



Guide de l'affilié

Stagiaires des Institutions européennes
Entrée en vigueur le 1er juillet 2023

Bienvenue

Vous pouvez compter sur Allianz Care, votre compagnie d'assurance santé internationale, pour vous donner accès aux meilleurs soins possibles.

Ce guide est divisé en deux parties. La section « Comment utiliser votre couverture » est un récapitulatif de toutes les informations importantes que vous êtes susceptible d'utiliser de manière régulière. « Les conditions générales de votre couverture » fournit des détails sur votre couverture. Nous vous recommandons de lire ce guide attentivement, conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.

Comment utiliser votre couverture ?

Services d'assistance	5
Comment fonctionne votre couverture ?	16
Besoin de recevoir des soins ?	19
Informations supplémentaires concernant les demandes de remboursement de vos dépenses	23

Conditions générales de votre couverture

Gestion de votre police	28
Paielement des primes	31
Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture	32
Protection des données	34
Procédure de résolution des réclamations et litiges	35
Définitions	36
Exclusions	44

AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, France.

L'assureur est AWP Health & Life SA, société anonyme au capital de 72 104 026 €, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé au 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France. Enregistrée en France : 401 154 679 RCS Bobigny, France. Numéro de TVA : FR 84 401 154 679 AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

L'administrateur de votre assurance est AWP Health & Life Services Limited - succursale belge, située Bd Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, Belgique. TVA : BE 0843.991.159. RPM Bruxelles : 843991159. AWP Health & Life Services Limited exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

Comment utiliser votre couverture ?



Services d'assistance

Nous souhaitons vous offrir le service de qualité supérieure que vous méritez. Dans les pages suivantes, nous décrivons l'ensemble des services que nous proposons. Découvrez tous les services à votre disposition, de nos Services numériques MyHealth au Programme d'aide aux employés.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

Notre service d'assistance est disponible 24 h/24, 7 j/7 pour répondre à vos questions concernant votre police ou si vous avez besoin d'aide en cas d'urgence.



Service d'assistance téléphonique

Téléphone : +32 2 210 6501

Pour consulter la liste de nos numéros gratuits, rendez-vous sur :



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

E-mail : igohelpline@e.allianz.com

Le saviez-vous ?

La plupart de nos affiliés trouvent que leurs demandes sont traitées plus rapidement quand ils nous appellent.

Les Services numériques MyHealth

Vous pourrez accéder à ce service lorsque vous aurez envoyé votre première demande de remboursement et que vous aurez reçu un numéro de police personnel. Grâce à MyHealth, disponible sous forme d'application mobile et de portail en ligne, vous pouvez facilement accéder à votre couverture, où que vous soyez et quel que soit l'appareil que vous utilisez.

Fonctionnalités de l'application MyHealth et du portail en ligne



MA POLICE

L'accès immédiat aux documents relatifs à votre police et à votre carte d'affiliation.



MES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Envoyez vos demandes de remboursement en 3 étapes simples et consultez l'historique de vos demandes de remboursement.



MES CONTACTS

Accédez à notre service d'assistance multilingue disponible 24 h/24, 7 j/7. Un chat en direct est également disponible (uniquement en anglais et sur le portail en ligne).



VÉRIFICATEUR DE SYMPTÔMES

Obtenez une évaluation simple et rapide de vos symptômes.



ANNUAIRE DE PRESTATAIRES DE SANTÉ

Localisez les prestataires de santé à proximité.



AIDE SUR LES MÉDICAMENTS

Cherchez les noms équivalents locaux de marques de médicaments.



TRADUCTEUR DE TERMES MÉDICAUX

Traduisez un terme médical courant dans l'une des 17 langues disponibles.



NUMÉROS D'URGENCE

Accédez aux numéros des urgences locales à travers le monde.

Fonctionnalités pratiques supplémentaires

- Mettez à jour vos informations en ligne (e-mail, numéro de téléphone, mot de passe, adresse (si le pays reste le même), préférences marketing, etc.).
- Consultez le montant restant pour chaque garantie indiquée dans votre tableau des garanties.

Toutes les informations personnelles contenues sur les Services numériques MyHealth sont cryptées pour des raisons de protection des données.

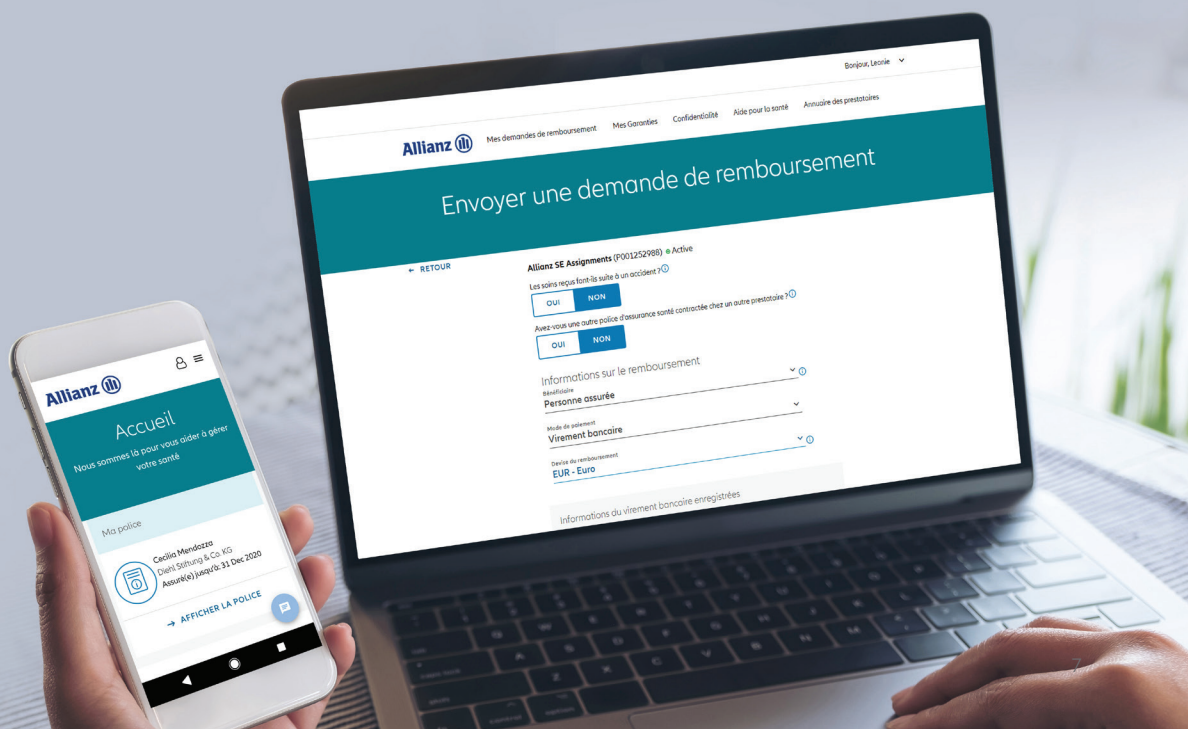
Pour commencer :

1. Connectez-vous au portail en ligne MyHealth pour vous inscrire. Rendez-vous sur my.allianzcare.com/myhealth, cliquez sur « S'INSCRIRE ICI » en bas de la page et suivez les instructions à l'écran. Soyez prêt à fournir votre numéro de police, que vous pouvez trouver dans votre certificat d'assurance.
2. Vous pouvez également vous inscrire via notre application MyHealth. Pour la télécharger, tapez « Allianz MyHealth » sur l'App Store d'Apple ou le service Google Play d'Android.



3. Une fois la de configuration effectuée, vous pouvez utiliser l'e-mail (nom d'utilisateur) et le mot de passe que vous avez fournis lors de l'inscription pour vous connecter au portail MyHealth en ligne ou à l'application. Les mêmes informations de connexion sont utilisées pour MyHealth en ligne et l'application MyHealth. À l'avenir, si vous modifiez les informations de connexion pour l'une, elles seront automatiquement appliquées à l'autre. Un seul changement sur MyHealth en ligne ou l'application MyHealth suffit. Nous proposons également l'authentification biométrique pour se connecter à l'application (par ex. la Touch ID ou Face ID, si celles-ci sont prises en charge par votre appareil).

Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.allianzcare.com/fr/myhealth.html



Les services Web

Sur www.allianzcare.com/fr/ressources/ressources-pour-les-affilies.html vous pouvez :


- chercher des prestataires de santé (vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant dans cet annuaire) ;
- télécharger des formulaires ;
- accéder à nos guides sur la santé ;
- accéder à notre plateforme « Ma vie d'expat » - de l'organisation de votre déménagement à votre installation dans votre nouveau pays, vous trouverez tout ce que vous devez savoir sur le déménagement à l'étranger.


Deuxième avis médical**

En tant que partenaire de santé, nous aspirons à vous apporter de la sérénité. Une maladie grave vous a été diagnostiquée ou on vous a recommandé de subir une intervention chirurgicale ? Vous souhaitez obtenir un avis d'expert sur les meilleures options de traitement disponibles et savoir où bénéficier des soins les plus appropriés ? Dans le cadre de votre couverture, vous avez accès à notre service de deuxième avis médical.

Lorsque vous accédez à ce service, nous vous attribuons un chargé de gestion de dossier médical dédié, c'est-à-dire un professionnel de santé de notre propre équipe médicale, qui vous guide et vous accompagne. Votre chargé de gestion de dossier vous demandera de fournir toutes les informations essentielles sur votre cas médical. Il ou elle vous aidera ensuite à trouver un hôpital, un médecin ou un spécialiste pour obtenir un deuxième avis médical et vous fera part de cet avis.

