Cigna Global Health Options

GUIDE CLIENT

Tout ce que vous devez savoir au sujet de votre assurance

Together, all the way.℠

Cigna®

CONTRIBUER À AMÉLIORER VOTRE SANTÉ, VOTRE BIEN-ÊTRE ET VOTRE TRANQUILLITÉ D'ESPRIT.

TABLE DES MATIÈRES

04 **Bienvenue chez Cigna Global**

Aperçu des services

05 Nos services de santé globale
06 Notre service clients
07 Notre expertise internationale

Nos services de santé

08 Gestion des cas cliniques
09 Application Cigna Wellbeing™

Informations pratiques

10 Votre guide pour obtenir des soins médicaux
12 Soumettre des demandes de remboursement
13 Votre espace client en ligne
14 Franchise et participation aux frais

Liste des garanties

16 Assurance médicale internationale
24 Soins ambulatoires à l'international
29 Évacuation à l'international & Crisis Assistance Plus™
34 Santé et bien-être à l'international
36 Assurance optique et dentaire internationale

VOUS SOUHAITEZ NOUS CONTACTER ?

Si *vous* avez des questions au sujet de *votre* contrat, si vous avez besoin de faire approuver des *soins* ou pour toute autre raison, n'hésitez pas à contacter *notre* équipe du Service clients disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an.

Rendez-vous dans votre Espace client

- Tchattez avec *nous*
- Envoyez-*nous* un message
- Demandez à être rappelé

Appelez-nous

International : **+44 (0) 1475 788 182**
États-Unis : **800 835 7677** (appel gratuit)
Hong Kong : **2297 5210** (appel gratuit)
Singapour : **800 186 5047** (appel gratuit)

Sinon, *vous* pouvez *nous* envoyer un e-mail à : **cignaglobal_customer.care@cigna.com**

BIENVENUE CHEZ CIGNA GLOBAL

NOTRE MISSION

Merci d'avoir choisi une assurance *Cigna* Global Health Options pour *vous* protéger et protéger *votre* famille. *Nous* avons pour *mission* de contribuer à améliorer *votre* santé, votre bien-être et votre tranquillité d'esprit – et tous ce que *nous* faisons vise à atteindre cet objectif.

NOS ACTIONS

Cigna Global *vous* accompagne ainsi que *votre* famille dans *vos* déplacements dans le monde entier, en tant que partenaire bien-être qui *vous* donne accès aux meilleurs *soins médicaux*. *Nous* avons l'expertise, les connaissances et les capacités nécessaires pour *vous* soutenir, et *nous vous* fournirons un service client d'exception en plaçant toujours *vos* intérêts au centre de *nos* préoccupations.

Nous VOUS plaçons au centre de tout ce que nous faisons.

Lisez ce Guide client, ainsi que *vos conditions générales* et *votre attestation d'assurance* car ils font tous partie intégrante du *contrat* établi entre *vous* et *nous* pour cette *période de couverture*. Si *votre contrat d'assurance* est émis par *Cigna* Worldwide General Insurance Company Limited ou *Cigna* Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch, *votre souscription* fait également partie du *contrat* établi entre *vous* et *nous*.

Vous avez choisi une assurance qui répond à *vos* besoins particuliers. Par conséquent, *en lisant votre* Guide client et en découvrant toute l'étendue de la couverture que *nous* fournissons, n'oubliez pas de jeter un œil à votre *attestation d'assurance pour vous* rappeler *des éventuelles garanties facultatives* que *vous* avez choisi d'ajouter à *votre* prise en charge de base – Assurance médicale internationale.

Vous verrez que certains termes sont en *italique*. Ces termes sont clairement définis dans *vos conditions générales* pour éviter toute confusion.

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

NOS SERVICES DE SANTÉ GLOBALE

Nous sommes *votre* **PARTENAIRE DE SANTÉ GLOBALE** et *nous vous* accompagnons dans *votre* parcours bien-être.

Notre programme de Gestion des cas cliniques est accessible **en contactant *notre* équipe du Service Clients**.

Accès à notre équipe clinique

Vous avez accès à *notre* programme de Gestion des cas cliniques qui est géré par *notre* équipe dédiée composée de *médecins* et d'infirmiers. Ils *vous* assisteront si une maladie grave ou complexe *vous* a été diagnostiquée afin de *vous* apporter toute l'assistance médicale dont *vous* avez besoin.

Le programme peut *vous* soutenir :

- en coordonnant *votre* programme de *soins médicaux* ;
- en *vous* donnant accès à des spécialistes médicaux dans le monde entier pour obtenir des conseils et un soutien ;
- en fournissant un deuxième avis médical ou des rapports médicaux si *nécessaire*.

Vous trouverez des informations complémentaires sur *notre* programme de Gestion des cas cliniques à la page 8 de ce Guide client.

Accès à notre Wellbeing™ App

La *Cigna* Wellbeing™ App *vous* permet d'accéder facilement à de nombreux outils qui *vous* aideront à prendre soin de votre santé.

Notre application interactive *vous* permet de :

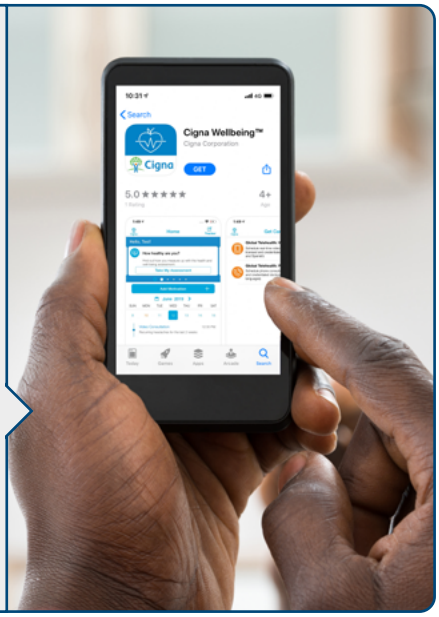
- **Accès au service Télésanté à l'international :** consultations par vidéo et téléphone avec des *médecins* et spécialistes ;
- **Gérer votre santé :** évaluations des risques pour la santé et gestion des maladies chroniques ;
- **Changer de comportement :** suivez *vos* données biométriques et accédez à des programmes de coaching en ligne et à une bibliothèque médicale.

Vous trouverez des informations complémentaires sur la Wellbeing™ App à la page 9 de ce Guide client.

Vous pouvez télécharger l'application gratuitement dans Google Play et l'Apple Store.

Commencez dès aujourd'hui :

- Recherchez « *Cigna* Wellbeing » dans *votre* App Store
- Téléchargez l'application
- Sélectionnez « Plan pour particuliers à l'international (preneur d'assurance) »
- Connectez-*vous* avec *vos* identifiants d'accès à l'Espace client.



Programme d'assistance Gestion de vie

Proposé uniquement dans le cadre du module facultatif Santé et bien-être à l'international.

Ce service permet de bénéficier d'une assistance confidentielle en cas de problème professionnel, privé, personnel ou familial important pour *vous* par le biais de programmes de psychothérapie, d'assistance téléphonique et en ligne.

Accessible si *vous* avez sélectionné le module facultatif Santé et bien-être à l'international. Si *vous* souhaitez utiliser ce service, appelez-*nous* et *nous vous* mettrons en relation avec *notre* prestataire de services.

***Vous* aurez accès à:**

- Des conseils à court terme par téléphone, en face à face ou par vidéo ;
- Des séances de coaching de pleine conscience ;
- Un programme de thérapie comportementale et cognitive (TCC) en ligne ;
- Un soutien professionnel avec des séances de coaching de vie et d'assistance pour les gestionnaires de personnel ;
- Des informations sur les ressources locales et les références

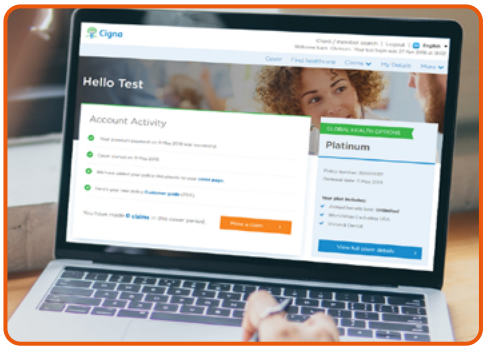
Vous trouverez des informations complémentaires à la page 34 de ce Guide client.

NOTRE SERVICE CLIENTS

Nous donnons la **PRIORITÉ AUX PERSONNES** et *nos* équipes s'engagent à *vous* fournir le meilleur service et la meilleure prise en charge possible.

- *Vous* pouvez parler à *notre* équipe du Service clients très expérimentée 24 heures sur 24.
- *Nos* centres de service clients parlent votre langue et s'efforceront de répondre à *votre* appel en 20 secondes maximum.
- *Nous nous* efforçons de traiter *votre lettre de prise en charge* dans un délai d'une heure après réception de tous les documents nécessaires, afin d'éviter tout retard dans *vos soins médicaux*.
- *Nous nous* efforçons de traiter *vos* demandes de remboursement dans un délai de 5 jours ouvrables après réception de tous les documents nécessaires

Vous avez accès à des outils en ligne simples pour gérer _votre contrat_ et soumettre _vos_ demandes de remboursement.



Vous trouverez des informations complémentaires sur *votre* Espace client en ligne sécurisé à la page 13 de ce Guide client.

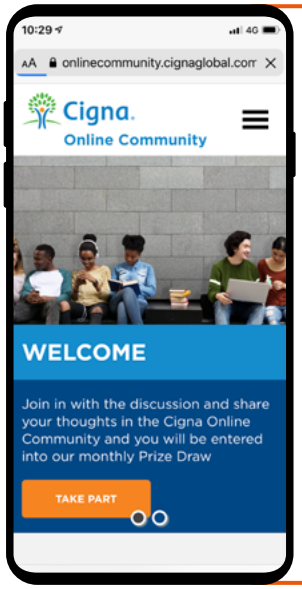
Vous disposez de différentes options pour _nous_ contacter, afin d'obtenir l'aide dont _vous_ avez besoin de la manière qui _vous convient le mieux._

Tchat en direct

Appelez-*nous* ou demandez à être rappelé

Envoyez-*nous un e-mail*

Vous trouverez des informations complémentaires sur la manière de *nous* contacter à la page 3 de ce Guide client.



Nous améliorons sans cesse _nos_ assurances et services de santé grâce à _vos_ retours d'information.

- *Nous* pourrions *vous* inviter à *nous* faire savoir si *nous* répondons à *vos* attentes dans le cadre des enquêtes Net Promoter Score.
- *Nous* pourrions *vous* inviter à rejoindre *notre* Communauté en ligne exclusive pour discuter avec *vous* des choses importantes pour *vous* (en fonction de *votre* pays).

NOTRE EXPERTISE INTERNATIONALE

Nous avons une **EXPERTISE INTERNATIONALE** et *nous* comprenons mieux que personne les difficultés auxquelles *vous* pourriez être confronté dans le cadre de *votre* mobilité internationale.

Vous pouvez trouver des établissements et professionnels de santé locaux en utilisant *votre* Espace client en ligne sécurisé ou en contactant *notre* équipe du Service clients.

Accès à notre réseau international

Nous disposons d'un réseau médical étendu comprenant plus de 1,65 millions partenariats médicaux. *Notre* réseau est composé d'*hôpitaux*, de *cliniques* et de *praticiens* de confiance dans le monde entier.

L'accès à *notre* réseau international d'*hôpitaux*, de *cliniques* et de *médecins* de confiance inclut :

- plus de 1,65 millions de partenariats médicaux à travers le monde ;
- plus de 175 000 professionnels de soins de santé mentale et comportementale ;
- plus de 14 000 établissements et *cliniques.*

Ressources mobiles disponibles à l'international

Nous savons que partir vivre dans un autre pays est une expérience excitante mais qui peut demander beaucoup d'organisation, aussi *nous* déployons des ressources pour *vous* accompagner dans cette transition.

- Visitez le Blog sur la santé disponible sur *notre* site Internet pour une foule d'informations utiles telles que des guides nationaux, des informations sur les systèmes de santé et des conseils pour profiter au maximum de *votre* déménagement.
- Téléchargez *notre* application Safe Travel développée par Cigna pour obtenir des informations ou des conseils actualisés en matière de voyage et des alertes en temps réel.

L'application Safe Travel de Cigna est disponible uniquement pour *nos* clients Cigna Global Health Options Gold et Platinum.

Crisis Assistance Plus™

Proposé uniquement dans le cadre du module facultatif Évacuation à l'international & Crisis Assistance Plus™

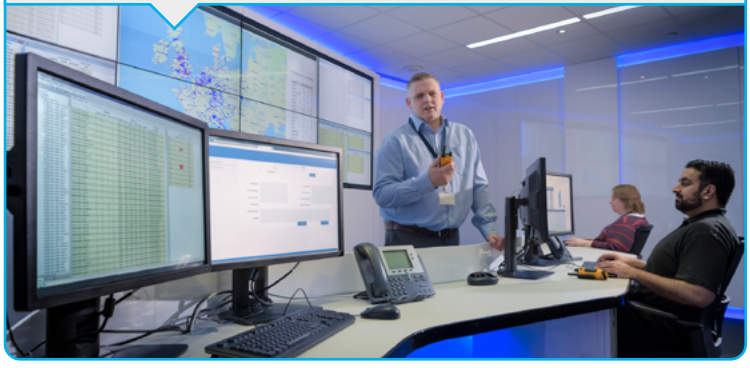
Pour encore mieux accompagner *nos* clients mobiles à l'international, *Cigna* est fier de proposer Crisis Assistance Plus™ (CAP), un programme d'assistance mondial complet pour les situations de crise, fourni par FocusPoint International®.

