambulatoires* et urgences médicales qui peuvent survenir et où l'admission à l'hôpital comme *patient de jour* ou *patient hospitalisé* n'est pas nécessaire. En outre, l'option Soins ambulatoires à l'international comprend les consultations de *spécialistes* et de *médecins*, les médicaments et les pansements prescrits aux *patients ambulatoires*, les soins prénataux et postnatals pour *patients ambulatoires*, la physiothérapie, l'ostéopathie, la chiropractie et bien plus encore.

## VOTRE LIMITE GÉNÉRALE

Garanties annuelles - Remboursement maximal par assuré par période de couverture	Silver	Gold	Platinum
Ceci comprend les remboursements effectués au titre de toutes les rubriques des services ambulatoires à l'international.	10 000 \$ 7 400 € 6 650 £	25 000 \$ 18 500 € 16 625 £	Illimité

## VOS PRESTATIONS MÉDICALES STANDARD

Consultations avec des praticiens et spécialistes	Silver	Gold	Platinum
Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	Limitées à 125 \$ / 90 € / 80 £ par visite. À hauteur de 15 visites par an.	Limitées à 250 \$ / 185 € / 165 £ par visite. À hauteur de 30 visites par an.	Règlement intégral

- › Nous prendrons en charge les consultations ou visites de *médecin* qui sont nécessaires pour diagnostiquer une maladie, ou pour organiser ou recevoir un *traitement* jusqu'au nombre maximum de visites indiqué dans le tableau des *garanties*.
- › Nous prendrons en charge le *traitement* non chirurgical sur une base *ambulatoire*, recommandé par un *spécialiste* comme étant *médicalement justifié*.
- › Sous réserve d'une approbation préalable et à condition que le *médecin* se situe dans *votre zone de couverture choisie*, nous pouvons prendre en charge des consultations qui ont lieu par des moyens électroniques ou par téléphone.

Soins pré- et postnatals (Contrats Gold et Platinum uniquement)	Silver	Gold	Platinum
Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture. Disponible lorsque la mère est couverte par cette option depuis douze (12) mois ou plus.	Non remboursé	3 500 \$ 2 750 € 2 250 £	7 000 \$ 5 500 € 4 500 £

- › Nous prendrons en charge les soins pré- et postnatals *médicalement justifiés* sur une base *ambulatoire* si la mère a été *assurée* par l'option Soins ambulatoires à l'international pendant une période ininterrompue d'au moins 12 mois ou plus.

Des exemples de tels *traitements* et examens comprennent :

- Les honoraires courants d'obstétriciens et sages-femmes ;
- Tous les examens et échographies prévus ;
- Les remèdes, médicaments et pansements prescrits ;
- Les examens sanguins prénataux courants, si nécessaire ;
- L'amniocentèse (ou analyse du liquide amniotique) ou prélèvement de villosités chorales (ou PVC) ;
- Des tests prénataux non invasifs pour des personnes à risque ; et
- Tous honoraires pour les soins postnatals nécessaires à la mère immédiatement après un accouchement de routine.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Pathologie, radiologie et tests de diagnostic (sauf Imagerie médicale avancée)</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les tests suivants s'ils sont <i>médicalement justifiés</i> et recommandés par un <i>spécialiste</i> comme faisant partie d'un <i>traitement</i> d'un assuré en <i>ambulatoire</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les analyses de sang et d'urine ;</li> <li>• les radiographies ;</li> <li>• les échographies ;</li> <li>• les électrocardiogrammes (ECG) ; et</li> <li>• autres <i>tests diagnostics</i> (hors imagerie médicale avancée).</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Traitement par physiothérapie</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge le <i>traitement</i> par physiothérapie d'un <i>patient ambulatoire médicalement justifié</i> et analeptique pour <i>vous</i> aider à effectuer vos activités normales de la vie quotidienne. Le <i>traitement</i> doit être réalisé par un praticien adéquatement qualifié titulaire de la licence appropriée pour pratiquer dans le pays où le <i>traitement</i> est dispensé. Ceci exclut tout <i>traitement</i> en médecine du sport.</p> <p>› Nous demanderons un rapport médical et un programme de <i>traitement</i> préalablement à l'approbation.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins ostéopathiques et chiropratiques</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	Prise en charge intégrale à hauteur de 15 visites	Prise en charge intégrale à hauteur de 15 visites	Prise en charge intégrale à hauteur de 30 visites
<p>› Nous prendrons en charge jusqu'à un total maximum combiné de visites pour toute <i>période de couverture</i> pour les <i>traitements</i> par ostéopathie et chiropractie <i>aux résultats avérés, médicalement justifiés</i> et recommandés par un <i>spécialiste traitant</i>, si un <i>médecin qualifié</i> recommande le <i>traitement</i> et fournit une lettre de recommandation. Le <i>traitement</i> doit être réalisé par un praticien adéquatement qualifié détenteur de la licence appropriée pour pratiquer dans le pays où le <i>traitement</i> est dispensé. Nous demanderons un rapport médical et un programme de <i>traitement</i> avant l'approbation. Ceci exclut tout <i>traitement</i> en médecine du sport.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Acupuncture, homéopathie et médecine chinoise</b> Jusqu'à un nombre maximum de 15 visites par période de couverture.	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge pour chaque <i>assuré</i> un total maximum combiné de 15 consultations avec des acupuncteurs, homéopathes et praticiens de médecine chinoise par <i>période de couverture</i>, si ces <i>traitements</i> sont recommandés par un <i>médecin qualifié</i>. Le <i>traitement</i> doit être réalisé par un praticien adéquatement qualifié détenteur de la licence appropriée pour pratiquer dans le pays où le <i>traitement</i> est dispensé.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Orthophonie reconstructive</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral

- › Nous prendrons en charge l'orthophonie reconstructive :
- si celle-ci est nécessaire immédiatement après un *traitement* couvert par le présent *contrat* (par exemple, dans le cadre du suivi de *l'assuré* après un AVC) ;
  - si elle est confirmée par un *spécialiste* comme étant *médicalement justifiée* et de *courte durée*.