Veillez nous contacter pour bénéficier de ce service :

 + 353 1 630 1303

 medical.smo@e.allianz.com

... et demandez à joindre notre service de deuxième avis médical. Vous devrez indiquer votre numéro de police pour vous identifier.



Olive - notre programme de soutien pour la santé et le bien-être

Vos premiers pas vers une vie plus saine

Dans un monde qui s'accélère et en constante évolution, nous sommes conscients de l'importance de rester en bonne santé et nous sommes persuadés qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Olive**, notre moteur de soins proactifs, est conçu pour vous motiver et vous accompagner vers une vie plus saine. Il comprend la plateforme de santé et de bien-être et notre application HealthSteps.

1. Plateforme de santé et de bien-être

Notre plateforme de santé et de bien-être, disponible depuis nos services en ligne MyHealth (application et portail), vous offre un ensemble de services regroupés en un seul endroit pratique, pour vous aider à mener une vie longue, heureuse et saine.

La plateforme vous donne accès à :

- des conseils et des articles sur de nombreux sujets, tels que le sommeil, la forme, la nutrition et le bien-être émotionnel ;
- des bilans de santé en ligne** ;
- notre calculateur d'IMC ;
- nos webinaires mensuels en direct, sur la santé et le bien-être, dispensés par des spécialistes et avec une session de questions-réponses.



2. Application HealthSteps**

Saviez-vous qu'en maintenant un mode de vie sain, vous pouvez réduire le risque de développer des problèmes de santé ? L'application Allianz HealthSteps a été conçue pour vous donner des conseils personnalisés et vous aider à atteindre vos objectifs liés à votre santé et votre condition physique. En se connectant à des smart phones, des appareils portables et d'autres applications, HealthSteps surveille le nombre de pas effectués, les calories brûlées, les heures de sommeil et plus encore.

Les fonctions d'HealthSteps :



PLAN :

Choisissez un objectif de santé et utilisez les plans d'action pour adopter et conserver de bonnes habitudes de vie :

- Perdre du poids
- Améliorer sa posture
- Mieux dormir
- Manger sainement
- Bouger et se régénérer
- Rester en bonne santé
- Réduire le stress
- Réduire la pression artérielle



DÉFIS :

Relevez des défis mensuels et obtenez l'encouragement d'autres utilisateurs de HealthSteps en partageant vos performances et en vous affrontant pour relever les défis du groupe. Ces défis sont basés sur les pas, les calories et la distance.



PROGRÈS :

Connectez-vous à des activités de santé populaires et suivez vos progrès par rapport aux objectifs que vous vous êtes fixés.



BIBLIOTHÈQUE :

Accédez à des articles et obtenez des conseils sur la façon de vivre et de rester en bonne santé.

Téléchargez l'application Allianz HealthSteps sur l'Apple Store ou Google Play.



Service de consultation par vidéo conférence depuis la plateforme de télésanté**

Si une formule Médecine courante est comprise dans votre couverture, vous avez directement accès à des consultations en ligne avec un médecin (service de consultation par vidéo conférence) si un prestataire est disponible dans votre région.

Avec la plateforme de télésanté, vous pouvez gagner du temps en consultant un médecin par vidéo conférence en restant confortablement chez vous ou dans votre bureau. Les médecins de notre réseau de télésanté peuvent donner des conseils médicaux, recommander des traitements et fournir des ordonnances pour des problèmes non urgents, de manière sécurisée et confidentielle.

Le service est accessible depuis le portail MyHealth ou directement depuis notre plateforme de télésanté sur :

 www.allianzcare.com/telehealthhub

Vous pouvez prendre rendez-vous pour discuter avec un médecin généraliste en anglais, sous réserve de disponibilité. Certains prestataires externes sont susceptibles de proposer ce service dans d'autres langues.

En fonction de votre région, des réglementations locales du pays et de l'étendue de la couverture de votre formule d'assurance, le service de téléconsultation est également susceptible de fournir des ordonnances.

Pour les pays dans lesquels un service de téléconsultation n'est pas encore disponible, vous pouvez toujours appeler notre service d'assistance téléphonique pour conseils médicaux disponible 24 h/24, 7 j/7. Ce service est proposé en anglais, allemand, français et italien. Le numéro de téléphone est disponible sur la plateforme de télésanté.



Le Programme d'aide aux employés (PAE)**

Lorsque des situations difficiles surviennent dans la vie ou au travail, notre Programme d'aide aux employés vous fournit, à vous et à vos ayants droit, une aide immédiate et confidentielle. S'il est proposé, le PAE apparaîtra dans votre tableau des garanties.

Ce service professionnel est disponible 24 h/24, 7 j/7 et fournit une aide, dans plusieurs langues, sur un grand nombre de sujets, notamment :

- L'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle
- La famille/la parentalité
- Les relations
- Le stress, la dépression, l'anxiété
- Les difficultés au travail
- La transition culturelle
- Les chocs culturels
- L'isolement et la solitude
- Les problèmes de dépendance

Ces services comprennent :



DES SERVICES DE CONSEILS PROFESSIONNELS CONFIDENTIELS

Recevez un soutien 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec un conseiller clinique, via un chat en ligne, en face à face, par téléphone, par vidéo ou par e-mail.



DES SERVICES D'ASSISTANCE EN CAS D'INCIDENTS GRAVES

Recevez une assistance immédiate lors d'un événement grave en cas de traumatisme ou de crise. Notre approche assure la stabilisation et réduit le stress associé aux événements traumatiques ou violents.



DES SERVICES D'ORIENTATION POUR DES CONSEILS JURIDIQUES ET FINANCIERS

Qu'il s'agisse d'acheter une maison, de régler un litige ou de créer un plan financier complet, nous vous orienterons vers un conseiller pour vous aider à répondre à vos questions et atteindre vos objectifs.



ACCÈS AU SITE ET À L'APPLICATION SUR LE BIEN-ÊTRE

Découvrez l'aide en ligne, des outils et des articles pour vous aider et vous conseiller sur la santé et le bien-être.

Laissez-nous vous aider :



+1 905 886 3605

Il ne s'agit pas d'un numéro vert. Si vous avez besoin d'un numéro local, veuillez accéder au site Web de bien-être et vous trouverez la liste complète de nos numéros internationaux.

Un agent anglophone répond à vos appels, mais vous pouvez demander à parler à quelqu'un dans une autre langue. Si aucun représentant n'est disponible pour vous aider dans la langue que vous souhaitez, nous pouvons organiser un service d'interprétation.



<https://www.allianzcare.com/eap-login> (disponible en anglais et en français)



Téléchargez l'application TELUS Health One sur Google Play ou Apple Store



Connectez-vous sur le site Web ou l'application à l'aide des informations suivantes :

Nom d'utilisateur : AllianzCare

Mot de passe : Expatriate

Les services de sécurité relatifs aux voyages**

Tandis que le monde continue de connaître une augmentation des menaces à la sécurité, les services de sécurité relatifs aux voyages offrent un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à des informations personnelles sur la sécurité et des conseils pour vos questions relatives à la sécurité des voyages - par téléphone, par e-mail ou sur le site. Si ces services sont compris dans votre couverture, ils seront indiqués dans votre tableau des garanties.

Vous avez accès aux services suivants :



UNE ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE D'URGENCE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ

Discutez avec un spécialiste de la sécurité de vos préoccupations concernant votre destination.



UNE CONNAISSANCE DU TERRAIN ET DES CONSEILS DE SÉCURITÉ

Des informations et conseils de sécurité sur de nombreux pays.




DES INFORMATIONS QUOTIDIENNES ET DES ALERTES PAR E-MAIL SUR LA SÉCURITÉ LORS DES VOYAGES

Inscrivez-vous et recevez des alertes sur les événements à haut risque survenant à proximité, notamment le terrorisme, les troubles civils et les risques météorologiques extrêmes.

Pour accéder au site web Crisis24 Horizon depuis un ordinateur, rendez-vous sur crisis24horizon.com/allianztravsec, ajoutez votre adresse e-mail et sélectionnez Create Account. Entrez vos informations et l'identifiant ALLIANZTSS.

Pour accéder à l'application mobile Crisis24 Horizon, téléchargez la version Android ou iOS sur votre appareil mobile (vous pouvez également chercher Crisis24 Horizon sur Google Play Store ou l'Apple Store), puis **connectez-vous** à l'aide de la même adresse e-mail (nom d'utilisateur) et du même mot de passe que vous avez créés précédemment. Vous pouvez également vous inscrire directement sur l'application mobile à l'aide de l'identifiant.

 crisis24horizon.com/allianztravsec

 Téléchargez l'application Crisis24 Horizon sur l'Apple Store ou Google Play.



Tous les Services de sécurité relatifs aux voyages sont fournis en anglais. Nous pouvons organiser un service d'interprétation à votre disposition, si nécessaire.

*** Certains services pouvant être compris dans votre couverture sont fournis par des prestataires externes au groupe Allianz, tels que le Programme d'Aide aux Employés, les Services de sécurité relatifs aux voyages, l'application HealthSteps, le deuxième avis médical et les services de télé-médecine. S'ils sont inclus dans votre couverture, ces services seront indiqués dans votre tableau des garanties. Ces services sont mis à votre disposition sous réserve de votre acceptation des conditions générales de votre police et des conditions générales des prestataires externes. Ces services peuvent être soumis à des restrictions géographiques. L'application HealthSteps ne fournit pas de conseils médicaux ou de santé et les ressources sur le bien-être contenues dans Olive sont uniquement à titre d'information. L'application HealthSteps et les ressources sur le bien-être contenues dans Olive ne doivent pas être considérées comme un substitut aux conseils professionnels (médicaux, physiques ou psychologiques). Elles ne doivent pas non plus être considérées comme un substitut aux diagnostics, traitements, évaluations ou soins que vous pourriez recevoir de votre propre médecin. Vous comprenez et acceptez le fait qu'AWP Health & Life SA – Succursale irlandaise et AWP Health & Life Services Limited ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de ces services tiers.*



Comment fonctionne votre couverture ?

