Allianz

Hospi Safe
Entrée en vigueur le 1er janvier 2026

Guide de présentation des garanties

Les informations ci-dessous détaillent la prise en charge fournie dans le cadre des couvertures santé complémentaires. Les montants des garanties indiqués sont par assuré et par année d'assurance.

Le plafond global de la couverture pour les soins en dehors de l'EEE et du Royaume-Uni (si vous êtes couvert au Royaume-Uni par le RCAM) est de 25 000 €. Il n'y a pas de plafond global pour les soins au sein de l'EEE et du Royaume-Uni (si vous êtes couvert au Royaume-Uni par le RCAM).

Veuillez consulter la section des exclusions du RCAM pour connaître les coûts que votre régime d'assurance complémentaire ne couvre pas.

Hospi Safe Maladie vous couvre pour les traitements (hospitalisation et ce qui s'y rapporte) résultant d'une maladie ou d'une maternité. Cette option n'est plus disponible à la souscription depuis décembre 2025. Toutefois, les affiliés ayant choisi cette option avant cette date continueront à bénéficier de la couverture, conformément aux conditions énoncées dans la Notice d'information.

Hospi Safe Maladie et Accident[1] vous couvre pour les traitements résultant d'une maladie ou d'un accident ou d'une maternité (hospitalisation et ce qui s'y rapporte). Dans le cadre de ces deux couvertures, les soins suivants sont couverts :

- le coût des soins de santé pendant l'hospitalisation liés à une maladie ou à un accident, y compris au moins une nuit de soins à l'hôpital, ainsi que les frais d'intervention chirurgicale **énumérés dans le RCAM** (frais d'hébergement comprenant une chambre simple, frais de services médicaux et paramédicaux, frais de chirurgie , frais de salle d'opération, frais de salle de plâtre, frais de salle de traitement, frais de salle d'imagerie médicale, etc.) ;
- les interventions chirurgicales prévues dans les annexes du RCAM peuvent également être effectuées en hospitalisation de jour (One Day Clinic) et sont considérées comme au moins une nuit de soins hospitaliers ;
- les frais de soins ambulatoires (consultations médicales, médicaments prescrits) sont couverts s'ils sont directement liés à l'hospitalisation et administrés dans les deux mois avant ou six mois après l'hospitalisation, comme décrit dans le RCAM ;
- les frais de transport à des fins médicales nécessaires directement liées à l'hospitalisation ;
- les séjours de rééducation physique postopératoire médicalement nécessaires effectués dans les six mois suivant l'hospitalisation couverte ;
- les soins de santé et les soins hospitaliers dans les services d'urgence des hôpitaux peuvent être remboursés à condition qu'ils soient liés à l'hospitalisation décrite ci-dessus et survenus dans les deux mois avant ou six mois après l'hospitalisation ;
- les frais liés à la maternité sont entièrement couverts dès le début de la police.

Ces traitements sont remboursés comme suit :

La différence entre le coût du traitement éligible et le remboursement effectué par le Régime commun d'assurance maladie est intégralement remboursée pour les prestations couvertes par ces deux couvertures Hospi Safe, jusqu'au plafond global de la couverture, le cas échéant. Veuillez noter que les séjours de rééducation physique postopératoire médicalement nécessaires ne doivent pas dépasser 20 % des frais engagés.

Hospi Safe Plus vous couvre pour tous les traitements inclus dans Hospi Safe Maladie et Hospi Safe Maladie et Accident ou une maternité. De plus, il couvre d'autres garanties, dont certaines s'ajoutent au remboursement par le RCAM, et d'autres qui sont indépendantes du RCAM.

[1] Nouvelle appellation de Hospi Safe en vigueur depuis le 31.12.2019

(a) **Les dépenses remboursables en plus du remboursement du RCAM :**

- les consultations, examens médicaux et produits pharmaceutiques prescrits ;
- les soins dentaires (y compris les soins orthodontiques, les prothèses et le matériel dentaire, les bridges, les couronnes et les implants, etc.) ;
- les différents traitements énumérés au chapitre 8, point 2 des dispositions générales d'exécution pour le remboursement des frais médicaux liés au RCAM ;
- les soins de santé et médicaments liés aux maladies oculaires, montures et verres de lunettes, lentilles de contact et prothèses oculaires ;
- les soins de santé et appareils directement liés à l'audition ;
- les dispositifs orthopédiques (y compris chaussures orthopédiques, bas élastiques pour varices, membres artificiels et leurs segments, béquilles, fauteuils roulants et dispositifs auxiliaires appropriés et / ou similaires, etc.) ;
- les frais de biologie clinique, radiologie et imagerie médicale ;
- les frais de traitement et d'examens médicaux engagés lors des cures thermales conformément aux règles du RCAM.