#### Remarques importantes

- › Nous ne prendrons en charge l'orthophonie que si le but de cette thérapie est de restaurer la fonction de la parole.
- › Nous ne prendrons pas en charge l'orthophonie :
- qui vise à améliorer les capacités d'expression qui ne sont pas complètement développées ;
  - de nature éducative ;
  - destinée à maintenir la communication orale ;
  - qui vise à améliorer les troubles de la parole ou du langage (comme le bégaiement) ; ou
  - qui est le résultat de difficultés d'apprentissage, de développement (comme la dyslexie), de troubles de l'hyperactivité et de manque d'attention, ou d'autisme.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Médicaments et pansements prescrits</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	500 \$ 370 € 330 £	2 000 \$ 1 480 € 1 330 £	Règlement intégral

- › Nous prendrons en charge les médicaments et pansements lorsqu'ils sont prescrits par un *médecin qualifié* dans un cadre *ambulatoire*.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Location de matériel durable</b> Jusqu'à un maximum de 45 jours pendant la <i>période de couverture</i> .	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral

- › Nous prendrons en charge la location de matériel médical durable pendant un maximum de 45 jours par *période de couverture* si l'utilisation de ce matériel est recommandée par un *spécialiste* pour aider au *traitement* de *l'assuré*.
- › Nous ne prendrons en charge que la location de matériel médical durable :
- non jetable et pouvant être utilisé plus d'une fois ;
  - qui sert un objectif médical ;
  - qui peut être utilisé à domicile ; et
  - qui est normalement utilisé uniquement par une personne souffrant des conséquences d'une maladie, d'une affection ou d'une *blessure*.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Vaccins adultes</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	250 \$ 185 € 165 £	Règlement intégral	Règlement intégral

- › Nous prendrons en charge certains vaccins et immunisations cliniquement appropriés, à savoir :
- la grippe ;
  - le tétanos (tous les 10 ans) ;
  - l'hépatite A ;
  - l'hépatite B ;
  - la méningite ;
  - la rage ;
  - le choléra ;
  - la fièvre jaune ;
  - l'encéphalite japonaise ;
  - les rappels poliomyélitiques ;
  - le typhus ; et
  - la malaria (sous forme de comprimés quotidiens ou hebdomadaires).