Le programme CAP fournit des conseils rapides en situation d'urgence et une assistance locale coordonnée pour les risques susceptibles de *vous* impacter lorsque *vous* voyagez, qu'il s'agisse de catastrophes naturelles ou de troubles politiques.

Vous trouverez des informations complémentaires sur ce programme à la page 32 de ce Guide client.

Accessible uniquement si *vous* avez sélectionné le module facultatif Évacuation à l'international & Crisis Assistance Plus™.

Si *vous* êtes confronté à une situation de crise, appelez-*nous* et *nous vous* mettrons en relation avec FocusPoint International® qui fournit une assistance mondiale.



GESTION DES CAS CLINIQUES

Nous mettons tout en œuvre pour *vous* aider ainsi que *votre* famille à *vous* sentir mieux et en meilleure santé grâce à *notre* expertise *clinique*. Le programme offre à tous les *assurés* l'accès à des services cliniques en contactant *notre* équipe du Service clients.

ACCÈS À DES SOINS PARTOUT, À TOUT MOMENT

Notre service **Télésanté à l'international** *vous* donne accès à des *médecins* agréés dans le monde entier pour les problèmes de santé non urgents. *Nous* pouvons programmer un rappel pour *vous*, souvent le même jour, ou *vous* pouvez programmer une consultation par vidéo ou téléphone sur l'application *Cigna* Wellbeing™

- *Vous* pouvez recevoir un diagnostic pour les problèmes de santé non urgents ;
- Cela peut *vous* aider à préparer une prochaine consultation ou *hospitalisation* ;
- *Vous* pouvez discuter d'un plan de traitement ou de *soins médicaux* et des effets secondaires potentiels.

ÊTRE ACCOMPAGNÉ DANS VOTRE PARCOURS DE SOINS

Notre service **Gestion de cas** *vous* affecte un gestionnaire de cas lorsqu'une maladie complexe nécessitant une prise en charge spécifique *vous* est diagnostiquée. Il sera *votre* point de contact unique, et *vous* accompagnera en coordonnant *votre* programme de *soins médicaux*

- *Vous* recevrez des conseils et un aide personnalisés de la part de *votre* gestionnaire de cas ;
- *Nous* créerons des programmes de *soins médicaux* sur mesure pour répondre au mieux à *vos* besoins individuels.
- *Nous nous* efforcerons de réduire le nombre d'admissions à l'*hôpital* supplémentaires ou inutiles.

Notre **programme Maladie chronique** *vous* apporte un soutien si *vous* souffrez d'une maladie chronique. Si la maladie apparaît comme une exclusion spéciale sur votre *attestation d'assurance*, *nous* pourrons quand même *vous* aider à gérer *votre* maladie même si *votre* exclusion s'appliquera aux *soins médicaux* éventuels.

- Un gestionnaire de cas programmera des appels réguliers pour suivre et évaluer *votre* état de santé et votre programme de *soins médicaux* ;
- *Votre* gestionnaire de cas définira avec *vous* des objectifs spécifiques et réalistes afin de *vous* aider au mieux à gérer et surmonter *votre* maladie.

ÊTRE RASSURÉ PAR UN DEUXIÈME AVIS MÉDICAL

Notre **programme d'Aide à la décision** *vous* donne accès aux meilleurs spécialistes pour obtenir un avis et des recommandations sur *votre* diagnostic et votre programme de *soins médicaux* individuels.

Ce service est fourni par *notre* partenaire indépendant qui travaille avec des experts médicaux dans le monde entier pour fournir des avis et des recommandations sur des cas spécifiques et des programmes de *soins médicaux* individuels.

- *Vous* serez contacté par *notre* partenaire sous 48 heures après réception de *vos* antécédents médicaux ;
- Le rapport médical contiendra l'avis de l'expert médical sur *votre* diagnostic et votre programme de *soins médicaux* ;
- *Vous* pouvez également poser des questions sur *votre* diagnostic et votre programme de *soins médicaux* et des réponses y seront apportées dans le rapport.

APPLICATION CIGNA WELLBEING™

Notre application *Cigna* Wellbeing™ *vous* fournit une multitude d'outils et de services pour *vous* aider à gérer *votre* santé et votre bien-être.

ACCÈS À DES SOINS PARTOUT, À TOUT MOMENT

L'application Cigna Wellbeing™ est le moyen le plus simple d'accéder au service Télésanté à l'international.

Demander un rendez-vous	Parler à un médecin	Se sentir mieux
Utilisez l'application *Cigna* Wellbeing™ pour prendre rendez-vous avec un *médecin* partout, à tout moment.	La première consultation se fera avec un *médecin* généraliste, par téléphone ou vidéo.	Soyez rassuré après avoir parlé à un *médecin*.

Pourquoi utiliser le service Télésanté à l'international ?

- **C'est pratique.** Pas besoin de sortir de chez vous ou de quitter votre travail.
- **C'est un service disponible 24h/24, 7j/7.** Vous avez accès jour et nuit à des *médecins*, généralement en 24 heures (en fonction de la langue choisie).
- **C'est abordable.** Cela représente une alternative aux consultations en cabinet médical ou en *clinique*, sans franchise ni participation aux frais et sans limite du nombre des consultations.

GÉRER VOTRE SANTÉ

Évaluations médicales

L'évaluation des risques médicaux en ligne confidentielle *vous* permet de créer *votre* propre rapport unique. La vue à 360° de *votre* état de santé *vous* indiquera :

- *Votre* « score » santé
- *Vos* habitudes positives
- Domaines nécessitant une amélioration
- Les éventuels domaines présentant des risques

Gestion des maladies chroniques

Ce programme, piloté par *notre* équipe d'infirmiers chevronnés, *vous* aidera à prendre le contrôle de *votre* maladie chronique, y compris, entre autres :

- Diabète
- Tension artérielle élevée
- Problèmes cardiaques

Veuillez compléter l'Évaluation du bien-être et indiquez-*nous* si *vous* souhaitez être recontacté.

CHANGER DE COMPORTEMENT

Suivi de données biométriques

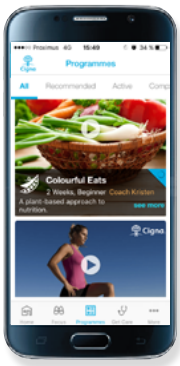
L'application *Cigna* Wellbeing™ *vous* permet de suivre en continu :

- Sommeil
- Taille/poids
- Glycémie
- Tension artérielle
- Cholestérol
- *Vos* notes santé

Programmes santé et coaching

Découvrez des articles, des programmes de coaching en ligne et des vidéos qui *vous* aideront à adopter un meilleure hygiène de vie.

- Style de vie
- Santé générale
- Alimentation / poids
- Recettes saines
- Activité physique
- Stress



VOTRE GUIDE POUR OBTENIR DES SOINS MÉDICAUX

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

AVANT LES SOINS MÉDICAUX

Contactez *notre* équipe du Service clients avant les *soins*. *Vous* pouvez *nous* contacter 24 h sur 24 par tchat dans *votre* Espace client en ligne sécurisé, par téléphone ou e-mail (voir page 3).

- *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.
- *Nous* pouvons contacter directement *votre médecin traitant* afin de vérifier que les *soins médicaux* que *vous* allez recevoir sont couverts par *votre contrat* et émettre une autorisation préalable.
- *Nous* pouvons contacter directement *votre médecin traitant* afin de mettre en place la facturation directe en émettant une *lettre de prise en charge*.

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

RECEVOIR DES SOINS MÉDICAUX

- N'oubliez pas de prendre *votre* carte d'assuré *Cigna* avec *vous*. Une copie de *votre* carte d'assuré *Cigna* est disponible dans *votre* Espace client en ligne sécurisé.

APRÈS LES SOINS MÉDICAUX

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

- Dans tous les cas, *nous* réglons uniquement la part des frais engagés pour les *soins médicaux* qui est prise en charge.
- Tous les *assurés* sont responsables du règlement de toute franchise ou de la participation aux frais directement à *l'hôpital*, à la *clinique*, au *praticien* ou à la pharmacie au moment des *soins*.

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 du Service clients** pour plus d'informations.

Si *vous* avez réglé *votre hôpital, votre clinique* ou *votre professionnel de santé* vous-même.

- Envoyez-*nous votre* facture et votre demande de remboursement
  - en ligne via *votre* Espace client en ligne sécurisé ;
  - ou par e-mail, fax ou courrier (voir page 12).
- *Nous vous* rembourserons (moins *votre* franchise et/ou participation aux frais applicables).
- *Nous nous* efforçons de traiter *votre* demande de remboursement dans un délai de 5 jours ouvrables après réception de tous les documents nécessaires

Vous pouvez télécharger *vos* formulaires de demande de remboursement dans *votre* Espace client en ligne sécurisé ou sur **www.cignaglobal.com/help/claims**

Notez que dans certains pays, *nous* ne sommes pas autorisés à payer un professionnel de santé directement. Dans ce cas, il *vous* appartient de payer les soins à *votre* professionnel de santé et *Cigna vous* remboursera.

Veuillez noter que *nous* pouvons, à *notre* seule discrétion et sans *vous* en informer, apporter des modifications au réseau *Cigna* à tout moment en ajoutant et/ou en retirant des *hôpitaux*, des *cliniques*, des *praticiens* et des pharmacies.

Avant de recevoir des *soins*, lisez les informations suivantes concernant l'autorisation préalable requise, les *soins médicaux d'urgence*, et comment obtenir des *soins* aux *États-Unis*.

AUTORISATION PRÉALABLE

Appelez-*nous* dès que possible avant de recevoir des *soins médicaux* dans le cadre de l'Assurance médicale internationale et de l'un des modules supplémentaires que *vous* avez sélectionnés (le cas échéant).

Une autorisation préalable est requise pour les *hospitalisations* et les *soins médicaux de jour*. Elle n'est pas requise pour les *soins ambulatoires* à l'exception des *soins médicaux* répertoriés à la page 24.

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

Si *vous* n'obtenez pas *notre* autorisation préalable, le traitement des demandes pourrait être retardé ou *nous* pourrions refuser de régler une partie ou la totalité de la demande de remboursement. *Nous* réduirons le montant que *nous* réglerons de :

- 50 % si *vous* ne *nous* avez pas appelés en temps utile pour obtenir une autorisation préalable pour des *soins médicaux* reçus aux *États-Unis* ;
- 20 % si *vous* n'avez pas obtenu d'autorisation préalable pour des *soins médicaux* en dehors des *États-Unis*.

Dans certains cas, *nous* pouvons donner à un *assuré* ou à 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 médicaux* réalisés.

SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Nous savons que parfois, il ne sera pas pratique ou possible pour vous de *nous* contacter avant de recevoir des *soins médicaux* en cas d'urgence où la priorité est d'être pris en charge dès que possible. Dans ce cas, *nous* demandons à *vous* ou à l'*assuré* concerné de *nous* contacter dans les 48 heures suivant les *soins*. Cela *nous* permettra de confirmer si *vos soins médicaux* sont couverts et faire le *nécessaire* pour régler le professionnel de santé.

Nous pouvons demander des informations supplémentaires, par exemple un rapport médical, afin d'approuver les *soins*. *Nous* confirmerons la prise en charge et, le cas échéant, le nombre de *soins médicaux* pris en charge.

Si un *assuré* a été amené à l'*hôpital*, chez un *praticien* ou dans une *clinique* ne faisant pas partie de *notre* réseau, *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 médicaux*, une fois que cela est possible du point de vue médical.

POUR OBTENIR DES SOINS AUX ÉTATS-UNIS

Si l'*assuré* a obtenu une autorisation 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 %.

Nous comprenons qu'il est parfois impossible que les *soins médicaux* 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. Exemples :

- quand il n'y a pas d'*hôpital*, de *praticien* ni de *clinique* faisant partie du réseau *Cigna* dans un rayon de 50 kilomètres autour 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* ; ou
- lorsqu'il s'agit de *soins médicaux d'urgence*.

Pour les clients résidant aux *États-Unis*, *nous* leur proposons un service de pharmacie livrée à domicile s'ils ont une adresse postale. Ce service peut constituer une solution pratique si *vous* développez une affection qui nécessite une prise de médicaments régulière. Les conditions générales s'appliquent.

SOUMETTRE DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Si *vous* avez réglé *vos soins vous*-même, *vous* pouvez *nous* envoyer *votre* facture et votre formulaire de demande de remboursement. Le moyen le plus simple de le faire est via *votre* Espace client en ligne sécurisé.

VOUS AUREZ BESOIN DE :

La **facture** de *votre* praticien

Un **formulaire de demande de remboursement** rempli

Le **justificatif** de *votre* paiement

N'oubliez pas d'indiquer clairement *votre* numéro de *contrat d'assurance* sur tous les documents que *vous nous* transmettez.