Les documents de votre police

Une fois que votre adhésion aura été traitée, Marsh, le courtier d'assurance, vous enverra un certificat comportant nos coordonnées et le lien vers la page web dédiée aux stagiaires des institutions européennes sur le site web d'Allianz Care.

Une fois que vous aurez envoyé votre première demande de remboursement, vous recevrez un certificat d'assurance de la part d'Allianz Care sur lequel figurera votre numéro de police, conjointement avec votre décompte de remboursement. Les demandes de remboursement peuvent être envoyées par e-mail ou par fax.

Lorsque vous nous appelez ou effectuez une demande de remboursement pour la première fois, veuillez vous identifier en tant qu'EUROTRAINEE (Stagiaire des Institutions européennes), indiquer le nom de l'Institution de l'UE et le numéro de police collective mentionné sur votre certificat Marsh, et fournir votre nom complet.

À partir de votre deuxième demande de remboursement, vous pourrez utiliser notre application mobile MyHealth pour envoyer vos demandes de remboursement rapidement et en toute simplicité. De plus amples informations sont disponibles au lien suivant : www.allianzcare.com/fr/connexion.html

Ce qui est pris en charge par ma couverture

Votre police vous fournit une prise en charge des traitements, des services, des coûts et/ou du matériel médicalement nécessaires, comme indiqué dans le tableau des garanties. Ceux-ci sont sujets :

- aux définitions et exclusions de la police (disponibles dans ce guide) ;
- aux **coûts raisonnables et d'usage** : il s'agit des coûts habituels dans le pays où a lieu le traitement. Nous ne payons les prestataires médicaux que si les frais sont conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons qu'une demande de remboursement est inappropriée, nous nous réservons le droit de rejeter ou de réduire le montant à payer.

Les pathologies préexistantes (y compris les pathologies chroniques préexistantes) sont généralement couvertes, sauf indication contraire dans les documents de votre police. Si vous n'êtes pas sûr, veuillez consulter votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies préexistantes sont couvertes.

Si vous n'êtes pas sûr de la prise en charge par votre couverture d'un traitement médical planifié, veuillez contacter notre service téléphonique.

Formules disponibles

L'affilié peut choisir parmi les options suivantes :

- la couverture d'assurance primaire ; ou
- l'assurance santé complémentaire ; ou
- la couverture d'assurance primaire et l'assurance santé complémentaire.

La couverture d'assurance primaire fournit une couverture mondiale pour les frais liés aux soins médicaux, aux soins dentaires, à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales, jusqu'aux plafonds indiqués dans le tableau des garanties.

L'assurance complémentaire rembourse les frais de santé couverts partout dans le monde, jusqu'à hauteur du plafond, après intervention obligatoire d'un régime social ou de toute autre assurance santé primaire équivalente.

Où puis-je recevoir des soins ?

Vous pouvez recevoir des soins partout dans le monde, y compris dans votre pays d'origine, pendant la période d'assurance indiquée sur votre certificat. .

Si le traitement médical que vous devez recevoir est disponible sur place mais que vous choisissez de vous rendre dans un autre pays compris dans votre zone de couverture, nous rembourserons les frais occasionnés dans la limite de votre couverture, à l'exception des frais de transport.

Qu'est-ce qu'un plafond de garantie ?

Votre couverture peut être soumise à un **plafond global**. Il s'agit du montant maximal que nous paierons pour toutes les garanties comprises dans la couverture par affilié et par année d'assurance.

Si votre couverture comprend un plafond global, celui-ci s'appliquera même lorsque :

- l'indication « 100 % des frais réels » apparaît à côté de la garantie ;
- un plafond de garantie spécifique s'applique : la garantie est plafonnée à un montant spécifique (par ex.. 10 000 €).

Les plafonds de garantie peuvent être appliqués soit « par année d'assurance », « pour toute la vie » ou « par événement » (comme par voyage, par visite ou par grossesse).

Dans certains cas, en plus du plafond de garantie, nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties, par exemple « 80% des frais réels ».

Plafonds de garantie liés à la maternité

Les garanties « **Maternité** » et « **Complications de grossesse et à l'accouchement** » sont versées « par grossesse » ou « par année d'assurance ». Votre tableau des garanties le confirmera.

Si vos garanties maternité sont versées « par grossesse »

Lorsqu'une grossesse s'étend sur deux années d'assurance et que les plafonds de garanties sont modifiés lors du renouvellement de la police, les règles suivantes s'appliquent :

- au cours de la première année, les plafonds des garanties s'appliquent à toutes les dépenses prises en charge ;
- au cours de la deuxième année, les plafonds de garanties mis à jour s'appliquent à toutes les dépenses prises en charge engagées au cours de la deuxième année, moins le montant total des garanties déjà remboursé au cours de la première année ;
- si le plafond de garantie diminue au cours de la deuxième année et que nous avons déjà payé au-delà du nouveau montant pour les coûts engagés au cours de la première année, nous ne verserons aucune garantie supplémentaire la deuxième année.

Plafond pour les nouveau-nés issus de naissances multiples, tous les enfants nés par gestation pour autrui, les enfants adoptés et ceux placés en famille d'accueil

Il existe un plafond pour les soins reçus dans le cadre d'une hospitalisation au cours des trois premiers mois qui suivent la naissance si l'enfant est :

- né par gestation pour autrui ;
- adopté ;
- placé en famille d'accueil ;
- issu d'une naissance multiple à la suite d'une procréation médicalement assistée.

Le plafond est de 30 000 € par enfant. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

Besoin de recevoir des soins ?

Nous comprenons que recevoir des soins peut engendrer un certain stress. Suivez les étapes ci-dessous pour que nous puissions nous occuper des détails. Vous pourrez vous concentrer sur votre rétablissement.

Vérifiez votre niveau de couverture

En premier lieu, assurez-vous que le traitement est pris en charge par votre couverture. Votre tableau des garanties indique les prestations pour lesquelles vous êtes couvert. Cependant, vous pouvez aussi appeler notre service téléphonique si vous avez des questions.

Une entente préalable est nécessaire pour certains traitements

Les traitements pour lesquels une entente préalable est nécessaire seront indiqués dans votre tableau des garanties (l'obtention d'une entente préalable se fait par l'envoi du formulaire prévu à cet effet). Il s'agit principalement de traitements hospitaliers et au coût élevé. La procédure d'entente préalable nous permet d'évaluer chaque cas, de tout organiser avec l'hôpital avant votre admission et de mettre en place plus facilement le règlement direct des frais hospitaliers, lorsque cela est possible.

Sauf accord passé entre votre entreprise et nous, si vous effectuez une demande de remboursement sans obtenir d'entente préalable, les conditions suivantes s'appliqueront :

- si, par la suite, les soins reçus s'avèrent ne pas avoir été médicalement nécessaires, **nous nous réserverons le droit de rejeter votre demande de remboursement** ;
- s'il est prouvé que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que **80 %** de la garantie en hospitalisation et **50 %** des autres garanties.

Soins hospitaliers (l'entente préalable s'applique)



Téléchargez le formulaire d'entente préalable depuis notre page web dédiée aux stagiaires des Institutions européennes : www.allianzcare.com/fr/eurotrainees



Envoyez-nous ce formulaire dûment rempli au moins **cinq jours ouvrables avant** le début du traitement. Vous pouvez l'envoyer par e-mail, fax ou courrier à l'adresse indiquée sur le formulaire.



Nous contactons l'hôpital pour organiser directement le paiement de votre facture, dans la mesure du possible.

En cas d'urgence:

Recevez les soins d'urgence dont vous avez besoin, et appelez-nous si vous avez besoin d'aide ou de soutien.

Si vous êtes hospitalisé, vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez appeler notre service téléphonique (**dans les 48 heures** suivant l'urgence) pour nous informer de votre hospitalisation. À ce moment-là, nous pourrions recueillir les informations relatives à l'entente préalable par téléphone.

Si les soins doivent avoir lieu dans les 72 heures, nous pourrions également remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone. Veuillez noter que nous pouvons refuser une demande de remboursement en l'absence d'entente préalable.



Demander le remboursement de vos dépenses médicales courantes, des frais dentaires et d'autres dépenses

Si votre traitement n'exige pas d'entente préalable, il vous suffit juste de régler la facture et de nous demander le remboursement. Le cas échéant, veuillez suivre les instructions ci-dessous :



Recevez les soins médicaux et payez votre prestataire de santé.



Obtenez une facture du prestataire médical, indiquant votre nom, la (les) date(s) de traitement, le diagnostic/problème de santé pour lequel vous êtes traité, la date d'apparition des symptômes, la nature du traitement et les frais facturés.

Lorsque vous effectuez une demande de remboursement pour la première fois

Effectuez une demande de remboursement de vos frais médicaux couverts en remplissant et en envoyant un formulaire de demande de remboursement. Le formulaire est disponible sur : www.allianzcare.com/fr/eurotrainees

Vous n'avez pas à remplir les sections 5 et 6 si les informations demandées dans ces sections sont déjà indiquées sur votre facture médicale.