	Silver	Gold	Platinum
<b>Accidents dentaires</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	1 000 \$ 740 € 665 £	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Si un assuré a besoin d'un <i>traitement dentaire</i> suite à des blessures qu'il a subies dans un accident, nous prendrons en charge les <i>soins dentaires ambulatoires</i> pour toute(s) <i>dent(s) saine(s) et naturelle(s)</i> abîmée(s) ou touchée(s) par l'accident, à condition que les <i>soins</i> commencent immédiatement après l'accident et s'achèvent dans les 30 jours après la date de l'accident.</p> <p>› Afin d'approuver ces <i>soins</i>, nous demanderons confirmation par le <i>dentiste</i> traitant de l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la date de l'accident ; et</li> <li>• du fait que <i>la dent/ou les dents</i> objets des <i>soins</i> proposés est/ou sont une ou des <i>dent(s) naturelle(s) saine(s)</i>.</li> </ul> <p>› Nous prendrons en charge ces <i>soins</i> à la place de tous autres <i>soins dentaires</i> auxquels l'assuré pourrait prétendre en vertu du présent <i>contrat</i>, lorsqu'il a besoin de <i>soins</i> suite à des dommages accidentels à une ou plusieurs dents.</p> <p>› Nous ne prendrons pas en charge la réparation ou la pose d'implants dentaires, de couronnes ou de dentiers au titre du présent <i>contrat</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Examens de soins pédiatriques</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Pris en charge pour les enfants à des <i>intervalles d'âge appropriés</i> jusqu'à 6 ans.</p> <p>› Nous prendrons en charge les examens de soins pédiatriques à tous <i>intervalles d'âge appropriés</i> (naissance, 2 mois, 4 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 15 mois, 18 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans et 6 ans) et la fourniture de soins préventifs par un <i>médecin qualifié</i> se composant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de l'examen de l'historique médical ;</li> <li>• des examens physiques ;</li> <li>• de l'évaluation du développement ;</li> <li>• des directives préalables ; et</li> <li>• les vaccins et analyses de laboratoire appropriés ; pour des enfants de l'âge de 6 ans ou moins.</li> </ul> <p>Nous prendrons en charge une visite chez un <i>médecin qualifié</i> à chacun des <i>intervalles d'âge appropriés</i> (jusqu'à un total de 13 visites pour chaque enfant) dans le but de recevoir des soins préventifs.</p> <p>› En outre, nous prendrons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un examen d'entrée à l'école, pour évaluer la croissance, l'ouïe et la vision, pour chaque enfant âgé de 6 ans ou moins.</li> <li>• un dépistage de rétinopathie diabétique pour les enfants de plus de 12 ans souffrant de diabète.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Vaccins enfants</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les vaccins suivants pour les enfants de 17 ans ou moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCT (Diphtérie, Coqueluche et Tétanos) ;</li> <li>• ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) ;</li> <li>• HiB (Haemophilus influenza de type b) ;</li> <li>• Polio ;</li> <li>• Grippe ;</li> <li>• Hépatite B ;</li> <li>• Méningite ; et</li> <li>• Papillomavirus humain.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
Examens de routine annuels	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les examens de routine suivants pour les enfants de 15 ans ou moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un examen de la vision ; et</li> <li>• un examen de l'ouïe.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
Soins +60 ans (Contrats Gold et Platinum uniquement) Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	Non remboursé	1 000 \$ 740 € 665 £	2 000 \$ 1 480 € 1 330 £
<p>› Si un <i>bénéficiaire</i> est âgé de 60 ans ou plus, ou aura 60 ans au cours de la <i>période de couverture</i>, et que l'un des états de santé suivants a été déclaré sur son questionnaire médical, nous paierons les frais de <i>traitement ambulatoire médicalement nécessaire</i> associés aux soins de cet état de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arthrite, douleur dorsale ou articulaire</li> <li>• Diabète de type 2</li> <li>• Glaucome</li> <li>• Hypertension</li> <li>• Ostéoporose / Ostéopénie</li> </ul> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <p>› Si, au cours de l'étape de la demande, vous avez choisi de couvrir l'un des états de santé précités en payant un supplément, au titre duquel l'état de santé est couvert entièrement sur la base du <i>patient hospitalisé</i> et du <i>patient externe</i> (si l'option du patient externe international a été choisie), cette <i>garantie</i> ne s'appliquera pas.</p> <p>› Les exemples d'examen et de <i>traitements médicalement nécessaires</i> comprennent, sans pour autant s'y limiter : consultations avec des médecins et <i>spécialistes</i> ; pathologie et radiologie ; physiothérapie ; pansements et médicaments sur ordonnance, <i>traitement</i> d'ostéopathie, de chiropractie et d'acupuncture, homéopathie et médecine chinoise. Veuillez noter que cette <i>garantie</i> exclut l'imagerie médicale avancée.</p> <p>› Vous avez le droit de demander la couverture d'un ou de plusieurs états de santé (mais pas des états de santé, symptômes ou complications découlant de ceux-ci) sur la base du <i>patient externe</i>, jusqu'aux montants maximums indiqués par <i>période de couverture</i>.</p> <p>› La <i>garantie</i> est sujette à toutes les <i>participations aux frais</i> ou <i>franchises</i> choisies sur votre <i>police</i>.</p>			

## VOS OPTIONS DE FRANCHISE ET DE PARTICIPATION AUX FRAIS

<p><b>Franchise (diverses)</b> Une <i>franchise</i> correspond au montant que vous devez régler avant tout remboursement pris en charge par votre contrat.</p>	<p>0 \$ / 150 \$ / 500 \$ / 1 000 \$ / 1 500 \$ 0 € / 110 € / 370 € / 700 € / 1 100 € 0 £ / 100 £ / 335 £ / 600 £ / 1 000 £</p>
<p><b>Participation aux frais après franchise et participation maximale aux frais</b> La <i>participation aux frais</i> correspond au pourcentage de chaque demande de remboursement non prise en charge par votre contrat.</p> <p>La <i>participation maximale aux frais</i> correspond au montant maximal de <i>participation aux frais</i> restant à votre charge par <i>période de couverture</i>.</p> <p>Le montant de la <i>participation aux frais</i> est calculé après la prise en compte de la <i>franchise</i>. Seules les sommes qui restent à votre charge dans le cadre de la <i>participation aux frais</i> sont prises en compte dans la <i>participation maximale aux frais</i>.</p>	<p>Commencez d'abord par choisir votre pourcentage de participation aux frais :</p> <p>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p> <p>Votre participation maximale aux frais est :</p> <p>3 000 \$ 2 200 € 2 000 £</p>

# ÉVACUATION MÉDICALE INTERNATIONALE

L'Évacuation médicale internationale assure la prise en charge des frais de transport, dans des limites raisonnables, vers le centre d'excellence médicale le plus proche si les *soins* ne sont pas disponibles localement en cas d'urgence. Cette option prend également en charge le rapatriement, en permettant à *l'assuré* de retourner dans son *pays de résidence habituelle* ou son *pays d'origine* pour y être soigné dans un cadre familial. Elle comprend également les visites compassionnelles d'un parent, d'un(e) *époux/épouse*, d'un(e) compagnon/compagne, d'un(e) frère/sœur ou d'un enfant à *l'assuré* après un accident ou une maladie soudaine, lorsque *l'assuré* n'a pas été évacué ou rapatrié.