Vous pouvez télécharger *vos* formulaires de demande de remboursement à partir de *votre* Espace client en ligne sécurisé ou sur www.cignaglobal.com/help/claims

VOUS POUVEZ SOUMETTRE VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT PAR :

- *Votre* Espace client en ligne sécurisé (voir page 13)
- E-mail : cghoclaims@cigna.com
- Courrier : **Pour les *soins médicaux* effectués :**
- Fax : +44 (0) 1475 492 113 (en dehors des *États-Unis*) ; 855 358 6457 (aux *États-Unis*)

En dehors des *États-Unis*, de Hong Kong et de Singapour	Aux *États-Unis*	À Hong Kong	À Singapour
Cigna Global Health Options Service clients 1 Know*e* Road Greenock PA15 4RJ, Écosse	Cigna International PO Box 15964 Wilmington Delaware 19850 États-Unis	Cigna Worldwide General Insurance Company Ltd Cigna Global Health Options Service clients 16/F, International Trade Tower 348 Kwun Tong Road Kwun Tong Kowloon Hong Kong SAR	Business Services Team Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. - Singapore Branch Cigna Global Health Singapore 152 Beach Road #33-05/06 The Gateway East Singapour 189721

INFORMATIONS IMPORTANTES

- *Vous* et tous les *assurés* devez respecter les procédures de demande de remboursement détaillées dans ce Guide client.
- *Nous* pouvons *vous* rembourser par virement ou par chèque.
- Il est possible que *nous* ayons besoin d'informations supplémentaires pour traiter une demande de remboursement, par exemple des rapports médicaux ou autres informations sur l'état de santé 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.

Sous réserve des conditions de ce *contrat*, *nous* prenons en charge les frais suivants en rapport avec *votre* demande de remboursement :

- Frais décrits dans la section Liste des garanties de ce Guide client, applicable à la date ou aux dates des *soins* de l'*assuré*.
- Frais des *soins* déjà effectués. Cependant, *nous* ne prenons pas en charge les frais des *soins* 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* prenons en charge les frais des *soins médicaux* correspondant aux honoraires pratiqués au lieu du traitement et conformément à la pratique *clinique* et médicale établie.
- Si *vous* dépassez un sous-plafond de garantie individuel, ou le plafond de garantie annuel global, *nous vous* demanderons de rembourser la part de frais dépassant *votre* plafond.

VOTRE ESPACE CLIENT EN LIGNE

En tant que client *Cigna* Global Health Options, *vous* avez accès à une mine d'informations où que *vous* soyez dans le monde, par le biais de *votre* Espace client en ligne sécurisé.

Pour accéder *à votre* Espace client en ligne sécurisé, rendez-vous sur www.cignaglobal.com, puis ;

Cliquez sur le **bouton « Connexion membres »** en haut à droite.

Sélectionnez « **Assurance pour particuliers à international** » dans la liste et cliquez sur le bouton « **Connectez-vous** ».

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 du Service clients.

GÉRER VOTRE POLICE

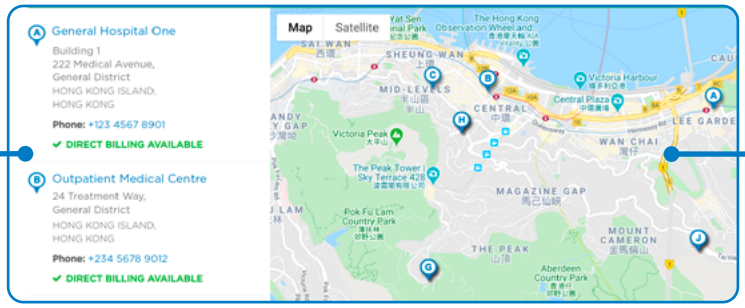
Votre Espace client en ligne sécurisé est le moyen le plus simple pour *vous* de gérer *votre contrat* et d'accéder à toutes les informations concernant *votre* couverture. Dans cet espace *vous* pouvez :

- consulter *les documents de votre contrat*, notamment *votre attestation d'assurance* et les cartes d'assuré *Cigna* pour tous les *assurés* ;
- voir toutes les exclusions spéciales applicables à *votre contrat* ;
- voir toutes les garanties incluses dans *votre* assurance ;
- voir un récapitulatif de *vos* paiements de primes ;
- voir tous *vos* échanges avec *nous* ;
- soumettre facilement et suivre l'état d'avancement de *vos* demandes de remboursement ;
- mettre à jour *vos* informations si *nécessaire*.

ACCÉDER À DES SOINS

Notre outil de recherche *vous* permet de trouver facilement des *praticiens* près de chez *vous Vous* pouvez affiner *votre* recherche par spécialité médicale, type d'établissement ou professionnel de santé.

Liste des professionnels de santé proposant la facturation directe.



Une carte claire *vous* montre où *vous vous* trouvez par rapport aux professionnels de santé.

NOUS CONTACTER

Votre Espace client en ligne sécurisé *vous* offre également différents moyens pratiques de *nous* contacter, notamment en discutant par tchat, en *nous* envoyant directement un message ou en *nous* demandant de *vous* rappeler au moment qui *vous* convient

Tchat en direct

Demander à être rappelé

Envoyez-nous un message

FRANCHISE ET PARTICIPATION AUX FRAIS

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

Si *vous* choisissez une franchise et/ou une participation aux frais, le montant de *votre* prime sera inférieur à ce qu'il serait autrement.

- **Franchise -** il s'agit du montant que *vous* devez payer sur le coût de *vos soins médicaux* jusqu'à ce que la franchise pour la *période de couverture* soit atteinte.
- **Participation aux frais -** il s'agit du pourcentage de frais que *vous* devez payer sur le coût de *vos soins médicaux*. Ce pourcentage est appliqué après calcul du montant de la franchise (si cette option a été sélectionnée).
- **Participation maximale (annuelle) aux frais -** il s'agit du montant maximal de participation aux frais que *vous* devez régler sur une *période de couverture* donnée. Seules les sommes que *vous* payez dans le cadre de la participation aux frais sont soumises à la limite de participation maximale aux frais.

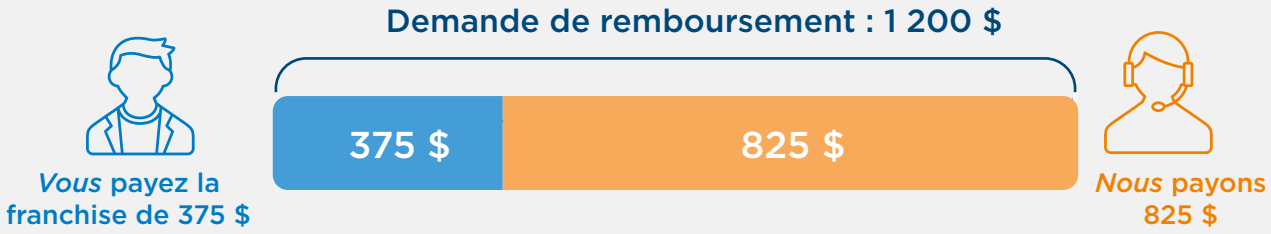
Si *vous* avez sélectionné une franchise et/ou une participation aux frais, les exemples ci-dessous *vous* expliquent le fonctionnement.

Exemple 1 :
FONCTIONNEMENT DE LA FRANCHISE

Valeur de la demande de remboursement : **1 200 $**
Franchise : **375 $**

Une fois que le montant de la franchise est atteint, *vous* payez toutes les dépenses ultérieures de *soins médicaux* sur cette *période de couverture*.

Dans cet exemple, le montant de la franchise a été atteint pour cette *période de couverture*.

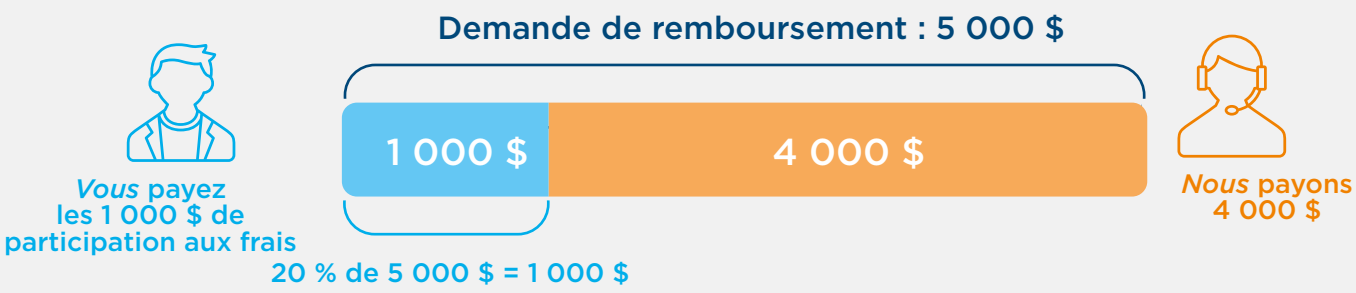


Exemple 2 :
FONCTIONNEMENT DE LA PARTICIPATION AUX FRAIS

Valeur de la demande de remboursement : **5 000 $**
Franchise : **0 $**
Participation aux frais : **20 % = 1 000 $**
Participation maximale aux frais : **2 000 $**

Le montant de la participation aux frais est soumis à la limite de participation maximale (annuelle) aux frais.

Dans cet exemple, 1 000 $ ont été payés sur les 2 000 $ de participation maximale (annuelle) aux frais pour cette *période de couverture.*

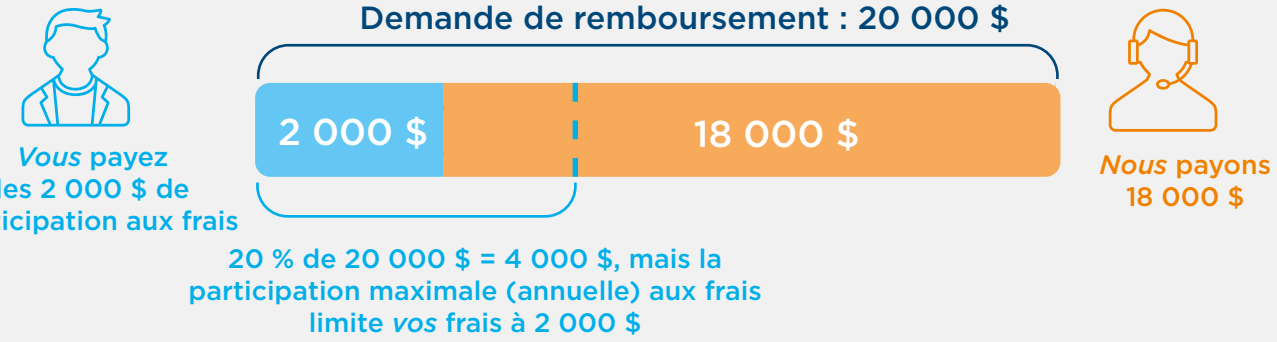


Exemple 3 :
FONCTIONNEMENT DE LA PARTICIPATION AUX FRAIS ET DE LA PARTICIPATION MAXIMALE (ANNUELLE) AUX FRAIS

Valeur de la demande de remboursement : **20 000 $**
Franchise : **0 $**
Participation aux frais : **20 % = 4 000 $**
Participation maximale aux frais : **2 000 $**

La participation maximale (annuelle) aux frais *vous* protège d'un reste à charge trop important.

Dans cet exemple, *vous* avez déjà versé *votre* participation maximale (annuelle) aux frais et *nous* prenons en charge les dépenses restantes pour cette *période de couverture*.

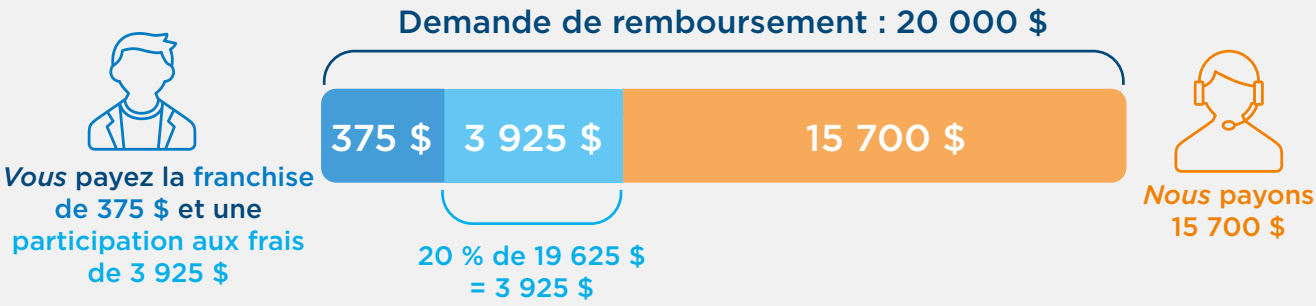


Exemple 4 :
FONCTIONNEMENT DE LA FRANCHISE ET DE LA PARTICIPATION AUX FRAIS EN CAS DE SÉLECTION DE CES DEUX OPTIONS

Valeur de la demande de remboursement : **20 000 $**
Franchise : **375 $**
Participation aux frais : **20 % = 3 925 $**
Participation maximale aux frais : **5 000 $**

La franchise est exigible avant que la participation aux frais ne soit calculée.

Dans cet exemple, *votre* franchise de 375 $ est d'abord déduite du coût des *soins médicaux* puis la participation aux frais de 20 % est calculée. 3 925 $ ont été payés sur les 5 000 $ de participation maximale (annuelle) aux frais pour cette *période de couverture*.