Veuillez nous envoyer le formulaire de demande de remboursement et tous les documents nécessaires, les factures et les reçus, par e-mail, par fax ou par courrier (vous trouverez toutes les informations nécessaires sur le formulaire).

À partir de votre deuxième demande de remboursement

Demandez le remboursement des frais médicaux pour lesquels vous êtes couvert à l'aide de l'application MyHealth ou du portail en ligne. (www.allianzcare.com/fr/connexion.html)

Entrez les renseignements essentiels, ajoutez vos factures et cliquez sur « Soumettre ».

Recevoir des soins aux États-Unis

Si vous bénéficiez d'une couverture mondiale, nous vous offrons un accès simple aux soins médicaux aux États-Unis grâce à notre partenaire externe local qui vous permet d'accéder à des prestataires de santé à travers le pays.

Pour recevoir des soins aux États-Unis, présentez simplement votre carte d'affiliation. Votre prestataire de santé contactera ensuite notre partenaire externe pour convenir des formalités administratives liées à votre traitement. Nous réglerons les frais du traitement auquel vous avez droit directement auprès de votre prestataire de santé, le cas échéant. Votre prestataire vous informera si vous êtes responsable du paiement d'une partie des frais.

Si vous avez des questions ou besoin d'aide concernant les soins aux États-Unis, vous trouverez les coordonnées à contacter au dos de votre carte d'affiliation.

Pour une ordonnance

Si votre couverture comprend l'accès au réseau de pharmacies Caremark, vous pouvez vous procurer certains médicaments et produits pharmaceutiques dans ces pharmacies américaines sans avance de frais. Toutes les informations dont vous avez besoin pour pouvoir accéder au réseau de pharmacies Caremark seront indiquées soit sur votre carte d'affiliation, soit sur une carte Caremark distincte.

Présentez votre carte d'affiliation (ou la carte Caremark) à la pharmacie du réseau Caremark. Le pharmacien vous dira si vous devez régler une partie des frais, par exemple s'il y a une quote-part. Veuillez vous assurer que l'ordonnance indique la date de naissance de la personne à qui elle est destinée.

Informations supplémentaires concernant les demandes de remboursement de vos dépenses

Demandes de remboursement des frais médicaux

Avant de nous envoyer une demande de remboursement, veuillez noter les points suivants :

- **Date limite pour effectuer une demande de remboursement** : vous devez envoyer toutes vos demandes de remboursement (à l'aide de notre application MyHealth ou sur le portail en ligne) au plus tard deux ans après la fin de l'année d'assurance. Si la couverture se termine au cours de l'année d'assurance, vous devez envoyer votre demande de remboursement au plus tard deux ans après la date à laquelle la couverture a pris fin. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler ces demandes.
- **Envoi des demandes de remboursement** : vous devez envoyer un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale. Vous disposez, en plus des formulaires de demande de remboursement papier et électronique, de l'application MyHealth pour un envoi de vos demandes de remboursement simple et rapide, et ce après avoir envoyé votre première demande de remboursement. Étant donné que votre numéro de police ne vous est fourni qu'après votre première demande de remboursement, veuillez vous identifier comme EUROTRAINEE (Stagiaire des Institutions européennes) et indiquer sur le formulaire de demande de remboursement le nom de l'institution de l'UE et le numéro de police collective.
- **Documents justificatifs** : lorsque vous nous envoyez des copies des documents justificatifs (par exemple, des reçus médicaux), veuillez à conserver les originaux. Nous sommes en droit de demander des pièces justificatives/reçus originaux à des fins d'audit jusqu'à 12 mois après le règlement de votre demande de remboursement. Nous pouvons également vous demander une preuve de paiement (par exemple, un relevé bancaire ou de carte bancaire) pour les factures médicales que vous avez réglées. Nous vous conseillons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance qui ne nous parvient pas pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

- **Devise** : veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez être payé. Dans certains cas, il est possible que nous ne puissions pas effectuer de paiement dans cette devise en raison de la réglementation bancaire internationale. Le cas échéant, nous identifierons une autre devise de paiement adaptée. Si nous devons effectuer la conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change en vigueur à la date d'émission des factures ou à la date à laquelle nous réglons votre demande de remboursement.

Veuillez noter que nous nous réservons le droit de choisir le taux de change à appliquer.

- **Remboursement** : nous ne rembourserons que les coûts éligibles (dans la limite de votre police) après avoir pris en compte les exigences de toute entente préalable, les franchises ou les quotes-parts indiquées dans le tableau des garanties.
- **Frais raisonnables et d'usage** : nous ne paierons que les frais raisonnables et d'usage, conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons qu'une demande de remboursement est inappropriée, nous nous réservons le droit de la rejeter ou de réduire le montant à payer.
- **Acomptes** : si vous devez verser un acompte avant le début d'un traitement médical, les frais engagés ne seront remboursés que lorsque le traitement aura eu lieu.
- **Envoi d'informations** : vous et vos ayants droit vous engagez à nous aider à obtenir toutes les informations nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Nous avons le droit d'accéder à l'ensemble des dossiers médicaux et de nous adresser directement au prestataire de soins ou au médecin traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre médecin. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si vous ou vos ayants droit ne nous aidiez pas à obtenir les informations dont nous avons besoin.

Demander le remboursement des soins dentaires

Votre dentiste doit remplir et envoyer le « Formulaire d'estimation des coûts de traitement dentaire » avant que vous ne débutiez tout traitement prosthétique dentaire (couronnes, bridges, implants, etc.). Ce formulaire est disponible sur www.allianzcare.com/fr/eurotrainees. La couverture des soins est garantie une fois notre accord donné.

Soins nécessaires suite à la faute d'une tierce personne

Si les soins que vous devez subir sont la conséquence des actions d'une tierce personne, vous devez nous le signaler et nous en avvertir par écrit le plus tôt possible. Par exemple, en cas de soins pour une blessure causée lors d'un accident de voiture dans lequel vous êtes une victime. Veuillez prendre toutes les mesures raisonnables que nous vous demandons pour obtenir les détails de l'assurance de la personne en cause. Nous pouvons alors récupérer auprès de l'autre assureur le coût du traitement que nous avons payé. Si vous recouvrez directement les frais des soins que nous avons payés, vous devrez nous en rembourser le montant (et les intérêts le cas échéant).

Conditions générales de votre couverture



Conditions générales

Cette section présente les garanties et les règles de votre police d'assurance santé. Nous vous recommandons de la lire conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.

- **Votre certificat d'assurance** indique la/les formules et la zone géographique de couverture que l'Institution européenne a acheté pour vous. Il indique également la date de début de votre couverture.
- La(les) formule(s) achetées par l'Institution européenne et les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre **tableau des garanties**. Ce tableau indique également les garanties pour lesquelles vous devez envoyer un formulaire d'entente préalable. Tous les plafonds, délais de carences, franchises et/ou quotes-parts applicables aux garanties apparaissent dans le tableau des garanties. Votre tableau des garanties est publié dans la devise choisie par l'Institution européenne.

Gestion de votre police

Début de la couverture

Votre assurance est valide pour la période indiquée sur le certificat d'assurance Marsh, et se poursuivra jusqu'à la date de fin de votre stage, à condition que la police collective des stagiaires des Institutions européennes soit toujours en place et que le produit soit toujours disponible.

La couverture de tout ayant droit (le cas échéant) commence à partir de la date d'effet indiquée sur le certificat d'assurance Marsh, sur lequel les ayants droit sont mentionnés. Leur affiliation sera valide tant que vous adhérerez à la police d'assurance de l'Institution européenne, et tant que l'âge de tout enfant à charge est inférieur à la limite fixée. La couverture d'un enfant ayant droit par votre police se termine le jour avant son 18e anniversaire ou le jour avant son 24e anniversaire s'il est étudiant à plein temps. Il peut à ce moment-là effectuer une demande de souscription en son nom à l'une de nos formules pour les particuliers et les familles.

Ajouter un ayant droit

Vous allez vous marier ou vous attendez un enfant ? Félicitations !

Votre partenaire et/ou enfant vous accompagnera à l'étranger ?

Si vous souhaitez inclure votre époux(se) et/ou enfant en tant qu'ayant droit à votre police pendant votre stage, vous devez en demander l'autorisation auprès de votre bureau des stagiaires.

Comment ajouter un nouveau-né à ma police ?

La couverture des nouveau-nés (y compris les nouveau-nés issus de naissances multiples, les enfants nés par gestation pour autrui, les enfants adoptés et ceux placés en famille d'accueil) commencera à la naissance, à condition que nous en soyons informés dans les quatre semaines qui suivent la naissance. Pour ajouter un nouveau-né en tant qu'ayant droit à la police, vous devez informer le bureau des stagiaires de l'Institution européenne.

Une fois la demande acceptée, vous recevrez un nouveau certificat d'assurance Marsh pour prendre en compte l'ajout du nouvel ayant droit.

Que se passe-t-il si je n'informe pas mon entreprise dans les quatre semaines ?

Passé ce délai de quatre semaines après la naissance, les nouveau-nés ne seront couverts qu'à partir de la date à laquelle nous avons été informés.

Changement d'adresse ou d'e-mail

Toute correspondance sera envoyée aux coordonnées indiquées dans nos registres sauf indication contraire. Veuillez nous informer par écrit le plus rapidement possible de tout changement d'adresse privée, professionnelle ou d'e-mail.