## VOTRE LIMITE GÉNÉRALE

Garanties annuelles - Remboursement maximal par assuré par période de couverture	Silver	Gold	Platinum
	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral

## VOS PRESTATIONS MÉDICALES STANDARD

Évacuation médicale	Silver	Gold	Platinum
	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral

- › Transfert vers le centre d'excellence médicale le plus proche si les *soins médicaux* exigés par l'état de *l'assuré* ne sont pas disponibles localement.
- › Si un *assuré* nécessite des *soins médicaux d'urgence*, nous prendrons en charge son évacuation médicale :
  - pour le transporter à *l'hôpital* le plus proche qui propose les *soins médicaux* nécessaires (même si cet *hôpital* se situe dans une autre partie du pays, ou dans un autre pays) ; et
  - pour le ramener à l'endroit d'où il venait, à condition que le voyage de retour n'intervienne pas plus de 14 jours après la fin des *soins médicaux*.
- › En ce qui concerne le voyage de retour, nous prendrons en charge :
  - le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou
  - des frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ; le montant le plus faible étant retenu.
- › Nous ne prendrons en charge les frais de taxi que :
  - s'il est médicalement préférable pour *l'assuré* de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et
  - si l'approbation préalable a été obtenue de la part du *service d'assistance médicale*.
- › Nous prendrons en charge l'évacuation (mais non pas le rapatriement) si *l'assuré* a besoin d'*examens diagnostics* ou d'un *traitement anticancéreux* (comme une chimiothérapie) si, de l'avis de notre *service d'assistance médicale*, l'évacuation est *médicalement justifiée* dans la situation.
- › Nous ne prendrons en charge aucuns autres frais en rapport avec l'évacuation (tels que des frais d'hébergement).

**Remarque importante**

- › Si vous avez besoin de retourner à *l'hôpital* à partir duquel vous avez été évacué, pour un *traitement* de suivi, nous ne prendrons pas en charge les frais de voyage ou les indemnités de frais de vie.



	Silver	Gold	Platinum
Rapatriement médical	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Si un <i>assuré</i> a besoin d'un rapatriement médical, <i>nous</i> prendrons en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le retour dans son <i>pays de résidence habituelle</i> ou <i>pays d'origine</i> ; et</li> <li>• le retour à l'endroit d'où il venait, à condition que le voyage de retour n'ait lieu pas plus de 14 jours après la fin des <i>soins médicaux</i>.</li> </ul> </li> <li>› Le voyage susmentionné doit être approuvé en avance par notre <i>service d'assistance médicale</i> et pour éviter tout malentendu, tous les frais de transport doivent être raisonnables et habituels.</li> <li>› En ce qui concerne le voyage de retour, <i>nous</i> prendrons en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou</li> <li>• des frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ; le montant le plus faible étant retenu.</li> </ul> </li> <li>› <i>Nous</i> ne prendrons en charge les frais de taxi que : <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'il est médicalement préférable pour <i>l'assuré</i> de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et</li> <li>• si l'approbation préalable a été obtenue de la part du <i>service d'assistance médicale</i>.</li> </ul> </li> <li>› <i>Nous</i> ne prendrons en charge aucuns autres frais en rapport avec le rapatriement (tels que des frais d'hébergement).</li> </ul> <p><b>Remarques importantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Si <i>vous</i> avez besoin de retourner à <i>l'hôpital</i> à partir duquel <i>vous</i> avez été rapatrié, pour un <i>traitement</i> de suivi, <i>nous</i> ne prendrons pas en charge les frais de voyage ou les indemnités de frais de vie.</li> <li>› Si un <i>assuré</i> contacte le <i>service d'assistance médicale</i> pour demander l'approbation préalable d'un rapatriement, mais que le <i>service d'assistance médicale</i> ne considère pas le rapatriement médicalement justifié, <i>nous</i> pouvons, à la place, arranger l'évacuation de <i>l'assuré</i> vers <i>l'hôpital</i> le plus proche dispensant les <i>soins médicaux</i> nécessaires. <i>Nous</i> rapatrions alors <i>l'assuré</i> vers son <i>pays d'origine</i> spécifié ou son <i>pays de résidence habituelle</i> lorsque son état est stable, et qu'il est médicalement justifié de le faire.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
Rapatriement de la dépouille mortelle	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Si un <i>assuré</i> décède en dehors de son <i>pays de résidence habituelle</i> pendant la <i>période de couverture</i>, le <i>service d'assistance médicale</i> arrangerá le retour de sa dépouille mortelle dans son <i>pays de résidence habituel</i> ou son <i>pays d'origine</i> dès que raisonnablement faisable, sous réserve des conditions et restrictions des compagnies aériennes.</li> <li>› <i>Nous</i> ne prendrons pas en charge les frais associés à l'enterrement ou à la crémation, ou les frais de transport d'une personne pour récupérer ou accompagner la dépouille mortelle de <i>l'assuré</i>.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Frais de voyage d'un accompagnateur</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>➤ Si un <i>assuré</i> a besoin d'un parent, un frère ou une sœur, <i>son épou(x)se</i> ou compagnon/compagne pour l'accompagner dans son voyage en rapport avec une évacuation médicale ou un rapatriement, parce qu'il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a besoin d'aide pour monter ou descendre d'un avion ou autre véhicule ;</li> <li>• voyage de 1 600 km ou plus ;</li> <li>• est en état d'anxiété sévère ou en détresse, et qu'il n'est pas accompagné par une infirmière, auxiliaire médical ou autre accompagnateur médical ; ou</li> <li>• est gravement malade ou blessé ;</li> </ul> <p><i>nous</i> prendrons en charge l'accompagnement par un membre de sa famille ou un compagnon/une compagne. Les voyages (pour éviter toute confusion, ce terme signifie le voyage d'aller et de retour) doivent être approuvés au préalable par le <i>service d'assistance médicale</i> et le voyage de retour doit avoir lieu pas plus tard que 14 jours après la fin des <i>soins médicaux</i>.</p> <p>➤ <i>Nous</i> prendrons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou</li> <li>• des frais de voyage raisonnables par voie de terre ou par mer ; le montant le plus faible étant retenu.</li> </ul> <p>Si approprié, en tenant compte des besoins médicaux de <i>l'assuré</i>, le membre de la famille ou le compagnon/la compagne qui l'accompagne peut voyager dans une classe différente.</p> <p>S'il s'avère <i>médicalement justifié</i> d'évacuer ou de rapatrier un <i>assuré</i>, et qu'il sera accompagné par son <i>épou(x)se</i> ou compagnon/compagne, <i>nous</i> prendrons également en charge les frais de voyage raisonnables de tous enfants de 17 ans ou moins, si ces enfants restaient autrement sans parent ou surveillance.</p> <p><b>Remarques importantes</b></p> <p>➤ <i>Nous</i> ne prendrons pas en charge l'accompagnement de <i>l'assuré</i> par un tiers, si l'objectif original de l'évacuation était de permettre à <i>l'assuré</i> de recevoir des <i>soins médicaux en ambulatoire</i>.</p> <p>➤ <i>Nous</i> ne prendrons pas en charge d'autres frais en rapport avec les frais de voyage du tiers, comme l'hébergement ou le transport local.</p>			