INFORMATIONS IMPORTANTES

- *Vous* devrez régler le montant de la franchise et de la participation aux frais directement à *l'hôpital*, à la *clinique*, au *praticien* ou à la pharmacie.
- La franchise, la participation aux frais et la participation maximale aux frais sont déterminées séparément pour chaque *assuré* et chaque *période de couverture*.
- Si *vous* sélectionnez à la fois une franchise et une participation aux frais, la somme que *vous* devrez payer pour la franchise sera calculée avant la somme que *vous* devrez régler pour la participation aux frais.
- *Vous* pouvez demander une modification de la franchise et/ou de la participation aux frais et de la participation maximale aux frais avec prise d'effet *à la date de reconduction annuelle* chaque année. Si *vous* souhaitez supprimer ou réduire *votre* franchise, *votre* participation aux frais ou réduire *votre* participation maximale aux frais sur *votre* couverture, *nous* pourrions exiger que *vous nous* fournissiez plus d'informations médicales détaillées (y compris les informations médicales de tout *assuré* le cas échéant) et *nous* pourrions appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales sur la base des informations que *vous nous* fournissez.
- *Vous* pouvez vérifier la franchise ou la participation aux frais que *vous* avez sélectionnée en consultant *votre attestation d'assurance* qui est disponible dans *votre* Espace client en ligne sécurisé.

ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE

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

L'assurance médicale internationale *est la* couverture maladie indispensable pour les *frais d'hospitalisation*, les *frais de soins de jour* et de séjour, ainsi que pour les soins en cancérologie, psychiatrie et bien d'autres spécialités.

Plafond de garantie annuel global – par assuré et par période de couverture Cela inclut les remboursements versés au titre de toutes les garanties de l'assurance médicale internationale.	**Silver**	**Gold**	**Platinum**
	1 000 000 $ 800 000 € 650 000 £	**2 000 000 $ 1 600 000 € 1 300 000 £**	**Règlement intégral**

Frais d'hospitalisation Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour *votre* assurance, par *assuré* et par *période de couverture*.	**Silver**	**Gold**	**Platinum**
	Règlement intégral Chambre individuelle	**Règlement intégral Chambre individuelle**	**Règlement intégral Chambre individuelle**

- Frais de soins infirmiers et de séjour pour une *hospitalisation* et des *soins de jour*, ainsi que pour la salle de réveil.
- Salle d'opération.
- Médicaments et pansements prescrits dans le cadre d'une *hospitalisation* ou de *soins de jour* uniquement.
- Pathologie, radiologie et tests de diagnostic (sauf Imagerie médicale avancée).
- Honoraires de salle de *soins médicaux* et infirmiers pour la *chirurgie* ambulatoire (*nous* prenons en charge les frais infirmiers uniquement lorsqu'un *assuré* fait l'objet d'une opération).
- Soins intensifs : traitement intensif, soins coronariens et unité de soins pour malades hautement dépendants.
- Honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes.
- Honoraires de consultation de spécialistes dans le cadre d'une *hospitalisation* et de *soins de jour.*
- *Soins* dentaires d'urgence dans le cadre d'une *hospitalisation*.

Nous collaborerons avec *vous* et avec *votre praticien* pour veiller à ce que *vous* receviez les *soins médicaux* nécessaires dans un établissement médical adapté.

Remarque importante :

Nous prendrons uniquement en charge les *soins ambulatoires* reçus avant ou après une intervention chirurgicale uniquement si *l'assuré* a souscrit à l'option *Soins ambulatoires* à l'international (sauf si les *soins médicaux* entrent dans le cadre de *soins médicaux* contre le cancer).

Hébergement à l'hôpital pour un parent ou tuteur Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.	**Silver**	**Gold**	**Platinum**
	1 000 $ 740 € 665 £	**1 000 $ 740 € 665 £**	**Règlement intégral**

Si un *assuré* de moins de 18 ans a besoin d'être *hospitalisé* et doit passer la nuit à l'*hôpital*, *nous* prenons également en charge l'hébergement d'un parent ou tuteur légal à l'*hôpital*, si un hébergement est possible dans le même *hôpital* pour un coût raisonnable.

Nous prenons en charge les frais d'hébergement à l'*hôpital* pour un parent ou un tuteur légal uniquement si les *soins médicaux* que l'*assuré* reçoit pendant son séjour à l'*hôpital* sont couverts par son *contrat*.

Pandémies, épidémies et maladies infectieuses

Jusqu'au plafond de garantie annuelle globale pour *votre* assurance, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Nous couvrirons les *soins médicaux médicalement nécessaires* pour une maladie ou une affection résultant d'une pandémie, d'une épidémie ou de la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, telle que définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Les *soins médicaux médicalement nécessaires* et les affections médicales associées seront pris en charge sur la base d'une *hospitalisation* et de *soins de jour*. *Nous* ne prendrons en charge les *traitements* ambulatoires que si le bénéficiaire est couvert par l'option *Soins ambulatoires* à l'international.

Remarque importante :

Nous prendrons en charge les tests *médicalement nécessaires* concernant une pandémie, une épidémie ou la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en ambulatoire au titre de la prestation ambulatoire de pathologie, de radiologie et d'examens diagnostiques conformément à la couverture de la police pour le diagnostic d'autres maladies.

Indemnité journalière d'hospitalisation

Par nuit jusqu'à 30 jours par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
100 $ 75 € 65 £	**100 $ 75 € 65 £**	**200 $ 150 € 130 £**

Nous versons des indemnités directement à l'*assuré* lorsque celui-ci :

- est soigné dans un *hôpital* couvert par cette assurance ;
- est hospitalisé pour une nuit ; et
- l'*hôpital* ne facture aucuns frais de séjour ni frais de *soins médicaux* à l'*assuré*, à une compagnie d'assurance et/ou à une administration.

Soins au service des urgences

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
500 $ 370 € 335 £	**1 000 $ 740 € 665 £**	**1 200 $ 1 000 € 800 £**

Nous prenons en charge les *soins médicaux d'urgence* en *ambulatoire* reçus au service des urgences d'un *hôpital*, suite à un accident, une maladie soudaine et/ou l'exposition à un danger, et lorsque l'*assuré* ne passe pas la nuit à l'hôpital pour des raisons médicales.

Remarques importantes :

- Si *vous* avez sélectionné l'option *Soins ambulatoires* à l'international, cette garantie et les limites sont épuisées avant que la garantie *Soins ambulatoires* à l'international ne puisse être mise en jeu.
- La franchise applicable de la garantie *Soins ambulatoires* à l'international et la participation aux frais (si cette option a été choisie) s'appliqueront à cette garantie.

Services de transplantation

Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour *votre* assurance, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Nous prenons en charge les *frais d'hospitalisation* et les *frais de soins de jour* directement liés à une transplantation d'organe chez un *assuré*, si cette transplantation est *médicalement nécessaire* et que l'organe à transplanter provient d'un donneur légitime et vérifié. *Nous* prenons également en charge les médicaments antirejet administrés après une transplantation.

Si un *assuré* a besoin d'une transplantation d'organe (que le donneur soit ou non couvert par le *contrat*), *nous* prenons en charge :

- le prélèvement de l'organe ou de la moelle épinière ;
- tous les tests ou procédures de compatibilité *médicalement nécessaires* ;
- les frais d'*hospitalisation* du donneur ; et
- tous les frais engagés si le donneur subit des complications, pendant une période de 30 jours après son opération.

Imagerie médicale avancée (IRM, tomodensitométries et caméra à positons)

Silver	Gold	Platinum
10 000 $ 7 400 € 6 650 £	15 000 $ 12 000 € 9 650 £	Règlement intégral

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous prenons en charge l'imagerie médicale avancée si elle est recommandée par un *praticien* dans le cadre d'une *hospitalisation*, de *soins de jour* ou de *soins ambulatoires*.

Rééducation

Silver	Gold	Platinum
5 000 $ 3 700 € 3 325 £ Jusqu'à 30 jours	10 000 $ 7 400 € 6 650 £ Jusqu'à 60 jours	Règlement intégral Jusqu'à 90 jours

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous prenons en charge les *soins médicaux* de *rééducation*, y compris la physiothérapie, la *rééducation* professionnelle, les traitements cardiaques, pulmonaires, cognitifs et orthophoniques.

Nous prenons uniquement en charge les *soins médicaux* de *rééducation* faisant suite à une *opération chirurgicale* et/ou à un traumatisme. Si des séances de *rééducation* doivent avoir lieu dans un centre de *rééducation* résidentiel, *nous* prenons en charge l'hébergement et les repas.

Pour déterminer si le plafond journalier a été atteint, *nous* comptabilisons chaque nuitée au cours de laquelle un *assuré* est *hospitalisé* et/ou reçoit des *soins de jour* comme une journée.

Sous réserve de l'obtention d'une autorisation préalable, avant le début de tout traitement, *nous* prenons en charge les séances de *rééducation* au-delà du nombre de jours indiqué, si la poursuite du traitement est *médicalement nécessaire* et recommandée par le spécialiste traitant.

Remarque importante :

Nous approuvons les séances de *rééducation* uniquement si le spécialiste traitant *nous* fournit un rapport, expliquant la durée de séjour de l'*assuré* à l'*hôpital*, le diagnostic et les *soins médicaux* que l'*assuré* a reçus, ou doit recevoir.

Soins à domicile

Silver	Gold	Platinum
2 500 $ 1 850 € 1 650 £ Jusqu'à 30 jours	5 000 $ 3 700 € 3 325 £ jusqu'à 60 jours	Règlement intégral Jusqu'à 120 jours

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous ne prendrons en charge les soins à domicile que s'ils sont dispensés au domicile de *l'assuré* par un *infirmier qualifié* et qu'ils comprennent des soins *médicalement justifiés* qui seraient habituellement dispensés à *l'hôpital*. *Nous* ne prenons pas en charge les soins à domicile représentant des soins non médicaux ou de l'aide personnelle.

Nous prenons en charge des soins à domicile pour un *assuré* si :

- ils sont recommandés par un spécialiste suite à une *hospitalisation* ou des *soins de jour* couverts par ce *contrat* ;
- ils commencent immédiatement après la sortie de l'*assuré* de l'*hôpital* ; et
- ils réduisent la durée du séjour de l'*assuré* à l'*hôpital*.

Acupuncture et médecine chinoise

Silver	Gold	Platinum
1 500 $ 1 100 € 1 000 £	2 500 $ 1 850 € 1 650 £	Règlement intégral

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous prenons en charge l'acupuncture et la médecine chinoise uniquement si ce n'est pas le *traitement* principal que l'*assuré* doit recevoir à *l'hôpital*.

L'acupuncteur ou le *praticien* en médecine chinoise doit être un *praticien* qualifié, titulaire de la licence appropriée pour exercer dans le pays où le *traitement* est dispensé.

Soins palliatifs

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
35 000 $ 25 900 $ 23 275 £	**60 000 $ 44 400 € 38 400 £**	**Règlement intégral**

Nous prenons en charge les soins palliatifs uniquement si un *assuré* est diagnostiqué en phase terminale, que son espérance de vie est de moins de six mois et qu'il n'existe aucun *traitement* efficace pour son rétablissement.

Nous prenons en charge :

- soins à domicile ;
- *hospitalisation* et *soins de jour* en *hôpital* ou centre de soins palliatifs ;
- médicaments prescrits ; et
- soins physiques et psychologiques.

Prothèses

Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour *votre* assurance, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Nous prenons en charge les *prothèses* internes et externes nécessaires au *traitement* de l'*assuré*, sous réserve des limites expliquées ci-dessous.

Nous prenons en charge :

- une *prothèse nécessaire* dans le cadre du *traitement* suivant immédiatement une *intervention chirurgicale* aussi longtemps que cela est *médicalement nécessaire* et/ou dans le cadre du processus de récupération à court terme ;
- une *prothèse* externe initiale (mais pas de dispositif de remplacement) pour les *assurés* âgés d'au moins 18 ans, par *période de couverture*.

Nous prenons en charge une *prothèse* externe initiale et jusqu'à deux remplacements pour les *assurés* âgés de 17 ans ou moins, par *période de couverture*.

Si un *assuré* a besoin d'une *prothèse* de remplacement pendant la *période de couverture*, *nous* exigerons un rapport médical approprié.

Services d'ambulance locaux et aériens

Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour *votre* assurance, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Si cela est *médicalement nécessaire* et lié à une pathologie couverte, *nous* prenons en charge une ambulance locale ou aérienne pour transporter un *assuré* :

- du lieu d'un accident ou d'une *blessure* vers un *hôpital* ;
- d'un *hôpital* à un autre ; ou
- du domicile de l'assuré vers un *hôpital*.

Nous prenons en charge une ambulance aérienne locale, par exemple un hélicoptère ambulance, uniquement si cela est *nécessaire* pour transporter un *assuré* sur une distance maximale de 160 km, si cela est médicalement approprié.

La couverture pour une évacuation médicale ou un rapatriement sanitaire n'est disponible que si vous avez souscrit l'option Évacuation à l'international & Crisis Assistance Plus™. Pour plus d'informations sur cette option, consultez la page 29 du présent Guide client.

Santé mentale et comportementale

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
5 000 $ **3 700 €** **3 325 £** **Jusqu'à 30 jours*** (*hospitalisation* et *soins de jour*)	**10 000 $** **7 400 €** **6 650 £** **Jusqu'à 60 jours*** (*hospitalisation* et *soins de jour*)	**Règlement intégral** **Jusqu'à 90 jours*** (*hospitalisation* et *soins de jour*)

Nous prenons en charge :

- *Traitement fondé sur des preuves* et *médicalement nécessaire* qui est recommandé par un *praticien*.
- *Soins* dispensés à l'*hôpital*, en *soins de jour* ou *soins ambulatoires*, par un psychologue et/ou un psychiatre autorisé à exercer en vertu de la législation de ce pays.