Nous remboursons ces traitements comme suit :

- Pour les soins de santé couverts par Hospi Safe Plus, le remboursement des traitements éligibles doit être au moins égal à 80 % de la différence entre les frais engagés et les remboursements obtenus par le RCAM.

- Pour les consultations, les examens médicaux, les produits pharmaceutiques et pour les frais de biologie clinique, radiologie et imagerie médicale, le montant maximum de remboursement est de 1 250 € par personne et par année civile avec un excédent annuel, en fonction de l'âge de la personne assurée au 1er janvier , de :

  - 0 € pour les enfants jusqu'à 18 ans inclus ;
  - 50 € pour les personnes entre 19 et 60 ans inclus ;
  - 100 € pour les personnes de plus de 61 ans.

  De plus, les limites de couverture s'appliquent dans le cadre de l'option Hospi Safe Plus comme suit :

  - 200 € (après remboursement par le RCAM) par monture de lunettes ;
  - 20 € par jour pour les frais de traitement et d'examens médicaux engagés lors des cures thermales.

Ce tableau indique les garanties dentaires offertes par Hospi Safe Plus :

Garanties dentaires	Hospi Safe Plus
Plafond global	800 € pour la 1re et la 2e année 1 600 € pour la 3e année 2 400 € pour la 4e année 3 200 € pour la 5e année
Soins dentaires	80 % des frais non remboursés par le RCAM
Chirurgie dentaire	80 % des frais non remboursés par le RCAM
Parodontologie	80 % des frais non remboursés par le RCAM
Soins d'orthodontie Veuillez nous contacter et nous envoyer les informations dont nous aurons besoin avant de commencer le traitement, afin que nous puissions vérifier si vous êtes couvert.	80 % des frais non remboursés par le RCAM
Prothèses dentaires	80 % des frais non remboursés par le RCAM

(b) **Les dépenses remboursables indépendantes du RCAM :**

- l'orthophonie pour des raisons non médicales (à justifier par la note de déclaration du RCAM prouvant le refus de remboursement et une copie de la facture originale). Cette garantie est limitée aux enfants jusqu'à 12 ans inclus ;
- les produits pharmaceutiques pour la prévention au-delà du champ d'application du RCAM (à justifier par la note de déclaration du RCAM prouvant le refus de remboursement et une copie de la facture originale) ;
- les traitements ou programmes diététiques (à justifier par la facture originale) ;
- l'abonnement à une salle de fitness, un club de sport ou à la piscine (à justifier par la facture originale) à condition que l'adhésion dure au moins 6 mois ou 26 séances.

Les frais de soins médicaux mentionnés ci-dessus (« Frais remboursables indépendants du RCAM ») sont remboursés comme suit :

- l'orthophonie pour des raisons non médicales : 80 % de la facture pour un maximum de 30 séances par personne et par année civile, et 1 250 € par personne et par année civile ;
- les produits pharmaceutiques pour la prévention au-delà de la limite du RCAM : 80 % de la facture ;
- traitements diététiques : remboursement de 20 % de la facture avec un maximum de 50 € par personne et par année civile ;
- l'abonnement à un club de fitness, de sport ou à la piscine : remboursement de 20 % de la facture jusqu'à 50 € par personne et par année civile.

Notes

Pathologies chroniques

Les pathologies chroniques qui se manifestent après la date d'entrée en vigueur de votre police d'assurance sont couvertes dans les limites de votre police. Veuillez consulter les définitions du RCAM ou simplement contacter notre service d'assistance téléphonique.

Pathologies préexistantes

Pour tous les nouveaux adhérents à Hospi Safe à compter du 1er Janvier 2020, pour tous leurs frais de soins de santé exposés à raison d'une maladie ou d'un accident qui avaient fait l'objet d'un premier diagnostic médical avant leur affiliation, le droit aux prestations prend effet à l'expiration d'un délai de carence de 24 mois à compter de leur date d'affiliation.