**Si vous avez souscrit à cette option, nous mettrons également les sommes ci-dessous à disposition pour les visites compassionnelles des membres de votre famille proche.**

	Silver	Gold	Platinum
<b>Visites compassionnelles - frais de voyage</b> Jusqu'à un maximum de 5 voyages pour la durée de vie. Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	1 200 \$ 1 000 € 800 £	1 200 \$ 1 000 € 800 £	1 200 \$ 1 000 € 800 £
<b>Visites compassionnelles - indemnités de frais de vie</b> À hauteur d'une somme maximale indiquée par jour pour chaque visite avec un maximum de 10 jours par visite. Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £
<p>➤ Pour chaque <i>assuré nous</i> prendrons en charge jusqu'à 5 visites de compassion sur la durée de vie de la couverture d'assurance. Les visites de compassion doivent être approuvées au préalable par notre <i>service d'assistance médicale</i>.</p> <p>➤ <i>Nous</i> prendrons en charge le coût d'un voyage en classe économique pour un parent, un(e) <i>épou(x)se</i>, compagnon/compagne, frère, sœur ou enfant pour rendre visite à <i>l'assuré</i> après un accident ou une maladie soudaine, si <i>l'assuré</i> se trouve dans un pays différent et qu'il est prévu une hospitalisation de ce dernier de cinq jours ou plus, ou qu'il a fait l'objet d'un diagnostic terminal à <i>court terme</i>.</p> <p>➤ <i>Nous</i> prendrons également en charge les dépenses de la vie quotidienne d'un membre de la famille pendant une visite compassionnelle, pour une durée allant jusqu'à 10 jours par visite pendant qu'il est en dehors de son <i>pays de résidence habituelle</i> jusqu'aux limites indiquées dans la <i>liste des garanties</i> (sous réserve de recevoir les reçus des frais encourus).</p> <p><b>Remarque importante</b></p> <p>➤ <i>Nous</i> ne prendrons pas en charge de visites compassionnelles lorsque <i>l'assuré</i> a été évacué ou rapatrié. Si une évacuation ou rapatriement a lieu pendant une visite compassionnelle, <i>nous</i> ne prendrons pas en charge d'autres frais de transport de tiers.</p>			

## Les notes importantes et conditions générales suivantes s'appliquent à l'ensemble de la couverture fournie dans le cadre de l'option Évacuation médicale internationale.

### Remarques importantes

Les services décrits dans cette rubrique sont fournis ou organisés par le *service d'assistance médicale* dans le cadre de ce *contrat* d'assurance.

Les conditions suivantes s'appliquent aux évacuations et aux rapatriements médicaux d'urgence :

- › toutes les évacuations et tous les rapatriements doivent être préalablement approuvés par le *service d'assistance médicale*, lequel peut être contacté par le biais de l'équipe service client ;
- › les *soins* pour lesquels ou à la suite desquels l'évacuation ou le rapatriement est nécessaire doivent être recommandés par une *infirmière qualifiée* ou un *médecin* ;
- › les services d'évacuation et de rapatriement sont uniquement disponibles dans le cadre de ce *contrat* si l'*assuré* est traité (ou doit être traité) en tant que *patient hospitalisé* ou *patient ambulatoire* ;
- › les *soins* nécessitant l'évacuation ou le rapatriement doivent :
  - être des *soins* pour lesquels l'*assuré* est couvert dans le cadre de ce *contrat* ; et
  - ne pas être disponibles à l'endroit d'où l'*assuré* doit être évacué ou rapatrié ;
  - l'*assuré* doit déjà bénéficier de la couverture dans le cadre de l'option Évacuation médicale internationale, avant d'avoir besoin du service d'évacuation ou de rapatriement ;
  - l'*assuré* doit bénéficier de la couverture dans la *zone de couverture sélectionnée* qui inclut le pays où les *soins* seront prodigués après l'évacuation ou le rapatriement (*soins* aux États-Unis exclus, sauf si l'*assuré* a acheté l'option *Mondiale États-Unis compris*).
- › *Nous* ne paierons les services d'évacuation ou de rapatriement que si tous les détails de l'organisation sont préalablement approuvés par *notre service d'assistance médicale*. Avant que *nous* donnions *notre* accord, *vous* devez *nous* fournir toutes les informations ou preuves raisonnables que *nous* pourrions demander ;
- › *Nous* n'approuverons pas et ne paierons pas une évacuation ou un rapatriement si, selon *notre avis* raisonnable, ce n'est pas approprié ou si cela est contraire à un avis médical. Pour déterminer si une évacuation ou un rapatriement est approprié, *nous* nous appuyerons sur les pratiques cliniques et médicales établies ;
- › *Nous* pouvons de temps à autre réviser cette couverture et *nous* nous réservons le droit de *vous* contacter pour obtenir des informations supplémentaires dans les limites du raisonnable.