Autisme et trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Nous prenons en charge :

- Les frais médicaux, y compris les consultations chez le *médecin* et le pédiatre en lien avec l'autisme et le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), pour des *soins ambulatoires* uniquement, *fondés sur des preuves* et *médicalement nécessaires*.
- Tests d'évaluation et de diagnostic en cas de symptômes d'autisme et de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).
- Thérapie comportementale si *médicalement nécessaire* et selon une *pratique fondée sur les preuves*.

Remarques importantes :

Nous ne prenons pas en charge :

- Intervention éducative, orthophonie et dispositifs d'aide à l'apprentissage du langage.
- Remèdes ou médicaments prescrits à un patient *ambulatoire* pour une quelconque de ces affections, sauf si *vous* avez souscrit l'option *Soins ambulatoires* à l'international.

Une autorisation préalable est requise pour tous les frais d'*hospitalisation*, de *soins de jour* et de *soins ambulatoires*.

*Le plafond journalier ne s'applique qu'aux *hospitalisations* et *soins de jour*.

Traitement de l'obésité

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Disponible après 24 mois de couverture de l'*assuré*.

Silver	Gold	Platinum
Aucune couverture	**Remboursement à 70 % jusqu'à :** **20 000 $** **14 800 €** **13 300 £**	**Remboursement à 80 % jusqu'à :** **25 000 $** **18 500 €** **16 500 £**

Nous prenons en charge la *chirurgie* de l'obésité pour les *assurés* âgés de plus de 18 ans sur présentation de justificatifs attestant que toutes les autres méthodes de perte de poids, notamment les cures d'amincissement, les programmes nutritionnels, les aides-minceur et médicaments amincissants ont été essayées au cours des 24 derniers mois.

Remarques importantes :

- l'*assuré* doit avoir un indice de masse corporelle (IMC) de 40 ou plus et avoir été diagnostiqué comme souffrant d'obésité morbide ;
- peut fournir des documents justificatifs d'autres méthodes de perte de poids qui ont été tentées au cours des 24 derniers mois ; et
- a subi une évaluation psychologique qui a confirmé que cette procédure était adaptée à sa situation.

Chirurgie préventive du cancer

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
Remboursement à 70 % jusqu'à : **10 000 $** **7 400 €** **6 650 £**	**Remboursement à 80 % jusqu'à :** **18 000 $** **13 300 €** **12 000 £**	**Remboursement à 80 % jusqu'à :** **18 000 $** **13 300 €** **12 000 £**

Nous prenons en charge la *chirurgie* préventive du cancer lorsqu'un *assuré* a de lourds antécédents familiaux concernant une maladie liée à un syndrome de cancer héréditaire (comme le cancer des ovaires) et a passé des tests génétiques qui ont établi la présence d'un syndrome de cancer héréditaire.

Nous prenons en charge les tests génétiques uniquement si l'*assuré* est couvert par l'option *Soins ambulatoires* à l'international Gold ou Platinum.

Soins anti-cancéreux

Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour *votre* assurance, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Après un diagnostic de cancer, *nous* prenons en charge les frais de *traitement* du cancer si *nous* considérons ce *traitement* comme un *traitement* actif et *fondé sur les preuves*, que l'*assuré* séjourne à l'*hôpital* ou reçoive des *soins de jours* ou des *soins ambulatoires*.

Nous prenons en charge les tests génétiques uniquement si l'*assuré* est couvert par l'option *Soins ambulatoires* à l'international Gold ou Platinum.

Troubles congénitaux

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
5 000 $ **3 700 €** **3 325 £**	**20 000 $** **14 800 €** **13 300 £**	**39 000 $** **30 500 €** **25 000 £**

Nous prenons en charge le *traitement* des *troubles congénitaux*, dans le cadre d'une *hospitalisation* ou de *soins de jour*, qui sont apparus avant le 18e anniversaire de l'*assuré*, quel que soit l'âge de l'*assuré* au moment du *traitement*.

Remarques importantes :

- *Nous* ne prenons pas en charge le *traitement* des *troubles congénitaux* au titre d'une autre garantie de la liste des garanties, sauf dans le cas suivant :
- Une *maladie congénitale* est diagnostiquée après le 18e anniversaire d'un *assuré*. *Les soins médicaux* sont soumis aux plafonds de garantie applicables aux *frais d'hospitalisation* et *frais de soins de jour.*

Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture

Pour les *assurés* qui n'ont pas de couverture Monde entier, États-Unis *compris*.

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
100 000 $ **75 000 €** **65 000 £** (*hospitalisation* et *soins de jour*)	**250 000 $** **200 000 €** **162 500 £** (*hospitalisation* et *soins de jour*)	**Règlement intégral** (*hospitalisation* et *soins de jour*)

Soins médicaux d'*urgence*, dans le cadre d'une *hospitalisation* et de *soins de jour*, au cours de déplacements professionnels ou privés de courte durée à l'intérieur de *votre zone de couverture*, lorsque votre vie est en danger.

Remarques importantes :

L'*assuré* ne doit pas avoir reçu de *soins médicaux*, avoir présenté des symptômes ni consulté en lien avec cet état de santé nécessitant des *soins médicaux* d'*urgence* avant de commencer le voyage.

La couverture est limitée à :

- une durée maximale de 21 jours par voyage ; et
- un total de 60 jours maximum par *période de couverture*, tous voyages confondus.

- Si l'option *Soins ambulatoires* à l'international a été souscrite dans le cadre de *votre contrat*, les *assurés* sont couverts uniquement pour les *soins ambulatoires* d'urgence. La couverture est soumise au plafond de garantie annuel global et aux plafonds de garantie individuels applicables aux *Soins ambulatoires* à l'international.
- Les frais relatifs à la maternité, la grossesse, l'accouchement ou toutes les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement sont exclus de cette Garantie hospitalisation d'urgence hors *zone de couverture*.
- Cette garantie ne s'applique pas si *vous* avez sélectionné l'option *Monde entier, États-Unis compris.*
- *Nous* exigerons des justificatifs de *votre* entrée et sortie des *États-Unis*.
- Cette option n'est pas disponible si *votre pays de résidence habituelle* est les *États-Unis*.
- Le fait de recevoir des *soins médicaux* ne doit pas avoir constitué l'un des objectifs du voyage.
- Les *soins médicaux* d'*urgence* ne sont applicables que si *vous* ne pouvez pas bénéficier du régime public d'assurance maladie de ce pays.

SOINS PARENTAUX ET PÉDIATRIQUES

Soins de maternité courants

(Contrats Gold et Platinum uniquement)

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Prise en charge lorsque la mère est couverte par le *contrat* depuis 12 mois ou plus.

Silver	Gold	Platinum
Aucune couverture	**7 000 $ 5 500 € 4 500 £**	**14 000 $ 11 000 € 9 000 £**

Nous prenons en charge les *soins médicaux* suivants, dans le cadre d'une *hospitalisation* ou de *soins de jour*, selon l'option la plus appropriée, si la mère est couverte par le *contrat* depuis au moins 12 mois consécutifs :

- honoraires d'*hôpital*, d'obstétricien et de sage-femme pour un accouchement normal ; et
- tous honoraires pour les soins postnatals nécessaires à la mère immédiatement après un accouchement normal.

Nous ne prenons pas en charge la gestation pour autrui ou tout *traitement* associé. *Nous* ne prenons pas en charge les soins ou *traitements* de maternité pour une *assurée* agissant en qualité de mère porteuse ni pour une personne agissant comme mère porteuse pour un *assuré*.

Complications de la maternité

(Contrats Gold et Platinum uniquement)

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Prise en charge lorsque la mère est couverte par le *contrat* depuis 12 mois ou plus.

Silver	Gold	Platinum
Aucune couverture	**14 000 $ 11 000 € 9 000 £**	**28 000 $ 22 000 € 18 000 £**

Nous prenons en charge les *frais d'hospitalisation* ou les frais de *soins ambulatoires* en rapport avec des complications résultant d'une grossesse ou d'un accouchement si la mère est couverte par le *contrat* depuis au moins 12 mois consécutifs. 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.

- Cette partie du *contrat d'assurance* ne prévoit pas la couverture des naissances à domicile.
- *Nous* prenons en charge une naissance par césarienne lorsque celle-ci est *médicalement nécessaire*. Si *nous* ne pouvons pas vérifier que celle-ci était *médicalement nécessaire*, *nous* prenons en charge uniquement les frais jusqu'à la limite de la garantie des soins de maternité courants.

Nous ne prenons pas en charge la gestation pour autrui ou tout *traitement* associé. *Nous* ne prenons pas en charge les soins ou *traitements* de maternité pour une *assurée* agissant en qualité de mère porteuse ni pour une personne agissant comme mère porteuse pour un *assuré*.

Accouchements à domicile

(Contrats Gold et Platinum uniquement)

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Prise en charge lorsque la mère est couverte par le *contrat* depuis 12 mois ou plus.

Silver	Gold	Platinum
Aucune couverture	**500 $ 370 € 335 £**	**1 100 $ 850 € 700 £**

Nous prenons en charge les honoraires de sage-femme et de *spécialistes* en rapport avec des naissances normales à domicile si la mère est couverte par le *contrat* depuis au moins 12 mois consécutifs.

- 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 au domicile ne seront réglés que conformément aux limites de l'accouchement à domicile, comme expliquées dans la liste des garanties.

Soins aux nouveau-nés	Silver	Gold	Platinum
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par *période de couverture*, au cours des 90 premiers jours suivant la naissance. Disponible une fois que l'un des parents a été couvert par le *contract* pour 12 mois ou plus.*	**25 000 $** **18 500 €** **16 500 £**	**75 000 $** **55 500 €** **48 000 £**	**156 000 $** **122 000 €** **100 000 £**

À condition que le nouveau-né soit ajouté au *contrat*, *nous* prenons en charge :

- jusqu'à 10 jours de soins courants pour le nouveau-né après la naissance ; et
- Tous les *soins médicaux* nécessaires pour le nouveau-né au cours des 90 premiers jours suivant la naissance, à la place de toute autre garantie.

Remarques importantes :

Ajout du nouveau-né au *contrat*:

- Si au moins un (1) des parents est couvert par le *contrat* depuis au moins douze (12) mois consécutifs avant la naissance du nouveau-né, *nous* ne demanderons aucun renseignement sur sa santé, ni aucun examen médical si *nous* recevons la *souscription* pour l'ajout du nouveau-né au *contrat* dans les trente (30) jours suivant la date de naissance du nouveau-né. Cependant, si *nous* recevons une *souscription* plus de trente (30) jours après la date de naissance du nouveau-né, le nouveau-né fera l'objet d'une appréciation du risque médical.
- *Si aucun parent n'est couvert pas le *contrat* depuis au moins douze (12) mois consécutifs avant la naissance du nouveau-né, celui-ci fera l'objet d'une appréciation du risque médical et *vous* pourrez soumettre une *souscription* pour ajouter le nouveau-né. Si une appréciation du risque médical est *nécessaire* pour le nouveau-né, *nous* vous dirons alors si *nous* pouvons assurer le nouveau-né et, le cas échéant, quelles sont toutes les conditions ou exclusions spécifiques qui s'appliquent. L'assurance prendra effet à compter de la date à laquelle *vous* acceptez les conditions proposées.
- Les enfants nés d'une mère porteuse ou qui ont été adoptés ne peuvent être couverts par le *contrat* qu'à partir de leur 90e jour. La couverture du nouveau-né nécessite de répondre au préalable à un questionnaire médical, sur la base duquel *nous* pouvons appliquer des restrictions ou exclusions spéciales.

Tous les *soins médicaux* nécessaires en lien avec des *troubles congénitaux* d'un nouveau-né sont couverts par la garantie « Troubles congénitaux », détaillée à la page 21, et sont soumis aux conditions de l'ajout du nouveau-né au *contrat* comme précisé ci-dessus.

VOS OPTIONS DE FRANCHISE ET DE PARTICIPATION AUX FRAIS

Franchise Une *franchise* est le montant que *vous* devez régler avant tout remboursement pris en charge par *votre* couverture d'assurance.	**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 La *participation aux frais* est le pourcentage de chaque demande de remboursement qui n'est pas prise en charge dans le cadre de *votre* couverture.	**Veuillez commercer par choisir *votre* pourcentage de *participation aux frais*** **0% / 10% / 20% / 30%**
Participation maximale (annuelle) aux frais 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 que *vous* versez dans le cadre de la *participation aux frais* sont prises en compte au titre de la *participation maximale aux frais*.	**Choisissez ensuite *votre participation maximale (annuelle) aux frais*:** **2 000 $ / 1 480 € / 1 330 £** **ou** **5 000 $ / 3 700 € / 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

Le module facultatif *Soins ambulatoires* à l'international offre une couverture plus large des *soins ambulatoires* lorsqu'une admission à l'*hôpital* pour des *soins de jour* ou une *hospitalisation* n'est pas *nécessaire*, y compris les consultations chez des *spécialistes*, les médicaments et pansements prescrits dans le cadre de *soins ambulatoires*, la *rééducation*, les tests génétiques pour le cancer, et bien plus encore.