Correspondance

Toute correspondance écrite doit nous être envoyée par courrier postal affranchi ou par e-mail. D'une manière générale, nous ne renvoyons pas les documents originaux, sauf si vous en faites la demande.

Fin de votre couverture

L'Institution européenne peut mettre fin à votre couverture ou à celle de vos ayants droit. Il lui suffit pour cela de nous en informer par écrit. Votre couverture prendra automatiquement fin :

- à la fin de l'année d'assurance, si l'accord entre l'Institution européenne et nous-mêmes est résilié ;
- si l'Institution européenne décide de mettre fin à votre couverture ou de ne pas la renouveler ;
- si l'Institution européenne ne paie pas les primes ou tout autre paiement dû selon les conditions du contrat qu'elle a passé avec nous ;
- si vous payez individuellement et si vous ne payez pas les primes ou tout autre paiement dû selon les termes du contrat passé entre l'Institution européenne et nous ;
- lorsque vous cessez de travailler pour l'Institution européenne ;
- en cas de décès de la personne assurée.

Nous pouvons mettre un terme à votre couverture et à celle de vos ayants droit s'il existe des preuves raisonnables que vous, ou vos ayants droit, nous avez induits en erreur ou avez tenté de le faire. Cela comprend le fait de fournir des informations fallacieuses ou de ne pas divulguer des informations, ou de s'associer à une tierce personne pour nous fournir des informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, et qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décision suivantes :

- vous autoriser ou non à souscrire la police (ou autoriser les personnes à charge) ;
- définir quelles primes votre entreprise doit payer ;
- déterminer si nous devons payer une demande de remboursement.

Expiration de l'assurance des stagiaires

Veillez noter qu'à expiration de la police d'assurance, vous n'avez plus droit au remboursement de vos frais médicaux. Les frais couverts durant la période de couverture seront remboursés pendant une durée maximale de deux ans après la date d'expiration. Cependant, les traitements en cours ou les soins complémentaires nécessaires après la date d'expiration ne seront plus pris en charge.

Effectuer une demande d'adhésion à la fin de votre stage - Option de maintien de la couverture

Les stagiaires qui sont couverts par la couverture d'assurance santé fournie par Allianz Care peuvent prolonger leur couverture pour un mois, et jusqu'à un an. La couverture débutera immédiatement après la fin de leur stage, sans interruption, et la prime devra nous être versée directement tous les mois.

Si vous souhaitez maintenir votre couverture, veuillez nous envoyer votre demande depuis cette page : <https://www.allianzcare.com/en/group-hub/continuation-enquiry.html>

📧 IGOServices@e.allianz.com

Vous devez envoyer votre demande de maintien de la couverture au plus tard un mois après la fin de votre stage.

La date de début de votre couverture sera le premier jour qui suit la fin de votre stage. En versant une prime mensuelle, vous resterez assuré selon les mêmes conditions.

Paiement des primes

L'Institution européenne est responsable du paiement de votre prime et de la prime de vos ayants droit couverts par le contrat d'entreprise. Veuillez vous renseigner auprès du bureau des stagiaires de l'institution européenne pour plus d'informations sur les montants des primes que l'Institution européenne est susceptible de déduire, ou non, de votre allocation, ou qu'elle est susceptible de vous réclamer.

Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture

Loi applicable : votre police est régie par le droit et les tribunaux de France comme indiqué dans le contrat d'entreprise, sauf disposition contraire de la loi

Sanctions économiques : la couverture n'est pas fournie si un élément de la police, des garanties, de l'activité, de l'entreprise ou de l'entreprise sous-jacente est en violation de toute loi répressive ou réglementations des Nations Unies, de l'Union européenne ou de toutes autres lois ou réglementations sur les sanctions économiques ou commerciales.

Qui est couvert ? Seuls les membres du groupe (et leurs ayants droit) qui répondent aux critères spécifiés dans le contrat d'entreprise sont admissibles.

Les montants que nous paierons : notre responsabilité vis-à-vis des personnes assurées se limite aux montants figurant dans le tableau des garanties et dans tout avenant au contrat. Le montant du remboursement, que ce soit selon les termes de cette police, de la sécurité sociale ou de toute autre assurance, n'excédera pas le montant indiqué sur la facture.

Qui peut apporter des modifications à votre police ? Personne, à l'exception de l'Institution européenne, n'est autorisé à modifier votre police en votre nom. Les modifications sont uniquement valables si elles ont été acceptées par l'Institution européenne et par nous.

Lorsque la couverture est fournie par quelqu'un d'autre : nous pouvons rejeter une demande de remboursement si vous ou l'un de vos ayants droit pouvez être indemnisé par :

- la sécurité sociale ;
- une autre police d'assurance ;
- un tiers.

Le cas échéant, vous devez nous en informer et fournir toutes les informations nécessaires. La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans notre consentement écrit, conclure un accord ou s'opposer à notre droit de recouvrer toute somme due. Dans le cas contraire, nous serons en droit de récupérer les sommes versées et de résilier votre couverture.

Nous sommes en droit de réclamer à une tierce partie tout montant que nous avons payé pour une demande de remboursement, si les frais étaient dus ou également couverts par celle-ci. Nous pouvons

engager une procédure légale en votre nom, à nos frais, pour y parvenir. C'est ce qu'on appelle la subrogation.

Nous n'effectuerons aucun versement à un assureur tiers si ces frais sont couverts, en partie ou en totalité, par cet assureur. Toutefois, si le montant que nous couvrons est supérieur à celui de l'autre assureur, nous paierons le montant que cet assureur ne couvre pas.

Circonstances indépendantes de notre volonté (Cas de force majeure) : nous ferons toujours de notre mieux pour vous. Toutefois, nous ne sommes pas responsables des retards ou manquements dans nos obligations envers vous causés par des circonstances indépendantes de notre volonté. Il peut s'agir de conditions météorologiques extrêmes, inondations, glissements de terrain, tremblements de terre, tempêtes, foudre, incendies, affaissements, épidémies, actes terroristes, éclatements d'hostilités militaires (que la guerre ait été déclarée ou non), émeutes, explosions, manifestations ou autres conflits sociaux, désordres civils, sabotages ou expropriations par les autorités gouvernementales.

Résiliation et fraude : nous ne paierons pas la garantie si :

- la demande de remboursement est fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ;
- des dispositifs frauduleux ont été utilisés par vous ou l'un de vos ayants droit ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur afin de tirer avantage de cette police.

Vous nous seriez alors immédiatement redevable de toute somme versée pour cette demande de remboursement avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission. Nous nous réservons le droit d'informer l'Institution européenne en cas d'activité frauduleuse.

Communication avec les ayants droits : dans le cadre de l'administration de votre police d'assurance, nous pouvons être amenés à demander des informations complémentaires. Si nous devons obtenir des informations sur l'un de vos ayants droit (par exemple si nous avons besoin de l'adresse e-mail d'un ayant droit adulte), il est possible que nous vous contactions en tant que personne agissant au nom de cet ayant droit, afin d'obtenir les informations en question, à condition qu'il ne s'agisse pas d'informations sensibles. De la même manière, dans le but de traiter les demandes de remboursement, toute information en lien avec un membre de votre famille pourra vous être envoyée directement, à condition qu'il ne s'agisse pas d'informations sensibles.

Utilisation de Medi24 : le service Medi24, ainsi que les informations et ressources médicales qu'il fournit, est très utile mais ne saurait en aucun cas remplacer l'avis d'un professionnel de santé ou les soins que vous recevez de votre médecin. Il ne saurait être sollicité pour obtenir un diagnostic ou un traitement médical et ne doit pas être utilisé à cette fin. Vous devez obtenir l'avis de votre médecin avant de commencer tout nouveau traitement ou si vous avez des questions concernant un problème de santé. Nous ne sommes pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de Medi24 ou des informations ou ressources fournies par ce service. Les appels à Medi24 sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité des services et pour des raisons réglementaires.

Protection des données personnelles

La manière dont nous protégeons votre vie privée et traitons vos informations personnelles est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Vous devez la lire avant de nous envoyer vos informations personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur :

 www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html

Vous pouvez également nous appeler pour obtenir un exemplaire papier.


 +32 2 210 6501

Pour toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à :


 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procédure de résolution des réclamations et des litiges

Contactez en premier lieu notre service d'assistance téléphonique si vous avez des commentaires ou des réclamations. Si nous ne pouvons pas résoudre le problème par téléphone, veuillez nous écrire à :

 +32 2 210 6501

 igohelpline@e.allianz.com

 Customer Advocacy Team,
Allianz Care,
15 Joyce Way,
Park West Business Campus,
Nangor Road,
Dublin 12, Irlande

Nous traiterons votre réclamation conformément à notre procédure interne de traitement des réclamations. Pour plus d'informations, rendez-vous sur :

 www.allianzcare.com/fr/procedure-de-traitement-des-reclamations.html

Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour obtenir un exemplaire de cette procédure.

Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent à nos couvertures santé. Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre tableau des garanties. Si votre couverture comprend des garanties qui ne sont pas indiquées ici, vous trouverez leur définition dans la section « Notes » située à la fin de votre tableau des garanties. Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans vos documents de police d'assurance, ils auront toujours les significations définies ci-après :

A

Accident

Toute blessure corporelle causée involontairement à la personne assurée et résultant de l'action soudaine et inattendue d'une cause externe, à l'exception de toute maladie aiguë ou chronique.

Aiguë

Apparition soudaine de symptômes ou d'un problème médical.