### Conditions générales

- › Là où à cause des conditions locales il est impossible, peu pratique ou déraisonnablement dangereux de pénétrer dans une zone, par exemple à cause d'une instabilité politique ou d'une guerre, il se peut que *nous* ne puissions pas organiser les services d'évacuation ou de rapatriement. ce *contrat d'assurance* ne garantit pas que les services d'évacuation ou de rapatriement seront toujours disponibles quand ils sont demandés, même s'ils sont médicalement appropriés.
- › *Nous* ne paierons les frais de séjour en *hôpital* que pendant la durée de traitement de l'*assuré*. *Nous* ne paierons pas les frais de séjour en *hôpital* si le traitement de l'*assuré* est terminé mais qu'il attend un vol de retour.
- › Tout *traitement* médical qu'un *assuré* reçoit avant ou après une évacuation ou un rapatriement sera payé par en vertu du *contrat* Assurance médicale internationale (ou de toute autre option de couverture le cas échéant) si le *traitement* est couvert par ce *contrat* et si *vous* avez souscrit la couverture appropriée.
- › *Nous* ne pouvons pas être tenus pour responsables des retards ou de l'indisponibilité des services d'évacuation ou de rapatriement dus à de mauvaises conditions météorologiques, des problèmes techniques ou mécaniques, des conditions ou restrictions imposées par les autorités publiques, ou à tout autre facteur sur lequel *nous* n'avons pas de contrôle raisonnable.
- › *Nous* prendrons en charge l'évacuation, le rapatriement et le transport par un tiers que si le *traitement* pour lequel ou en raison duquel l'évacuation ou le rapatriement est nécessaire est couvert dans le cadre de ce *contrat*.
- › Toutes les décisions portant sur :
  - la *nécessité médicale* de l'évacuation ou du rapatriement ;
  - les moyens et le moment de l'évacuation ou du rapatriement ;
  - l'équipement et le personnel médicaux à utiliser ; et
  - la destination vers laquelle l'*assuré* doit être transporté ;

seront prises par *notre équipe médicale*, après consultation avec les *médecins* qui traitent l'*assuré*, en prenant en compte toutes les considérations et tous les facteurs médicaux pertinents.

# SANTÉ ET BIEN-ÊTRE INTERNATIONAL

L'assurance Santé et bien-être à l'international couvre l'assuré pour les dépistages, les tests, les examens, l'assistance conseil pour divers accidents de la vie, des conseils et un soutien adaptés, à travers *notre* service en ligne éducation sur la santé et l'évaluation des risques médicaux, afin d'aider l'assuré à maîtriser et à gérer sa santé comme il le souhaite.

Pendant chaque *période de couverture*, nous prendrons en charge les examens suivants à réaliser par un *professionnel de santé*.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Examens physiques de routine pour adulte</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	600 \$ 440 € 400 £
> Nous prendrons en charge les examens physiques de routine pour un adulte (y compris, sans s'y limiter : prise de la taille, du poids, analyses sanguines, analyses d'urine, pression sanguine, exploration respiratoire, etc.) pour les personnes de 18 ans ou plus.			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Frottis cervical</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral
> Nous prendrons en charge un test de Papanicolaou (frottis cervical) pour les personnes assurées de sexe féminin.			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Dépistage du cancer de la prostate</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral
> Nous prendrons en charge un examen de prostate (test antigène prostatique spécifique (APS)) pour les assurés de plus de 50 ans.			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Mammographie de dépistage du cancer du sein</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral
> Nous prendrons en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 35 et 39 ans : une mammographie de référence pour les femmes asymptomatiques.</li> <li>• Entre 40 et 49 ans : une mammographie pour les femmes asymptomatiques tous les deux ans.</li> <li>• 50 ans et plus : une mammographie par an.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Dépistage du cancer de l'intestin</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge un dépistage annuel du cancer de l'intestin pour les assurés âgés de 55 ans ou plus.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Densitométrie osseuse</b> Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge un scan annuel pour déterminer la densité osseuse de l'assuré.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Consultations diététiques</b>	Non remboursé	Non remboursé	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge jusqu'à 4 consultations avec un diététicien par période de couverture, si l'assuré a besoin de conseils diététiques en rapport avec une maladie ou une affection diagnostiquée, telle que le diabète (Contrat Platinum uniquement).</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Programme d'assistance Gestion de vie</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Notre Service de gestion de vie est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, 365 jours par an. Des professionnels sont là pour vous aider à résoudre tout problème qui vous préoccupe.</p> <p>› Nous prendrons en charge jusqu'à 5 sessions de conseil par problème par période de couverture. Ces conseils peuvent être dispensés en face à face ou par téléphone.</p> <p>› Assistance téléphonique d'assistance Gestion de vie illimitée.</p> <p>› Vous donne des informations, ressources et conseils sur toute préoccupation liée au travail, à la vie, de nature personnelle ou familiale.</p> <p>› Les services d'information offrent de l'assistance, y compris une assistance pour les tracas quotidiens ou la logistique d'un déménagement. Les spécialistes de l'information peuvent offrir une assistance par téléphone, effectuer des recherches et fournir des recommandations présélectionnées sur les ressources locales.</p> <p><b>Veillez nous contacter pour une approbation. Le service est fourni par le prestataire de conseils de notre choix.</b></p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Éducation santé en ligne, évaluations médicales et programmes de coaching sur Internet</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› L'accès à notre rubrique santé et bien-être est disponible dans votre espace client sécurisé en ligne.</p>			