Vous n'avez pas besoin d'obtenir une autorisation préalable pour les *soins ambulatoires* à l'exception des soins suivants :

- Tests génétiques pour le cancer
- Santé mentale et comportementale (en *soins ambulatoires*)
- Bilan d'infertilité et *traitement*
- Médicaments et pansements prescrits pendant plus de 3 mois
- Physiothérapie, chiropraxie et ostéopathie au-delà de 10 séances.

Pour tout autre *traitement* couvert par le module *Soins ambulatoires* à l'international, *vous* n'avez pas besoin de *nous* contacter pour obtenir une autorisation préalable.

Plafond de garantie annuel global – par assuré et par période de couverture Ceci comprend les remboursements effectués au titre de toutes les garanties des *Services ambulatoires* à l'international.	**Silver**	**Gold**	**Platinum**
	15 000 $ 12 000 € 9 650 £	**35 000 $ 25 900 $ 23 275 £**	**Règlement intégral**

Consultations avec des praticiens et spécialistes Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.	**Silver**	**Gold**	**Platinum**
	2 500 $ 1 850 € 1 650 £	**5 000 $ 3 700 € 3 325 £**	**Règlement intégral**

- *Nous* prenons en charge les consultations ou visites de *praticiens* qui sont nécessaires pour diagnostiquer une maladie, ou pour organiser ou recevoir un *traitement*.
- *Nous* prenons en charge le *traitement* non chirurgical sur une base *ambulatoire*, recommandé par un *spécialiste* comme étant *médicalement nécessaire*.

Médicaments et pansements prescrits

Silver	Gold	Platinum
1 500 $ 1 100 € 1 000 £	**3 000 $ 2 200 € 2 000 £**	**Règlement intégral**

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous prenons en charge les médicaments et pansements lorsqu'ils sont prescrits par un *praticien* dans un cadre *ambulatoire*.

Remarque importante :

Les médicaments prescrits par un *médecin* et/ou délivrés par une pharmacie aux *États-Unis* sont soumis à la *liste des médicaments de notre formulaire*.

Pathologie, radiologie et tests de diagnostic (sauf Imagerie médicale avancée)

Silver	Gold	Platinum
2 500 $ 1 850 € 1 650 £	**5 000 $ 3 700 € 3 325 £**	**Règlement intégral**

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous prendrons en charge les tests suivants s'ils sont médicalement justifiés et recommandés par un spécialiste comme faisant partie d'un traitement d'un *assuré* en ambulatoire :

- les analyses de sang et d'urine ;
- les radiographies ;
- les échographies ;
- les électrocardiogrammes (ECG) ; et
- autres tests diagnostics (hors imagerie médicale avancée).

Remarque importante :

Nous prendrons en charge les tests *médicalement nécessaires* concernant la pandémie, l'épidémie ou la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, sur une base ambulatoire, conformément à la couverture de la police pour les diagnostics d'autres maladies, et conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Rééducation ambulatoire

Silver	Gold	Platinum
5 000 $ 3 700 € 3 325 £	**10 000 $ 7 400 € 6 650 £**	**Règlement intégral**

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous prenons en charge :

- physiothérapie *ambulatoire* ;
- ergothérapie *ambulatoire* ;
- *soins*; ostéopathiques et chiropratiques ;
- orthophonie ; et
- *rééducation* cardiaque et pulmonaire.

Remarques importantes :

Physiothérapie, ostéopathie et chiropraxie ambulatoires :

Nous prenons en charge ce *traitement* s'il est *médicalement nécessaire* et analeptique pour *vous* aider à effectuer *vos* activités normales de la vie quotidienne. Le *traitement* doit être réalisé par un *praticien* qualifié, détenteur de la licence appropriée pour exercer dans le pays où le *traitement* est dispensé. Ceci exclut tout *traitement* en médecine du sport.

Orthophonie :

Nous prenons en charge l'orthophonie reconstructive si elle est *nécessaire* immédiatement après un *traitement* couvert par ce *contrat* (par exemple dans le cadre du suivi de l'*assuré* après un AVC) et confirmée par un spécialiste comme étant *médicalement nécessaire* à court terme.

Soins pré- et postnatals
(Contrats Gold et Platinum uniquement)

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Prise en charge lorsque la mère est couverte par le *contrat* depuis 12 mois ou plus.

Silver	Gold	Platinum
Aucune couverture	**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 de 12 mois ou plus.
- Exemples de *soins* et examens prénatals :
  - 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 choriales (ou PVC) ;
  - des tests prénatals non invasifs pour des personnes à risque.

  Soins postnatals :
  - tous les frais, y compris les médicaments et pansements prescrits, liés à des soins postnatals nécessaires à la mère immédiatement après un accouchement normal.

Bilan d'infertilité et traitement

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par période contractuelle.

Disponible après 24 mois de couverture de l'*assuré.*

Silver	Gold	Platinum
Aucune couverture	**Aucune couverture**	**10 000 $ 7 400 € 6 650 £**

Nous prenons en charge les examens permettant d'établir la cause de l'infertilité si un spécialiste exclut toute cause médicale et que l'*assuré* n'avait pas connaissance de l'existence d'un problème d'infertilité, et ne présentait aucun symptôme à la prise d'effet de ce *contrat.*

Si *nécessaire*, *nous* prenons en charge au maximum 4 tentatives de *traitement* de l'infertilité, jusqu'au nombre total indiqué par période du *contrat*. Cette garantie est accessible uniquement aux *assurés* âgés de 41 ans maximum.

Une autorisation préalable est requise pour tout bilan d'infertilité et *traitement* de l'infertilité.

Apnée du sommeil

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
Aucune couverture	**1 500 $ 1 100 € 1 000 £**	**2 000 $ 1 480 € 1 330 £**

Sur recommandation de *votre praticien*, *nous* prenons en charge une étude du sommeil ou des tests de sommeil à domicile pour déterminer si *vous* souffrez d'apnée du sommeil.

S'il est établi que *vous* souffrez d'apnée du sommeil, *nous* prenons en charge la location d'un appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) ou, si *nécessaire*, d'autres dispositifs buccaux.

Si cela est approprié d'un point de vue médical, *nous* prenons en charge la *chirurgie*.

Tests génétiques pour le cancer

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par période contractuelle.

Disponible après 12 mois de couverture de l'*assuré.*

Silver	Gold	Platinum
Aucune couverture	**2 000 $ 1 480 € 1 330 £**	**4 000 $ 2 950 € 2 650 £**

Nous prenons en charge les tests génétiques pour les *assurés* présentant un risque accru de cancer, si cela est *médicalement nécessaire* et fondé sur des preuves médicales.

Acupuncture et médecine chinoise

Silver	Gold	Platinum
2 500 $ 1 850 € 1 650 £	**5 000 $ 3 700 € 3 325 £**	**Règlement intégral**

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous prenons en charge un total maximum combiné de 15 consultations avec des acupuncteurs et *praticiens* en médecine chinoise, si ces *traitements* sont recommandés par un *praticien*. Le *traitement* doit être réalisé par un *praticien* qualifié, détenteur de la licence appropriée pour exercer dans le pays où le *traitement* est dispensé.

Équipement médical durable

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour *votre* assurance, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous prenons en charge l'utilisation d'équipement médical durable recommandée par un spécialiste à l'appui du *traitement* de l'*assuré* qui est couvert par ce *contrat*.

Nous ne prenons en charge qu'un seul type d'équipement médical par *période de couverture* :

- non jetable, et pouvant être utilisé plus d'une fois ;
- qui sert un objectif médical ;
- qui peut être utilisé au domicile ; et
- de type habituellement utilisé uniquement par une personne souffrant des conséquences d'une maladie, d'une affection ou d'une *blessure*.

Vaccins adultes

Silver	Gold	Platinum
250 $ 185 € 165 £	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Nous prenons en charge certains vaccins et immunisations cliniquement appropriés, à savoir.

Accidents dentaires

Silver	Gold	Platinum
1 000 $ 740 € 665 £	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Si un *assuré* a besoin d'un *traitement* dentaire suite à des *blessures* qu'il a subies dans un accident, *nous* prenons en charge les *soins* dentaires *ambulatoires* pour toute(s) dent(s) solide(s) et naturelle(s) abîmée(s) ou touchée(s) par l'accident, à condition que les *soins* commencent immédiatement après l'accident et s'achèvent dans les 30 jours après la date de l'accident.

Afin d'approuver ces *soins*, *nous* demanderons confirmation par le *dentiste* traitant de l'*assuré* :

- de la date de l'accident ; et
- de la qualité solide et naturelle de la dent/des dents objets des *soins* proposés.

Nous prenons en charge ces *soins* à la place de tous autres *soins* dentaires auxquels l'*assuré* pourrait prétendre en vertu de ce *contrat*, lorsqu'il a besoin de *soins* suite à des dommages accidentels à une ou plusieurs dents.

Nous ne prenons pas en charge la réparation ou la pose d'implants dentaires, de couronnes ou de dentiers au titre de ce *contrat*.

Pédiatrie Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour *votre* assurance, par *assuré* et par *période de couverture*.	Silver	Gold	Platinum
	Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Nous couvrirons les frais de santé liés au bien-être des enfants et des adolescents à *intervalles d'âge appropriés*, dispensés par un *praticien* concernant les soins préventifs suivants:

- de l'examen de l'historique médical ;
- des examens physiques ;
- de l'évaluation du développement ;
- des directives préalables ; et
- des vaccins et analyses de laboratoire appropriés.

Remarques importantes :

Les consultations chez un psychiatre ou un psychologue sont couvertes par la garantie Santé mentale et thérapies comportementales dans le cadre de l'Assurance médicale internationale.

En outre, *nous* prenons en charge :

- un examen d'entrée à l'école, pour évaluer la croissance, l'ouïe et la vision, pour chaque enfant à sa première rentrée scolaire ;
- un dépistage de rétinopathie diabétique pour les enfants souffrant de diabète.

Soins + de 60 ans Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.	Silver	Gold	Platinum
	Aucune couverture	**1 000 $ 740 € 665 £**	**2 000 $ 1 480 € 1 330 £**

Si un *assuré* est âgé de 60 ans ou plus, ou atteindra l'âge de 60 ans pendant la *période de couverture* et souffre de l'une des maladies suivantes, comme indiqué dans son questionnaire médical (et que cette maladie apparaît comme une exclusion spéciale sur *votre attestation d'assurance*), *nous* prenons en charge les frais de *soins ambulatoires médicalement nécessaires* liés au traitement de cette maladie : hypertension, diabète de type 2, glaucome, arthrite, douleurs articulaires ou dorsales, ostéoporose / ostéogénie.

Remarques importantes :

- Si, à la *souscription*, vous avez choisi d'avoir l'une des maladies ci-dessus couvertes moyennant un supplément de prime, de sorte que la maladie est couverte complètement en cas d'*hospitalisation* et de *soins ambulatoires* (si l'option *Soins ambulatoires* à l'international a été sélectionnée), cette garantie ne s'appliquera pas.
- Exemples de *soins et examens médicalement nécessaires* : consultations chez des *praticiens*, médicaments et pansements prescrits, pathologie et radiologie, *rééducation ambulatoire*, acupuncture et médecine chinoise. Veuillez noter que cette garantie exclut l'imagerie médicale avancée.
- *Vous* êtes couvert pour la/les maladie(s) (mais pas pour les maladies, les symptômes ou les complications découlant de ces maladies) sur une base *ambulatoire*, jusqu'aux plafonds indiqués par *période de couverture*.
- La garantie est soumise à l'éventuelle *participation aux frais* ou *franchise* que vous avez choisie dans *votre contrat*.

VOS OPTIONS DE FRANCHISE ET DE PARTICIPATION AUX FRAIS

Franchise Une *franchise* est le montant que *vous* devez régler avant tout remboursement pris en charge par *votre* couverture d'assurance.			
	0 $ 150 $ 500 $ 1 000 $ 1 500 $	**0 € 110 € 370 € 700 € 1 100 €**	**0 £ 100 £ 335 £ 600 £ 1 000 £**

Participation aux frais après franchise La *participation aux frais* est le pourcentage de chaque demande de remboursement qui n'est pas prise en charge dans le cadre de *votre* couverture.	**Veuillez commercer par choisir *votre* pourcentage de *participation aux frais* 0 % / 10 % / 20 % / 30 %**
Participation maximale (annuelle) aux frais 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 que *vous* versez dans le cadre de la *participation aux frais* sont prises en compte au titre de la *participation maximale aux frais*.	**Choisissez ensuite *votre participation maximale (annuelle) aux frais*: 3 000 $ 2 200 € 2 000 £**

ÉVACUATION À L'INTERNATIONAL & CRISIS ASSISTANCE PLUS™

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 inclut également le rapatriement sanitaire suite à une maladie grave ou après un traumatisme ou une *opération chirurgicale*, ainsi que les déplacements d'un parent, du *conjoint*, du compagnon/de la compagne, d'un frère ou d'une sœur ou d'un enfant de l'*assuré* pour lui rendre visite après un accident ou une maladie soudaine lorsque l'*assuré* n'a pas été évacué ou rapatrié.