Analyses et examens médicaux

Examens tels que les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés. Ces examens sont couverts lorsque vous présentez déjà des symptômes ou s'ils doivent être effectués suite aux résultats d'autres tests médicaux. Cette garantie ne couvre pas les bilans de santé annuels et les dépistages.

Année d'assurance

Elle débute à la date d'entrée en vigueur de votre police indiquée sur le certificat d'assurance et s'achève à la date d'expiration du contrat d'entreprise. L'année d'assurance suivante correspond à celle définie dans le contrat d'entreprise.

Antécédents familiaux

Lorsque la pathologie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grand-parent, frère ou sœur, enfant, tante ou oncle.

Antécédents familiaux directs

Lorsque la maladie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grand-parent, frère ou sœur, ou enfant.

Appareils et matériel chirurgicaux

Il s'agit de ceux requis pour les chirurgies. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.

Ayant droit

Il s'agit de votre conjoint ou partenaire et tout enfant non marié nommés sur votre certificat d'assurance comme ayants droit. La couverture des enfants se termine le jour avant leur 18e anniversaire, ou le jour avant leur 24e anniversaire s'ils sont étudiants à plein temps.

C

Certificat d'assurance

Ce document présente les détails de votre couverture. Il confirme que votre Institution européenne a souscrit une police d'assurance collective chez nous.

Chambre d'hôpital

Séjour en chambre particulière ou semi-privée comme indiqué dans le tableau des garanties. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes. La garantie « Chambre d'hôpital » s'applique uniquement lorsque aucune autre garantie comprise dans votre couverture ne prend en charge le traitement hospitalier. Par exemple, si une personne assurée est hospitalisée pour le traitement d'un cancer, la chambre d'hôpital sera couverte par la garantie « Oncologie » et non par la garantie « Chambre d'hôpital ». Voici quelques garanties qui incluent déjà la chambre d'hôpital (si ces garanties sont comprises dans votre couverture) : la psychiatrie et la psychothérapie, la greffe d'organe, l'oncologie, la maternité, les soins palliatifs et les soins de longue durée.

Chirurgie ambulatoire

Procédure chirurgicale effectuée dans un cabinet médical, hôpital, centre médical de jour ou ambulatoire, pour laquelle vous n'avez pas besoin de rester la nuit en observation.

Chirurgie dentaire

Cela inclut l'extraction chirurgicale de dents ainsi que d'autres interventions chirurgicales telles que l'apicoectomie et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires. Tous les examens servant à établir la nécessité d'une intervention chirurgicale dentaire tels que les examens de laboratoire, les radiographies, les scanographies et les IRM, sont couverts sous cette garantie. La chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Il s'agit d'un traitement chirurgical de la bouche, de la mâchoire, du visage ou du cou réalisé par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue dans un hôpital pour soigner les pathologies suivantes : les problèmes buccaux, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, les fractures faciales, les déformations congénitales de la mâchoire, les maladies de la glande salivaire et les tumeurs.

Sauf si vous bénéficiez d'une formule dentaire, nous ne couvrons pas les procédures suivantes (même si elles sont réalisées par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue) :

- l'extraction chirurgicale des dents incluses ;
- l'ablation chirurgicale des kystes ;
- les interventions chirurgicales orthognatiques pour corriger les malocclusions.

Complications à l'accouchement

Il s'agit uniquement des hémorragies post-partum et des rétentions placentaires. Si votre couverture comprend également une garantie « Maternité », les « Complications à l'accouchement » incluent les césariennes médicalement nécessaires.

Complications de grossesse

Elles concernent la santé de la mère. Seules les complications suivantes qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse sont couvertes : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, pré-éclampsie, fausse couche, risques de fausse couche, enfant mort-né ou môle.

Contrat d'entreprise

Il s'agit du contrat que nous avons passé avec votre employeur et par lequel vous et vos ayants droit êtes assurés chez nous. Cet accord détermine les personnes qui peuvent être assurées, le début de la couverture, les modalités de renouvellement et de paiement des primes.

E

Entreprise

Il s'agit de votre employeur nommé dans le contrat d'entreprise.

Équipement médical prescrit

Tout appareil prescrit et médicalement nécessaire pour vous permettre de mener vos activités quotidiennes. Il peut s'agir, entre autres :

- des équipements biochimiques tels que les pompes à insuline, les glucomètres et les machines de dialyse péritonéale ;
- des équipements aidant à la mobilité tels que les béquilles, les fauteuils roulants, les appareils/attelles orthopédiques, les membres artificiels et les prothèses ;
- des appareils auditifs et auxiliaires de phonation tels qu'un larynx électronique ;
- des bas de compression graduée médicaux ;
- du matériel pour les blessures à long terme tel que les pansements et le matériel pour stomie.

Le coût des équipements médicaux prescrits dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée n'est pas pris en charge.

F

Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré à l'hôpital

Frais d'hébergement en hôpital d'un parent pendant toute la durée de l'hospitalisation d'un enfant assuré pour un traitement couvert par la police. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent du prix d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts. Veuillez vérifier dans le tableau des garanties si une limite d'âge s'applique à l'enfant.

Frais funéraires

Il s'agit des frais d'enterrement ou de crémation qui ont lieu en dehors du pays d'origine ou du pays de résidence principal. Cette garantie ne comprend pas les frais de cérémonie tels que la nourriture et les boissons, le transport, l'hébergement, les fleurs et les cartes de condoléances.

G

Grefe d'organe

Intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes et/ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle osseuse, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursés.

Grossesse

Période au cours de laquelle vous attendez un bébé, depuis la date du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement.

H

Honoraires de médecins généralistes

Il s'agit des frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin généraliste.

Honoraires de sage-femme

Il s'agit des honoraires facturés par une sage-femme ou une accoucheuse qui, en conformité avec les lois du pays dans lequel les soins sont prodigués, a reçu une formation complète et réussi les examens ou concours la sanctionnant.

Hôpital

Il s'agit de tout établissement habilité possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe et offrant aux patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux : maisons de repos et de soins, thermes, centres de cure et de remise en forme.

Hospitalisation

Traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré pendant la nuit.

Hospitalisation de jour

Hospitalisation de jour planifiée et reçue dans un hôpital ou un centre médical de jour, comprenant une chambre d'hôpital et les soins infirmiers, ne nécessitant pas la garde du/de la patient(e) pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

K

Kinésithérapie prescrite

Traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie (prescrite, ou une combinaison de séances prescrites et non prescrites) est initialement limitée à 12 séances par pathologie, après lesquelles vous devez être examiné par le médecin généraliste qui vous a prescrit ces séances. Si davantage de séances sont requises, un nouveau rapport médical sur l'avancée du traitement doit nous être envoyé toutes les 12 séances. La kinésithérapie exclut certains traitements tels que le Rolting, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.

L

Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux

Il s'agit de la prise en charge d'un examen de routine réalisé par un optométriste ou un ophtalmologiste (limité à un examen par année d'assurance), ainsi que des lentilles de contact et des lunettes de correction.

M

Maternité

Frais médicalement nécessaires engagés lors de la grossesse et l'accouchement. Cela comprend les frais d'hospitalisation, les frais de spécialiste, les soins prénatals et postnatals de la mère, les frais de sage-femme (pendant l'accouchement uniquement) et les soins du nouveau-né (voir la définition « Soins du nouveau-né » pour plus d'informations sur cette garantie et connaître les plafonds qui s'appliquent au traitement hospitalier pour les enfants adoptés et placés en famille d'accueil, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui et pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée). Les complications de grossesse et à l'accouchement ne sont pas couvertes par la garantie maternité. Les césariennes qui ne sont pas médicalement nécessaires sont couvertes dans

la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie. Les césariennes médicalement nécessaires sont couvertes par la garantie « Complications à l'accouchement ».

Si la garantie « Accouchement à domicile » fait partie de votre couverture, nous prendrons en charge les frais jusqu'au montant indiqué dans le tableau des garanties en cas d'accouchement à domicile.

Médecin

Personne autorisée à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

Médecin généraliste

Docteur autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

Médecins spécialistes

Il s'agit des frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin agréé. Cette garantie ne couvre pas les frais de consultation d'un psychiatre, d'un psychologue ou de tout autre traitement déjà couvert par une autre garantie dans votre tableau des garanties. Nous ne couvrons pas les traitements de spécialistes qui sont exclus de votre police.

Médicaments soumis à prescription médicale

Il s'agit de produits pour lesquels une ordonnance est nécessaire, dont la fonction est de traiter une maladie dont le diagnostic a été confirmé, un état pathologique ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Il s'agit de médicaments tels que les antibiotiques, les sédatifs, etc. Ces médicaments doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie diagnostiquée. Ils doivent être également reconnus par les instances internationales de régulation. Vous pouvez faire une demande de remboursement pour un stock de médicaments allant jusqu'à 3 mois suivant la date de l'ordonnance, sous réserve de la durée de validité restante de la police.

Médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires

Médicaments prescrits par un dentiste pour traiter les inflammations ou infections dentaires. Ces médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie et être reconnus par les instances de régulation pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits. Les bains de bouche, produits fluorés, gels antiseptiques et dentifrices ne sont pas couverts.

N

Nécessité médicale

Soins, services et matériels qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- être nécessaires pour définir ou soigner votre état, maladie ou blessure ;
- être appropriés à vos symptômes, votre diagnostic ou votre traitement ;
- être conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture ;
- être requis pour des raisons autres que votre confort ou votre commodité ou le confort ou la commodité de votre médecin ;
- avoir un effet médical prouvé et démontré. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture ;
- être considérés comme du type et du niveau les mieux appropriés ;
- être prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter votre état médical ;
- être fournis uniquement durant une période appropriée.