# ASSURANCE OPTIQUE ET DENTAIRE INTERNATIONALE

L'assurance optique et dentaire internationale rembourse les examens ophtalmologiques courants de *l'assuré* ainsi que les coûts des lunettes et des verres de contact. Elle couvre également un large éventail de *soins* dentaires préventifs, périodiques et majeurs.

## OPTIQUE

	Silver	Gold	Platinum
<b>Examen de la vue</b> Remboursement maximal par <i>assuré</i> par <i>période de couverture</i> .	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous prendrons en charge un examen de la vue de routine par <i>période de couverture</i>, à réaliser soit par un ophtalmologiste ou un optométriste.</li> <li>› Nous ne prendrons pas en charge plus d'un examen de la vue au cours d'une <i>période de couverture</i>.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Frais :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Verres de lunettes ;</li> <li>› Lentilles de contact ;</li> <li>› Montures ;</li> <li>› Lunettes de soleil correctrices ;</li> </ul> lorsque prescrits par un optométriste ou un ophtalmologiste.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
Jusqu'au montant maximum indiqué par <i>période de couverture</i> .			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous ne prendrons pas en charge :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• les lunettes de soleil, sauf médicalement prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ;</li> <li>• les lunettes ou lentilles qui ne sont pas <i>médicalement justifiées</i> ou qui ne sont pas prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ; ou</li> <li>• le <i>traitement</i> ou la <i>chirurgie</i>, y compris le <i>traitement</i> ou la <i>chirurgie</i> visant à améliorer la vue, comme la <i>chirurgie</i> par laser, la kératotomie réfractive (KR) ou la kératectomie photoréfractive (KPR).</li> </ul> </li> <li>› Une copie d'une ordonnance ou facture pour les verres correcteurs doit <i>nous</i> être fournie pour étayer toute demande de monture.</li> </ul>			

## SOINS DENTAIRES

### VOTRE LIMITE GÉNÉRALE

	Silver	Gold	Platinum
<b>Garanties annuelles - Remboursement maximal par <i>assuré</i> par <i>période de couverture</i></b>	1 250 \$ 930 € 830 £	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 500 \$ 4 300 € 3 500 £

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins dentaires préventifs</b> Après souscription à cette option par <i>l'assuré</i> depuis 3 mois.	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les <i>soins dentaires</i> préventifs suivants, recommandés par un <i>dentiste</i> après souscription par <i>l'assuré</i> à la couverture de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 3 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deux contrôles dentaires par <i>période de couverture</i> ;</li> <li>• radiographies, y compris la radiographie interproximale, vue simple, et la radiographie panoramique ;</li> <li>• le détartrage et le polissage, y compris une application de fluor locale si nécessaire (deux par <i>période de couverture</i>) ;</li> <li>• un protège-dents par <i>période de couverture</i> ;</li> <li>• un protège-dents de nuit par <i>période de couverture</i> ; et</li> <li>• de la résine de scellement.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins dentaires de routine</b> Après souscription à cette option par <i>l'assuré</i> depuis 3 mois.	Remboursement à 80 % par <i>période de couverture</i>	Remboursement à 90 % par <i>période de couverture</i>	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les frais de <i>traitement</i> pour les <i>soins dentaires</i> suivants après souscription par <i>l'assuré</i> de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 3 mois (si ce <i>traitement</i> est nécessaire à une <i>santé dentaire</i> ininterrompue et est recommandé par un <i>dentiste</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>traitement</i> du canal radiculaire ;</li> <li>• extractions ;</li> <li>• procédures chirurgicales ;</li> <li>• <i>soins</i> occasionnels ;</li> <li>• anesthésie ; et</li> <li>• <i>traitement</i> périodontique.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Traitement dentaire reconstructeur majeur</b> Après souscription à cette option par <i>l'assuré</i> depuis 12 mois.	Remboursement à 70 % par <i>période de couverture</i>	Remboursement à 80 % par <i>période de couverture</i>	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les frais des <i>traitements dentaires</i> reconstructeurs majeurs suivants, après souscription par <i>l'assuré</i> à la couverture de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les dentiers (acryliques/synthétiques, métalliques et métal/acryliques) ;</li> <li>• les couronnes ;</li> <li>• les bridges ; et</li> <li>• la mise en place d'implants dentaires.</li> </ul> <p>› Si un <i>assuré</i> a besoin d'un <i>traitement</i> de chirurgie reconstructrice dentaire majeure avant d'avoir été couvert par l'assurance optique et dentaire internationale pendant 12 mois, nous prendrons en charge 50 % du coût du <i>traitement</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins orthodontiques</b> Après souscription à cette option par <i>l'assuré</i> depuis 18 mois.	Remboursement à 40 % par <i>période de couverture</i>	Remboursement à 50 % par <i>période de couverture</i>	Remboursement à 50 % par <i>période de couverture</i>
<p>› Nous prendrons en charge le <i>traitement</i> orthodontique des <i>assurés</i> de 18 ans ou moins, s'ils sont couverts par l'Assurance optique et dentaire depuis au moins 18 mois.</p> <p>› Nous ne prendrons en charge le <i>traitement</i> orthodontique que si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le <i>dentiste</i> ou l'orthodontiste dispensant le <i>traitement</i> nous fournit, au préalable, une description détaillée du <i>traitement</i> proposé (y compris les radios et gabarits) et une estimation du coût du <i>traitement</i> ; et</li> <li>• nous avons approuvé le <i>traitement</i> au préalable.</li> </ul>			