Assurer *votre* tranquillité d'esprit, à *vous* et à *votre* famille, en particulier lorsque *vous* voyagez dans le monde entier, est primordial pour *nous*. Outre l'évacuation sanitaire, cette option inclut également le programme Crisis Assistance Plus™ qui fournit des conseils rapides en cas d'urgence et une assistance locale coordonnée, 24 h/24, 7 j/7, en cas de risque auquel *vous* pourriez être confronté lorsque *vous* voyagez avec *votre* famille dans le monde entier.

ÉVACUATION MÉDICALE INTERNATIONALE

	Silver	Gold	Platinum
Évacuation médicale internationale Plafond annuel global par assuré et par période de couverture	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

	Silver	Gold	Platinum
Évacuation médicale	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Transfert vers le centre d'excellence médical le plus proche si les *soins médicaux* exigés par l'état de l'*assuré* ne sont pas disponibles localement en cas d'urgence.

Si un *assuré* a besoin de *soins médicaux* d'*urgence*, *nous* prenons 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 région 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* prenons 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 prenons en charge les frais de taxi uniquement si :

- il est médicalement préférable pour l'*assuré* de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et
- un accord préalable a été obtenu du *service d'assistance médicale*.

Nous prenons en charge l'évacuation (mais pas le rapatriement sanitaire) 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 nécessaire* dans la situation.

Nous ne prenons 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 prenons pas en charge les frais de voyage ou les indemnités de frais de vie.

Rapatriement sanitaire

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Si un *assuré* a besoin d'un rapatriement sanitaire suite à une *maladie grave*, un traumatisme ou une *intervention chirurgicale*, *nous* prenons en charge :

- le retour dans son *pays de résidence habituelle* ou *pays de nationalité* ; et
- le retour à l'endroit d'où il venait, à condition que le voyage de retour ait lieu pas plus de 14 jours après la fin des *soins médicaux.*

Le voyage susmentionné doit être approuvé au préalable par *notre service d'assistance médicale* et pour éviter toute ambiguïté, tous les frais de transport doivent être raisonnables et habituels.

En ce qui concerne le voyage de retour, *nous* prenons 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 prenons en charge les frais de taxi uniquement si :

- il est médicalement préférable pour l'*assuré* de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et
- un accord préalable a été obtenu du *service d'assistance médicale*.

Nous ne prenons en charge aucuns autres frais liés à un rapatriement sanitaire (tels que des frais d'hébergement).

Remarques importantes :

Si *vous* avez besoin de retourner à l'*hôpital* à partir duquel *vous* avez été rapatrié, pour un *traitement* de suivi, *nous* ne prenons pas en charge les frais de voyage ni les frais de séjour.

Si un *assuré* contacte le *service d'assistance médicale* pour demander une autorisation préalable pour un rapatriement sanitaire, mais que le *service d'assistance médicale* ne considère pas le rapatriement médicalement justifié, *nous* pouvons, à la place, organiser l'évacuation de l'*assuré* vers l'*hôpital* le plus proche dispensant les *soins médicaux* nécessaires. *Nous* rapatrions alors l'*assuré* vers son *pays de nationalité* spécifié ou son *pays de résidence habituelle* si son état est stable, et qu'il est médicalement justifié de le faire.

Rapatriement de la dépouille mortelle

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Si un *assuré* décède en dehors de son *pays de résidence habituelle* pendant la *période de couverture*, le *service d'assistance médicale* organisera le retour de sa dépouille mortelle dans son *pays de résidence habituelle* ou son *pays de nationalité* dès que possible, sous réserve des conditions et restrictions des compagnies aériennes.

Nous ne prenons pas en charge les frais associés à l'enterrement ou à la crémation, ni les frais de transport d'une personne pour récupérer ou accompagner la dépouille mortelle de l'*assuré*.

Frais de voyage d'un accompagnateur	Silver	Gold	Platinum
	Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Si un *assuré* a besoin d'un parent, frère ou sœur, enfant, *conjoint* ou compagnon/compagne pour l'accompagner dans son voyage en rapport avec une évacuation ou un rapatriement sanitaire, parce qu'il :

- a besoin d'aide pour monter ou descendre d'un avion ou autre véhicule ;
- voyage sur plus de 1 600 km ou plus ;
- est anxieux ou en détresse, et qu'il n'est pas accompagné par une infirmière, auxiliaire médical ou autre accompagnateur médical ; ou
- est gravement malade ou blessé ;

nous prenons en charge l'accompagnement par un membre de sa famille ou son compagnon/sa compagne. Les voyages (afin d'éviter toute ambiguïté, un voyage inclut le trajet aller et le trajet retour) doivent être approuvés au préalable par le *service d'assistance médicale* et le voyage de retour doit avoir lieu pas plus tard que 14 jours après la fin des *soins médicaux.*

Nous prenons en charge :

- le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou
- les frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ;

le montant le plus faible étant retenu.

Si cela est approprié compte tenu des besoins médicaux de l'*assuré*, le membre de la famille ou compagnon/compagne qui l'accompagne peut voyager dans une autre classe.

S'il est *médicalement nécessaire* d'évacuer ou de rapatrier un *assuré*, et qu'il sera accompagné par son *conjoint* ou compagnon/compagne, *nous* prenons également en charge les frais de voyage raisonnables de tous enfants de 17 ans ou moins, si ces enfants resteraient autrement sans parent ou tuteur.

Remarques importantes :

- *Nous* ne prenons pas en charge l'accompagnement de *l'assuré* par un tiers, si l'objectif original de l'évacuation était de permettre à *l'assuré* de recevoir des *soins médicaux en ambulatoire.*
- *Nous* ne prenons pas en charge d'autres frais en rapport avec les frais de voyage du tiers, comme l'hébergement ou le transport local.

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

Visite compassionnelle – frais de déplacement. Jusqu'à un maximum de 5 voyages pour la durée de vie. Jusqu'au montant maximum indiqué par *période de couverture*.	Silver	Gold	Platinum
	1 200 $ 1 000 € 800 £	**1 200 $ 1 000 € 800 £**	**1 200 $ 1 000 € 800 £**

Visite compassionnelle – frais de séjour. À hauteur du montant total indiqué par jour, pour chaque visite avec un maximum de 10 jours par visite.	Silver	Gold	Platinum
	155 $ 125 € 100 £	**155 $ 125 € 100 £**	**155 $ 125 € 100 £**

Pour chaque *assuré*, *nous* prenons en charge jusqu'à 5 visites compassionnelles sur la durée de vie de la couverture d'assurance. Les visites compassionnelles doivent être approuvées au préalable par *notre service d'assistance médicale*.

Nous prenons en charge le coût d'un voyage en classe économique pour un parent, un *conjoint*, un compagnon/une compagne, un frère, une sœur ou enfant pour rendre visite à l'*assuré* après un accident ou une maladie soudaine, si l'*assuré* se trouve dans un pays différent et qu'il est prévu une *hospitalisation* de ce dernier de 5 jours ou plus, ou qu'il a fait l'objet d'un diagnostic terminal à court terme.

Nous prenons 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'ils sont en dehors de leur *pays de résidence habituelle* jusqu'aux limites indiquées dans la liste des garanties (sous réserve de recevoir les reçus des frais engagés).

Remarque importante :

- *Nous* ne prenons pas en charge de visites compassionnelles lorsque l'*assuré* a été évacué ou rapatrié. Si une évacuation ou un rapatriement a lieu pendant une visite compassionnelle, *nous* ne prenons pas en charge d'autres frais de transport de tiers.

PROGRAMME CRISIS ASSISTANCE PLUS™

Le programme est fourni par un expert mondial des interventions en situations de crise, FocusPoint International®, qui accompagne les voyageurs dans le monde entier avec des centres d'assistance et des ressources d'intervention d'urgence multilingues dans plus de 100 pays.

Crisis Assistance Plus™ (CAP) fournit des conseils rapides en situation d'urgence et une assistance locale coordonnée pour dix risques susceptibles d'impacter les *assurés* lorsqu'ils voyagent :

- Terrorisme
- Pandémie
- Troubles politiques
- Catastrophes naturelles
- Chantage ou extorsion
- Crimes violents
- Disparitions de personnes
- Détournements
- Enlèvements avec demandes de rançon
- Détentions abusives

Le programme offre aux *assurés* un accès 24 h/24, 7 j/7, à la demande, aux centres d'assistance mondiaux de FocusPoint International, pour obtenir des conseils et une intervention en cas de crise si *nécessaire*.

En fonction de la situation, le programme met à disposition :

- des équipes d'intervention rapide et des gestionnaires CAP dédiés déployés dans le monde entier sous 24 heures ;
- du personnel de sécurité expérimenté pour le sauvetage, la mise à l'abri et l'évacuation terrestre ;
- des équipes de communication de crise reconnues au niveau national ;
- des spécialistes chevronnés de la gestion des enlèvements avec demande de rançon et des extorsions ;
- relais de messages d'urgence aux membres de la famille ou employeurs ;
- informations actualisées sur les risques régionaux ; et
- accès à une flotte d'avions privée, avec un avion lancé en seulement 60 minutes

Remarques importantes :

- FocusPoint International fournira des services de réponse aux crises dans une limite de deux incidents physiques par assuré par période de couverture. Le programme donne accès à des consultations illimitées en situation de crise pendant la période de couverture.
- La réponse à un incident physique qui donne droit à l'assurance est limitée à quarante-cinq (45) jours civils d'assistance.
- Le programme Crisis Assistance Plus ™ n'est pas une police d'assurance. FocusPoint ne rembourse ou n'indemnise pas, et ne remboursera ou n'indemnisera pas, les assurés pour les frais encourus directement par un assuré et/ou en son nom. Tous les frais supplémentaires sont encourus et payés directement par FocusPoint et à son entière discrétion.

Nous ne sommes pas associés aux décisions prises par FocusPoint International, et déclinons toute responsabilité à cet égard. FocusPoint International ne fournit pas de services d'intervention de crise :

- en cas d'enlèvement ou de crime violent commis par un parent ;
- à toute personne dont l'assurance enlèvement a été annulée ou refusée ;
- à toute personne qui a été enlevée par le passé ;
- en cas d'enlèvement d'une personne protégée dans son pays de résidence ;
- si des résolutions des Nations unies ou le droit de l'Union européenne, du *Royaume-Uni* ou des *États-Unis* interdisent de fournir ces services ;
- contre le paiement d'une rançon ;
- si l'*assuré* décide de voyager dans des zones faisant l'objet d'avertissements officiels actifs, déconseillant de voyager dans ces zones ;
- pour un contentieux commercial ;
- pour des frais supplémentaires occasionnés par un retard de transport non couvert ;
- pour un suicide ou une tentative de suicide ;
- en cas de guerre, déclarée ou pas, entre la Chine, le *Royaume-Uni*, la Fédération de Russie et les *États-Unis* ou une guerre en Europe autre qu'une guerre civile ;
- pour toute action de maintien de l'ordre engagée par ou pour les Nations Unies, et à laquelle les pays susmentionnés ou toutes forces armées participent ; et
- en cas de perte ou de destruction de biens découlant de tout préjudice indirect ou de toute responsabilité légale engendrés par la radioactivité.

Si vous êtes confronté à l'une des situations de crise susmentionnées, veuillez contacter *notre* équipe du Service clients. *Nous vous* mettrons en relation avec un consultant en gestion de crise qui pourra vous donner des conseils et coordonner une assistance immédiate dans le monde entier. Pour utiliser ce service, *nous* devons communiquer *vos* nom et coordonnées à FocusPoint International.

Silver	Gold	Platinum

FocusPoint International paiera les frais de consultation en situation de crise et tout autre frais supplémentaire en fonction de la réponse couverte (dans une limite de deux incidents physiques par assuré par période de couverture), en incluant notamment :

- évacuation d'urgence en cas de troubles politiques ou de catastrophe naturelle ;
- assistance juridique ;
- interprète indépendant ;
- déménagement, déplacements et hébergement ;
- personnel de sécurité déployé temporairement, exclusivement aux fins de la protection d'un *assuré*, et basé dans un pays où une situation de crise s'est produite.

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 section 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 du Service clients ;
- 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 *praticien* ;
- les services d'évacuation et de rapatriement sont disponibles dans le cadre de ce *contrat* uniquement si l'*assuré* est traité (ou doit être traité) dans le cadre d'une *hospitalisation* ou de *soins de jour* ;
- les *soins* nécessitant l'évacuation ou le rapatriement doivent :
  - être des *soins* pour lesquels l'*assuré* est couvert par 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 *Monde entier États-Unis compris*) ;
- *nous* prenons en charge les services d'évacuation ou de rapatriement uniquement 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* appuyons 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

- Si la situation locale rend l'accès à une zone impossible, peu pratique ou excessivement dangereux, 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* prenons en charge les frais de séjour à l'*hôpital* uniquement pendant la durée de traitement de l'*assuré Nous* ne prenons pas en charge les frais de séjour à *l'hôpital* si le traitement de l'*assuré* est terminé mais qu'il attend un vol de retour.
- Tous les *soins médicaux* qu'un *assuré* reçoit avant ou après une évacuation ou un rapatriement sont pris en charge dans le cadre 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 acheté la couverture appropriée.
- *Nous* ne saurions être tenus 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 raisonnablement indépendant de *notre* volonté.
- *Nous* prenons en charge l'évacuation, le rapatriement et le transport par un tiers uniquement si le *traitement* pour lequel ou en raison duquel l'évacuation ou le rapatriement est *nécessaire* est couvert par ce *contrat d'assurance*.
- 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 ;

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

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE À L'INTERNATIONAL

Nous savons que le bien-être et l'équilibre de vie sont importants pour *vous.* Outre des bilans, tests et examens de santé, cette option *vous* donne accès, ainsi qu'à *votre* famille, à des services et une aide pour gérer *votre* santé et *votre* bien-être au quotidien. Au bien-être de *votre* compagnon qui comprend le programme d'assistance Gestion de vie et le coaching bien-être par téléphone est disponible pour *vous* aider, *vous* et *votre* famille, à préserver une bonne santé physique et mentale.