Dans cette définition, le terme "approprié" prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, « médicalement nécessaire » signifie également que le diagnostic ne peut pas être établi ou que le traitement ne peut pas être fourni de manière sûre et efficace en médecine courante.

Nous/Notre/Nos

Allianz Care.



Obésité

Elle est diagnostiquée lorsqu'une personne présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 (un outil de calcul de l'indice de masse corporelle est disponible sur notre site Internet : www.allianzcare.com/fr/ressources/sante-et-bien-etre/calcul-de-lindice-de-masse-corporelle-imc.html).

Oncologie

Cela fait référence aux honoraires des spécialistes, examens, radiothérapie, chimiothérapie et frais hospitaliers occasionnés dans le cadre d'un traitement du cancer, et ce à compter de l'établissement du diagnostic. Nous couvrons également le coût d'une prothèse externe à des fins esthétiques telle qu'une perruque pour la perte des cheveux ou un soutien-gorge prothétique après le traitement du cancer du sein.

P

Partenaire

Il s'agit de la personne avec laquelle vous vivez dans une relation conjugale de manière continue depuis au moins 12 mois.

Parodontologie

Il s'agit des traitements dentaires en cas de maladie de la gencive.

Pathologie chronique

Il s'agit d'une maladie ou d'une blessure qui dure plus de six mois ou qui exige une intervention médicale (par ex. bilan de santé ou traitement) au moins une fois par an. Elle doit également avoir une des caractéristiques suivantes :

- être de nature récurrente ;
- être sans remède identifié et généralement reconnu ;
- répondre difficilement à tout type de traitement ;
- nécessiter un traitement palliatif ;
- conduire à un handicap permanent.

Veillez consulter la section Notes de votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies chroniques sont couvertes.

Pathologies préexistantes

Maladies dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie ou de celle de vos ayants droit, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Toute pathologie, dont vous ou vos ayants droit auriez raisonnablement pu connaître l'existence, sera considérée comme une pathologie préexistante. Votre police couvrira les pathologies préexistantes, sauf indication contraire de notre part par écrit.

Seront également considérées comme préexistantes les pathologies apparaissant entre la date à laquelle vous remplissez ce bulletin d'adhésion et les échéances suivantes (la plus récente prévaudra) :

- la date à laquelle nous envoyons votre certificat d'assurance ; ou
- la date de début de votre police.

Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale complète, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées. Veuillez consulter la section « Notes » de votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies préexistantes sont couvertes.

Pays de résidence principal

Le pays dans lequel vous et vos ayants droit (le cas échéant) vivez pendant plus de six mois de l'année.

Pays d'origine

Pays pour lequel vous possédez un passeport en cours de validité ou votre pays de résidence principal.

Personne assurée

Vous et vos ayants droit comme indiqué sur votre certificat d'assurance.

Polices non soumises à une souscription médicale

Il s'agit des polices pour lesquelles nous ne demandons pas aux personnes assurées de fournir des informations sur leur santé au moment de leur adhésion, puisque nous ne prenons pas en compte et n'évaluons pas leurs antécédents médicaux. Les pathologies préexistantes sont couvertes et sont soumises aux garanties et aux conditions générales de la police.

Professionnel de la santé mentale

Il s'agit d'un médecin qui exerce dans le secteur de la santé, de la psychothérapie ou des services sociaux et qui propose des services dans le but de soigner des troubles mentaux.

Prothèses dentaires

Couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collées, bridges, dentiers et implants, ainsi que tous les traitements nécessaires et auxiliaires.

Psychiatrie et psychothérapie

Traitement d'un trouble mental, comportemental, ou de la personnalité, y compris les troubles du spectre autistique et les troubles alimentaires. Le traitement doit être suivi par un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute agréé. La pathologie doit être cliniquement grave et le traitement doit être médicalement nécessaire.

Tous les soins de jour ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie.

La psychothérapie en médecine courante (si comprise dans votre couverture) doit être prescrite par un médecin, et est initialement limitée à 10 séances par pathologie. après quoi le traitement devra être de nouveau examiné par un psychiatre. Si davantage de séances sont requises, un rapport indiquant le diagnostic et la nécessité médicale de poursuivre le traitement doit nous être envoyé.

Un soutien psychologique est disponible par le biais de notre Programme d'aide aux employés (PAE). Il s'agit d'interventions à court terme et orientées vers des solutions, qui traitent en général de problèmes actuels qui peuvent être facilement résolus sur le plan conscient. Ce service n'est pas prévu pour des situations sur le long terme ou le traitement de troubles cliniques. Le PAE peut vous aider, ainsi que les membres directs de votre famille, à gérer les situations difficiles de la vie, telles que le stress, l'anxiété, le deuil, les difficultés au travail, les problèmes relationnels, la transition culturelle, l'isolement et la solitude. Pour plus de renseignements, veuillez consulter la section dédiée au « Programme d'aide aux employés (PAE) » de ce guide.

R

Raisonné et d'usage

Il s'agit des coûts de traitement habituels dans le pays où a lieu le traitement. Nous ne payons les frais des prestataires médicaux que s'ils sont raisonnables et d'usage et conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues.

Rééducation

Traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, telle que la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie. La rééducation a pour but de restaurer une forme ou une fonction normale après une blessure, une maladie grave ou une intervention chirurgicale. Le traitement doit avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé et doit commencer dans les 14 jours qui suivent la sortie d'hôpital, après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une maladie aiguë.

Responsable d'une police collective

Le représentant désigné de votre Institution européenne agissant en tant que point de contact principal entre l'Institution européenne et nous-mêmes pour toute affaire relative à la gestion des couvertures, notamment les inscriptions, le paiement des primes et les renouvellements.

S

Service de consultation par vidéo conférence

Il fournit un accès direct à un médecin par le biais d'une plateforme de télécommunication. Cette garantie prend en charge les coûts des consultations vidéo, comme indiqué dans votre tableau des garanties, et offre des conseils médicaux, un diagnostic et la délivrance d'une ordonnance, si besoin, pour des soins médicaux non urgents. L'accès aux services de télécommunication et aux ordonnances dépendra de la zone géographique de l'affilié(e) et des réglementations locales du pays. Vous pouvez prendre rendez-vous pour discuter avec un médecin généraliste en anglais, sous réserve de disponibilité. Certains prestataires externes sont susceptibles de proposer d'autres langues. Le coût des médicaments n'est pas inclus, mais la livraison des médicaments ou l'orientation du patient sont susceptibles d'être inclus dans cette garantie, même lorsqu'ils sont prescrits ou recommandés lors de la téléconsultation.

Soins à domicile ou dans un centre de convalescence

Soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation ou de soins de jour en hôpital pour lesquels vous qualifiez. Nous rembourserons le montant de garantie indiqué dans le tableau des garanties si le médecin traitant décide que pour des raisons médicales, vous devez séjourner dans un centre de convalescence ou qu'une infirmière doit être présente à votre domicile. Cette garantie doit également être approuvée par notre directeur médical. Cette garantie ne couvre pas les séjours en station thermale, en centre de cure, en centre de remise en forme, les soins palliatifs ou les soins de longue durée.

Soins en médecine courante

Traitements pratiqués par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessitent pas votre admission dans un hôpital.

Soins de longue durée

Soins dispensés sur une période prolongée après la fin d'un traitement aigu, généralement pour une pathologie chronique ou une invalidité nécessitant des soins réguliers, intermittents ou continus. Les soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital ou en maison de repos.

Soins dentaires

Sont inclus le bilan annuel, les plombages simples liés aux caries, les dévitalisations et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires.

Soins du nouveau-né

Ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né. Ces examens indispensables sont prodigués immédiatement après la naissance.

Votre couverture ne comprend pas les procédures de diagnostic préventif, telles que les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les conditions de la police d'assurance du nouveau-né (si le nouveau-né a été ajouté en tant qu'ayant droit).

Le traitement hospitalier pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui, et pour les enfants adoptés et placés en famille d'accueil est limité à 30 000 € par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

Soins orthomoléculaires

Traitement alternatif visant à rétablir l'équilibre biochimique d'un individu à l'aide de suppléments. Ces soins utilisent des substances naturelles comme les vitamines, les minéraux, les enzymes et les hormones.

Soins postnatals

Soins médicaux post-partum de routine reçus par la mère jusqu'à six semaines après l'accouchement.

Soins prénatals

Dépistages et examens de suivi classiques nécessaires durant la grossesse. Pour les femmes âgées de 35 ans et plus, cela inclut les tests triples (Bart's) ou quadruples, les tests pour le spina bifida, les amniocentèses, et les analyses ADN directement liées à une amniocentèse couverte par la police d'assurance.

Spécialiste

Médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui comprend les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine.

T

Thérapeute

Chiropracteur, ostéopathe, médecin herboriste chinois, homéopathe, acupuncteur, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.

Traitement

Procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.

Traitement des troubles alimentaires

Combinaison de différentes psychothérapies, y compris la thérapie comportementale et cognitive, le contrôle médical, les médicaments prescrits et les conseils en nutrition pour traiter l'anorexie mentale, la boulimie mentale et l'hyperphagie boulimique.

Tous les soins de jour ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie.

La thérapie en médecine courante (si comprise dans votre couverture) doit être prescrite par un médecin, et est initialement limitée à 10 séances par pathologie, après quoi le traitement devra être de nouveau examiné par un psychiatre. Si davantage de séances sont requises, un rapport indiquant le diagnostic et la nécessité médicale de poursuivre le traitement doit nous être envoyé.