Pour tous les frais de santé engagés à la suite d'une maladie ou d'un accident diagnostiqué avant le début de votre couverture chez nous, vous n'aurez droit aux prestations qu'après 24 mois (délai de carence) à compter de la date de début de votre couverture avec nous.

Ce délai de carence n'est pas applicable si vous adhérez à cette couverture dans les 13 premiers mois de votre entrée dans les institutions en tant que fonctionnaire de l'UE. Il ne s'applique pas non plus à la couverture maternité.

Un questionnaire médical est requis pour tout nouveau membre qui doit prendre sa retraite dans les six mois suivant son adhésion.
Pour plus d'informations, veuillez consulter notre guide de l'assurance santé ou contactez notre service d'assistance téléphonique.

Plafonds des garanties

Le guide de présentation des garanties indique deux types de plafonds :

- le plafond global de la couverture est le maximum que nous paierons pour tous les frais médicaux en dehors de l'EEE et du Royaume-Uni (si vous êtes couvert au Royaume-Uni par le RCAM), en plus du montant remboursé par le RCAM, jusqu'à 25 000 € par personne, par année d'assurance. Aucun plafond global de couverture ne s'applique au sein de l'EEE et du Royaume-Uni (si vous êtes couvert au Royaume-Uni par le RCAM) ;
- avec Hospi Safe Plus, certaines garanties ont également un plafond propre, qui peut s'appliquer « par année d'assurance », « par durée de couverture » ou « par âge ». Dans certains cas, en plus du plafond de garantie, nous ne paierons qu'un pourcentage des coûts de la garantie spécifique, par ex. « Remboursement à 80 % du montant non remboursé par le RCAM, jusqu'à 1 250 € ».

Le montant que nous remboursons est soumis au plafond global de la formule (le cas échéant), même dans les cas suivants :

- un plafond de garantie spécifique s'applique ; ou
- l'indication « 100 % des frais réels » apparait à côté de la garantie.

Tous les plafonds s'appliquent par affilié et par année d'assurance, sauf indication contraire dans votre guide de présentation des garanties.

Conditions générales de la police

Le guide de présentation des garanties présente la couverture fournie par votre police. Veuillez noter que cette couverture est soumise aux définitions, limitations et exclusions du RCAM. Nos conditions générales sont disponibles dans notre guide de l'assurance santé, qui vous est remis au début de la police. Vous pouvez télécharger notre guide de l'assurance santé actuel à partir de votre compte sur les Services en ligne MyHealth. Pour plus d'informations, rendez-vous sur **www.allianzcare.com/fr/myhealth.html**

www.allianzcare.com

L'EEE comprend : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, la Lettonie, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède.

CETTE ASSURANCE EST UNIQUEMENT COMPLÉMENTAIRE.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions :

Service d'assistance téléphonique 24 h/24, 7 j/7, pour toute question ou en cas d'urgence

Téléphone : 0800 70 528 (appel gratuit depuis la Belgique)
+353 1 630 1303

E-mail : igo.assistance@e.allianz.com

Numéros gratuits : www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html

Veuillez noter que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Pour trouver des numéros de téléphone supplémentaires, rendez-vous sur www.allianzcare.com/fr/nous-contacter.html

Les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires. Veuillez noter que seul le souscripteur (ou tout représentant désigné) peut apporter des modifications à la police. Des questions de sécurité seront posées lors de chaque appel, pour vérifier l'identité de la personne qui appelle.

Le moyen le plus rapide d'envoyer votre demande de remboursement est par voie électronique, en utilisant l'application MyHealth ou les Services en ligne MyHealth.

Il vous sera possible de rencontrer un membre de l'équipe Allianz en personne sur rendez-vous. Les détails sur la prise de rendez-vous seront disponibles sur :
www.allianzcare.com/fr/group-hub/hospisafe.html

www.allianzcare.com

DOCTOB-Affiliatys-FR-0326

Ce document est une traduction française du document en anglais. La version en anglais est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

L'assureur et administrateur est AWP Health & Life SA, société anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 95 551 314 €, dont le siège social est situé au 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. Numéro de TVA : FR 84 401 154 679.