Programme d'assistance Gestion de vie

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral

Notre programme d'assistance Gestion de vie est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, ce qui signifie que *vous* pouvez contacter le service pour bénéficier d'une assistance gratuite et en toute confidentialité pour tout problème lié au travail, à la vie personnelle ou familiale qui *vous* importe et quand *vous* le souhaitez.

Vous aurez accès aux services et outils suivants :

Des conseils à court terme :

- Jusqu'à 6 séances de conseil par téléphone, par vidéo ou en personne, par problème et par *période de couverture*. Les cas courants d'utilisation de ces services comprennent : la gestion de l'anxiété et de la dépression, le soutien aux relations familiales et de couple, le deuil et bien d'autres.

Santé comportementale :

- Jusqu'à 6 séances avec un coach de pleine conscience par téléphone et par *période de couverture*. Bénéfiques pour les particuliers qui souffrent de stress et de problèmes de concentration.
- *Vous* avez accès à un programme de développement personnel en ligne basé sur des thérapies comportementales et cognitives (TCC) permettant de lutter contre l'anxiété légère à modérée, le stress et la dépression, ainsi qu'un accès illimité au programme pendant 6 mois.

Soutien à la carrière et sur le lieu de travail :

- Des séances de coaching de vie par téléphone pour favoriser le développement personnel et l'évolution professionnelle.
- Des séances par téléphone avec un conseiller à l'intention des responsables afin de développer leurs compétences en matière de gestion du personnel.

Besoins pratiques :

- Une assistance par téléphone illimitée et immédiate pour un soutien en direct.
- Des orientations et des informations préqualifiées pour répondre à vos besoins quotidiens, notamment la logistique du déménagement, les soins aux enfants ou aux personnes âgées, les services juridiques ou financiers.

Veuillez contacter l'équipe du Service clients si *vous* souhaitez utiliser ce service. Ce service est fourni par le prestataire de conseils de notre choix.

Coaching bien-être par téléphone

Silver	Gold	Platinum
Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral

Nous vous mettrons en relation avec votre coach bien-être personnel et qualifié, spécialement formé au changement de comportement en matière de santé. *Votre* coach se joindra à *vous* pour identifier un objectif de bien-être spécifique qui *vous* importe et qui *vous* permettra d'élaborer un plan de bien-être en lien avec l'un des domaines d'intérêt suivants : gestion du poids, alimentation saine, activité physique, sommeil, gestion du stress et sevrage tabagique.

- *Vous* aurez droit à 6 séances de coaching confidentiel par téléphone et par domaine d'intérêt et par *période de couverture* avec *votre* coach dédié pour mettre au point votre stratégie et votre motivation afin d'atteindre *votre* objectif de bien-être.
- *Vous* serez soutenu par *votre* coach personnel grâce à des conseils et des recommandations qui pourront être mis en œuvre durant vos 6 séances de coaching pour garantir des changements de mode de vie durables.

Les séances de coaching sont dispensées par téléphone, ce qui signifie que vous pouvez y accéder confortablement depuis *votre* domicile et elles peuvent être programmées quand *vous* le souhaitez en fonction du fuseau horaire et des préférences linguistiques. Veuillez noter qu'il s'agit d'un service confidentiel.

Veuillez contacter l'équipe du Service clients si *vous* souhaitez utiliser ce service. Ce service est fourni par le prestataire de conseils de *notre* choix.

Examens physiques de routine pour adulte

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
225 $ 165 € 150 £	450 $ 330 € 300 £	600 $ 440 € 400 £

Nous prenons 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.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
225 $ 165 € 150 £	450 $ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- 1 test de Papanicolaou (frottis) ; et
- 1 test ADN HPV pour les femmes *assurées* âgées de 30 à 65 ans.

Dépistage du cancer de la prostate

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
225 $ 165 € 150 £	450 $ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- 1 examen de la prostate (test de l'antigène prostatique spécifique [APS]) pour les hommes âgés de 50 ans ou plus ; ou
- 1 examen de la prostate (test de l'antigène prostatique spécifique [APS]) pour les hommes asymptomatiques âgés de 40 ans ou plus, lorsque cela est *médicalement nécessaire*.

Mammographie de dépistage du cancer du sein

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
225 $ 165 € 150 £	450 $ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- 1 mammographie pour les femmes entre 25 et 39 ans lorsque cela est *médicalement nécessaire*, si elles ont des antécédents de cancer du sein ;
- 1 mammographie pour les femmes asymptomatiques âgées de 40 ans ou plus.

Dépistage du cancer de l'intestin

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
225 $ 165 € 150 £	450 $ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- 1 dépistage annuel du cancer de l'intestin pour les *assurés* âgés de 50 ans ou plus.

Densitométrie osseuse

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
225 $ 165 € 150 £	450 $ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- 1 scanner pour les femmes âgées de 65 ans ou plus ;
- 1 scanner pour les femmes ménopausées de moins de 65 ans lorsque cela est *médicalement nécessaire* ; et
- 1 scanner pour les hommes âgés de 50 ans ou plus lorsque cela est *médicalement nécessaire*.

Consultations diététiques

Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.

Silver	Gold	Platinum
Aucune couverture	Aucune couverture	Règlement intégral

Nous prenons 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.

ASSURANCE OPTIQUE ET DENTAIRE INTERNATIONALE

Le *contrat* des soins optiques et dentaires à l'international rembourse les examens ophtalmologiques de routine de l'*assuré* ainsi que les coûts des lunettes et des verres de contact. Il couvre également un large éventail de soins dentaires préventifs, périodiques et majeurs.

OPTIQUE

	Silver	Gold	Platinum
Examen ophtalmologique Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.	**100 $ 75 € 65 £**	**200 $ 150 € 130 £**	**Règlement intégral**

Nous prenons en charge un examen de la vue de routine par *période de couverture*, à réaliser soit par un ophtalmologiste ou un optométriste.

Nous ne prenons pas en charge plus d'un examen de la vue au cours d'une *période de couverture*.

	Silver	Gold	Platinum
Frais : Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*.	**155 $ 125 € 100 £**	**155 $ 125 € 100 £**	**310 $ 245 € 200 £**

- Verres de lunettes.
- Lentilles de contact.
- Montures.
- Lunettes de soleil correctrices.

Lorsque prescrits par un optométriste ou un ophtalmologue.

Nous ne prenons pas en charge :

- les lunettes de soleil, sauf médicalement prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ;
- les lunettes ou lentilles qui ne sont pas *médicalement nécessaires* ou qui ne sont pas prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ; ou
- le *traitement* ou la *chirurgie*, y compris le *traitement* ou la *chirurgie* visant à améliorer la vue, comme la *chirurgie* par laser, la kératotomie réfractive (KR) ou la kératectomie photoréfractive KPR).

Une copie d'une ordonnance ou facture pour les verres correcteurs doit *nous* être fournie à l'appui de toute demande de remboursement de montures.

SOINS DENTAIRES

	Silver	Gold	Platinum
Plafond annuel global pour les soins dentaires **Plafond de garantie annuel global – par assuré et par période de couverture**	**1 250 $ 930 € 830 £**	**2 500 $ 1 850 € 1 650 £**	**5 500 $ 4 300 € 3 500 £**

Préventif Jusqu'au plafond annuel global pour les soins dentaires applicable à votre *assurance*, par *assuré* et par *période de couverture*. Disponible après 3 mois de couverture de l'*assuré*.	Silver	Gold	Platinum
	Règlement intégral	**Règlement intégral**	**Règlement intégral**

Nous prenons en charge les *soins* dentaires préventifs suivants, recommandés par un *dentiste* après *souscription* par l'*assuré* à la couverture de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 3 mois :

- deux contrôles dentaires par *période de couverture* ;
- radiographies, y compris la radiographie interproximale, vue simple, et la radiographie panoramique ;
- le détartrage et le polissage, y compris une application de fluor locale si *nécessaire* (deux par *période de couverture*) ;
- 1 gouttière dentaire par *période de couverture* ;
- 1 gouttière dentaire de nuit par *période de couverture* ; et
- de la résine de scellement.

Examen de routine Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*. Disponible après 3 mois de couverture de l'*assuré*.	Silver	Gold	Platinum
	Remboursement à 80 %	**Remboursement à 90 %**	**Règlement intégral**

Nous prenons en charge les frais de *traitement* pour les *soins* dentaires de routine suivants après *souscription* par l'*assuré* de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 3 mois (si ce *traitement* est *nécessaire* à une bonne santé bucco-dentaire et est recommandé par un *dentiste*) :

- *traitement*; du canal radiculaire ;
- extractions ;
- procédures chirurgicales ;
- *soins*; occasionnels ;
- anesthésie ; et
- *traitement*. périodontique.

Soins reconstructifs majeurs Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*. Disponible après 12 mois de couverture de l'*assuré*.	Silver	Gold	Platinum
	Remboursement à 70 %	**Remboursement à 80 %**	**Règlement intégral**

Nous prenons en charge les frais des *soins* dentaires reconstructeurs majeurs suivants, après *souscription* par l'*assuré* à la couverture de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 12 mois :

- les dentiers (acryliques/synthétiques, métalliques et métallo/acryliques) ;
- les couronnes ;
- les inlays ; et
- la mise en place d'implants dentaires.

Si un *assuré* a besoin d'un *traitement* de *chirurgie* reconstructrice dentaire majeure mais qu'il est couvert par l'Assurance optique et dentaire internationale depuis moins de 12 mois, *nous* prenons en charge 50 % du coût du *traitement*.

Soins orthodontiques	Silver	Gold	Platinum
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture* ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que *vous* avez sélectionnée, par *assuré* et par *période de couverture*. Disponible pour les *assurés* âgés de 18 ans ou moins qui sont couverts par cette option depuis 18 mois.	**Remboursement à 40 %**	**Remboursement à 50 %**	**Remboursement à 50 %**

Nous prenons en charge les *soins* orthodontiques uniquement si :

- le *dentiste* ou l'orthodontiste dispensant le *traitement nous* fournit, au préalable, une description détaillée du *traitement* proposé (y compris les radios et gabarits) et une estimation du coût du *traitement* ; et
- *nous* avons approuvé le *traitement* au préalable.

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 prenons pas en charge :
  - Les soins purement *cosmétiques* ou autres soins qui ne sont pas nécessaires à l'entretien ou à 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* aux compétences et 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 initiale 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 par ce *contrat d'assurance* ; ou si
    - le remplacement est *nécessaire* car l'*assuré* doit se faire extraire 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, deuxièmes et troisièmes molaires inférieures et supérieures, sauf :
    - s'ils ou si 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 par l'Assurance médicale internationale et/ou l'option *Soins ambulatoires* à l'international, si cette option a été achetée, sauf si les soins dentaires sont la raison de *votre hospitalisation*.
  - 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 temporomandibulaire ; ou
    - de stabiliser les dents dans un contexte de parodontite ; ou
    - de restaurer une occlusion.

CONTRIBUER À AMÉLIORER VOTRE SANTÉ, VOTRE BIEN-ÊTRE ET VOTRE TRANQUILLITÉ D'ESPRIT.

VOUS SOUHAITEZ 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 du Service clients disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an.

Rendez-vous dans votre Espace client
Tchattez avec *nous*
Envoyez-*nous* un message
Demandez à être rappelé

Appelez-nous
International : **+44 (0) 1475 788 182**
États-Unis : **800 835 7677** (appel gratuit)
Hong Kong : **2297 5210** (appel gratuit)
Singapour : **800 186 5047** (appel gratuit)

Sinon, *vous* pouvez *nous envoyer un e-mail* à : **cignaglobal_customer.care@cigna.com**

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*.

Si *votre contrat d'assurance* est émis par Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch, les mentions suivantes s'appliquent :

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch (numéro d'immatriculation : T10FC0145E) est une succursale étrangère de Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., société à responsabilité limitée immatriculée en Belgique, dont le siège social est sis 152 Beach Road, #33-05/06 The Gateway East, Singapour 189721.

Le présent *contrat* est protégé en vertu du Policy Owners' Protection Scheme (Régime de protection des titulaires de police), qui est administré par la Singapore Deposit Insurance Corporation (« SDIC ») (Société d'assurance-dépôts de Singapour). La couverture de votre *contrat* est automatique et *vous* n'avez rien d'autre à faire. Pour en savoir plus au sujet des types de garanties couvertes par le régime et des limites de couverture, le cas échéant, contactez-nous ou consultez les sites Internet de General Insurance Association (GIA) ou SDIC (www.gia.org.sg ou www.sdic.org.sg).

Pour les polices souscrites par le biais de notre bureau de Dubai International Finance Centre, sous la licence d'assurance Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited qui est contrôlé par l'Administration des Services Financiers de Dubaï agit en qualité de souscripteur.

« 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 d'exploitation 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 General Insurance Company Limited. © 2021 Cigna

CGHO Customer Guide FR 09/2021

Together, all the way.[SM]

Cigna®