## Autres soins dentaires

Si un *assuré* a besoin d'une forme de *soins dentaires* qui n'est pas couverte dans ce *guide client*, il peut nous contacter (avant les *soins*) pour savoir si nous assurerons la prise en charge de ces *soins*. Nous considérerons cette demande et déciderons, à notre discrétion :

- si nous prenons en charge ces *soins* ;
- dans l'affirmative, si nous prenons en charge une partie ou la totalité des frais ; et
- à partir de quelle zone de couverture (pour le calcul des limites de couverture).
- notre accord préalable est nécessaire avant tout *soin*.

## Exclusions dentaires

Les exclusions suivantes s'appliquent aux *soins dentaires*, en plus de celles qui sont définies ailleurs dans ce *contrat d'assurance* et dans votre *attestation d'assurance*.

› Nous ne prendrons pas en charge :

- Les soins purement *cosmétiques* ou autres soins qui ne sont pas nécessaires pour le maintien ou l'amélioration de la *santé bucco-dentaire*.
- Le remplacement de tout appareil dentaire perdu ou volé, ni les *soins* associés.
- Le remplacement d'un *bridge*, d'une couronne ou d'une prothèse dentaire qui (de l'avis raisonnable d'un *dentiste* de compétences et de savoir-faire ordinaires dans le *pays de résidence habituelle de l'assuré*) peut être réparé et rendu utilisable.
- Le remplacement d'un *bridge*, d'une couronne ou d'une prothèse dentaire moins de cinq ans après sa mise en place originale sauf si :
  - il ou elle a été endommagé(e) de façon irréparable pendant son utilisation, suite à une *blessure dentaire* subie par l'*assuré* pendant qu'il est couvert dans le cadre de ce *contrat d'assurance* ; ou si
  - le remplacement est nécessaire car l'*assuré* doit se faire enlever une ou plusieurs *dents naturelles saines* ; ou si
  - le remplacement est nécessaire à cause de la mise en place d'une prothèse complète originale du côté opposé.
- Les facettes en acrylique ou en porcelaine.
- Les couronnes ou pontiques sur ou en remplacement des premières, deuxième et troisième molaires inférieures et supérieures, sauf :
  - s'ils ou elles sont en porcelaine, assemblés à des métaux ou en métal uniquement (par exemple une couronne en alliage d'or) ; ou si
  - une couronne ou un pontique temporaire est nécessaire dans le cadre de *soins dentaires* de routine ou d'urgence.
- Les *soins*, procédures et matériaux expérimentaux ou qui ne répondent pas aux normes dentaires généralement acceptées.
- Les *soins* pour les implants dentaires ayant un rapport direct ou indirect avec :
  - un échec d'intégration de l'implant ;
  - un échec de l'ostéointégration ;
  - une péri-implantite ;
  - le remplacement de couronnes, *bridges* ou prothèses ; ou
  - tout accident ou *soin d'urgence* notamment toute prothèse.
- Les conseils portant sur le contrôle de la plaque dentaire, l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation.
- Les services et produits, y compris mais sans s'y limiter, bains de bouche, brosses à dent et dentifrices.
- Les *soins* médicaux prodigués à l'hôpital par un *spécialiste* bucco-dentaire peuvent être couverts dans le cadre du contrat Assurance médicale internationale et/ou Soins ambulatoires à l'international, si cette option a été achetée, sauf si les *soins dentaires* sont la raison de votre *hospitalisation*.
- Les soins orthodontiques pour tout individu ayant plus de 19 ans.
- Les empreintes du mordu, les attaches de précision ou semi-précision.
- Tout *soin*, procédure, appareil ou prothèse (sauf les prothèses complètes) si son objectif principal est :
  - de modifier les dimensions verticales ; ou
  - de diagnostiquer ou de traiter une condition ou un mauvais fonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire ; ou
  - de stabiliser les dents dans un contexte de parodontite ; ou
  - de restaurer une occlusion.









Les coordonnées de la société *Cigna* qui fournit l'assurance au titre de *votre contrat* figurent dans vos *conditions générales* et sur votre *attestation d'assurance*.

**Together, all the way.<sup>SM</sup>**



« Cigna » et le logo « Tree of Life » sont des marques de service déposées de Cigna Intellectual Property, Inc. que Cigna Corporation et ses filiales d'exploitation sont autorisées à utiliser aux termes d'une licence. Tous les produits et services sont fournis par ou via ces filiales d'exploitation et non par Cigna Corporation. Ces filiales comprennent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A. -N.V, Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide Life Insurance Company Limited. © 2016 Cigna