Le traitement est pris en charge par la garantie « Psychiatrie et psychothérapie » de votre formule médecine courante, si vous en avez une. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître les plafonds en vigueur.

Traitement des troubles du spectre autistique

Gamme de thérapies visant à améliorer les compétences d'une personne assurée atteinte d'autisme. Cela comprend les traitements médicaux spécialisés et les programmes comportementaux accrédités. Le traitement est pris en charge par la garantie « Psychiatrie et psychothérapie » de votre formule médecine courante, si vous en avez une. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître les plafonds en vigueur. L'admission, les séjours et les hospitalisations de jour dans des centres d'éducation spécialisés ne sont pas couverts.

Traitement paramédical

Traitement thérapeutique ou diagnostique ne répondant pas aux critères de la médecine occidentale traditionnelle. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour savoir si les traitements suivants sont pris en charge : la chiropraxie, l'ostéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie, l'acupuncture et la podologie telles qu'elles sont pratiquées par des thérapeutes agréés.

Traitement préventif

Traitement reçu en l'absence de tout symptôme préalable (par exemple l'ablation d'une excroissance précancéreuse). Cette garantie est couverte lorsqu'elle est indiquée dans votre tableau des garanties.

U

Urgence

Apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence. Seuls les soins commençant dans les 24 heures suivant l'incident sont couverts.

V

Vous/Votre/Vos

Personne travaillant pour l'Institution européenne et tout ayant droit mentionné sur le certificat d'assurance.

Exclusions

Bien que la plupart des traitements médicalement nécessaires soient pris en charge, les dépenses suivantes sont exclues, sauf indication contraire dans le tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit.

ACQUISITION D'UN ORGANE

Les dépenses occasionnées lors de l'acquisition d'un organe, telles que la recherche d'un donneur, les tests de compatibilité, la collecte, le transport et les frais administratifs.

BLESSURES RÉSULTANT D'UNE PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS SPORTIVES PROFESSIONNELLES

Les traitements ou procédures diagnostiques pour des blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles.

CHANGEMENT DE SEXE

Toute opération ou traitement lié(e) à un changement de sexe, tel(le) que :

- la blépharoplastie ;
- les implants de pommette/malaires ;
- les implants du menton/nasaux ;
- les injections de collagène ;
- le lifting facial/frontal ;
- la réduction des os du visage (ostéoplastie) ;
- l'épilation/Implant capillaire ;
- la réduction de la mâchoire ;
- la laryngoplastie ;
- la rhinoplastie ;
- le relissage de la peau (par exemple, dermabrasion, peeling chimique) ;
- la réduction du cartilage thyroïde (chondroplastie) ;
- le raffermisssement du cou ;
- l'augmentation des lèvres ;
- les injections de botox/le lipofilling.

CHIRURGIE PLASTIQUE

Tout traitement prodigué par un chirurgien plasticien, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non, ainsi que tout traitement cosmétique ou esthétique afin de mettre en valeur votre apparence, même lorsque ces soins ont été médicalement prescrits. L'exception à cette exclusion est la chirurgie réparatrice dans le but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'acte chirurgical soit survenu pendant la durée de votre couverture.

COMPLICATIONS CAUSÉES PAR DES PATHOLOGIES QUI NE SONT PAS PRISES EN CHARGE PAR VOTRE COUVERTURE

Les frais engendrés par des complications causées directement par une maladie ou une blessure non prise en charge, ou prise en charge partiellement, selon les conditions de votre police d'assurance.

CONSULTATIONS PRATIQUÉES PAR VOUS OU UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Toute consultation pratiquée et tout médicament ou soin prescrit par vous, votre conjoint, par l'un de vos parents ou l'un de vos enfants.

CONTAMINATION CHIMIQUE ET RADIOACTIVITÉ

Le traitement des maladies directement ou indirectement liées à une contamination chimique, à la radioactivité ou à tout matériau nucléaire, y compris la fission du combustible nucléaire.

CORRECTION VISUELLE AU LASER

Le traitement pour modifier la réfraction d'un œil ou des 2 yeux (correction visuelle au laser), y compris la kératectomie réfractive (KR) et la photokératectomie réfractive (PKR).

DOSAGE DES MARQUEURS TUMORAUX

Le dosage des marqueurs tumoraux, à moins que le cancer spécifique en question ne vous ait été diagnostiqué précédemment. Dans ce cas, la couverture est assurée par la garantie oncologie.

ÉCHEC DE LA RECHERCHE OU DU SUIVI D'UN CONSEIL MÉDICAL

Le traitement nécessaire suite à l'échec de la recherche ou du suivi d'un conseil médical.

ERREUR MÉDICALE

Le traitement nécessaire suite à une erreur médicale.

FACETTES DENTAIRES

Les facettes dentaires et procédures connexes.

FRAIS DE TRANSPORT

Les frais de transport vers et depuis les établissements médicaux (dont les frais de parking) pour recevoir un traitement, sauf les frais de transport couverts par les garanties « Transport local en ambulance », « Évacuation médicale » et « Rapatriement sanitaire ».

FRAIS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Les honoraires de médecins pour remplir le formulaire de demande de remboursement ou d'autres frais administratifs.

GESTATION POUR AUTRUI

Tout traitement directement lié à la gestation pour autrui, que vous soyez la mère porteuse ou le parent d'accueil.

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

L'interruption volontaire de grossesse, sauf en cas de danger pour la vie de la femme enceinte.

MALADIES CAUSÉES INTENTIONNELLEMENT OU BLESSURES AUTO-INFLIGÉES

Le soin ou traitement des maladies causées intentionnellement ou des blessures auto-infligées, y compris les tentatives de suicide.

NAVIRE EN MER

Évacuation médicale/rapatriement depuis un navire en mer vers un centre médical sur la terre ferme.

ORTHOPHONIE

L'orthophonie pour traiter le retard de développement, la dyslexie, la dyspraxie ou les troubles du langage et de l'expression.

PARTICIPATION À UNE GUERRE OU À DES ACTES CRIMINELS

Décès ou traitement pour toute maladie, affection ou blessure résultant d'une participation active aux situations suivantes, que la guerre ait été déclarée ou non :

- la guerre ;
- des émeutes ;
- des désordres civils ;

- des actes terroristes ;
- des actes criminels ;
- des actes illicites ;
- des actes contre une intervention étrangère.

PERTE OU REMPLACEMENT DES CHEVEUX

Les diagnostics et traitements liés à la perte, à l'implant ou au remplacement de cheveux, à moins que la perte des cheveux ne soit due au traitement d'un cancer.

PRÉ ET POSTNATAL

Les cours pré et postnatals.

PRODUITS ACHETÉS SANS ORDONNANCE

Les médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance, à moins qu'une garantie spécifique couvrant ces frais n'apparaisse dans votre tableau des garanties.

RETARD DE DÉVELOPPEMENT

Le retard dans le développement cognitif ou physique, sauf si l'enfant n'a pas atteint les étapes de développement attendues pour son âge. Les traitements ne sont pas pris en charge lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard de développement doit avoir été mesuré quantitativement par des professionnels de la santé qualifiés et documenté comme un retard de développement d'au moins 12 mois.

SÉJOURS EN CENTRE DE CURE

Tout séjour en centre de cure, station thermale, centre de remise en forme, établissement de convalescence ou maison de repos, même si ce séjour est médicalement prescrit.

SOINS AUX ÉTATS-UNIS DANS LES CAS SUIVANTS

Les traitements reçus aux États-Unis, si nous pensons que vous avez souscrit l'assurance dans le but de vous rendre aux États-Unis afin d'y recevoir un traitement et si les symptômes de la pathologie concernée vous étaient connus :

- avant votre souscription ;
- avant d'ajouter les États-Unis à votre zone de couverture.

Pour tout remboursement versé le cas échéant, nous nous réservons le droit de vous demander le remboursement de ces frais.

SOINS ORTHOMOLÉCULAIRES

Veillez consulter la définition des « Soins orthomoléculaires ».

STÉRILISATION, DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS ET CONTRACEPTION

Les diagnostics, traitements ou complications liés à :

- la stérilisation ;
- des dysfonctionnements sexuels (à moins que ce trouble ne soit lié à une prostatectomie totale à la suite de l'opération d'un cancer) ;
- la contraception (y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs, et tout autre contraceptif, même s'ils sont prescrits pour raisons médicales). La seule exception est la prescription de contraceptifs pour soigner l'acné, s'ils sont prescrits par un dermatologue.

TESTS GÉNÉTIQUES

Les tests génétiques,

- à moins que des tests génétiques spécifiques ne fassent partie de votre couverture ;
- à l'exception des tests d'ADN directement liés à une amniocentèse, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus ;
- à moins que les tests pour les récepteurs génétiques tumoraux ne soient couverts.

TESTS TRIPLES (BART'S), QUADRUPLES OU POUR LE SPINA BIFIDA

Les tests triples (Bart's) ou Quadruples, ou les tests pour le Spina Bifida, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.

THÉRAPIE ET CONSEILS FAMILIAUX

Les coûts liés à des traitements ambulatoires de psychothérapie avec un thérapeute ou conseiller familial.

TOXICOMANIE OU ALCOOLISME

Les soins ou traitements de la toxicomanie ou de l'alcoolisme (y compris les programmes de désintoxication et les traitements pour arrêter de fumer), les cas de décès, ou les traitements de toute pathologie qui est à notre avis liée, ou résulte directement de l'alcoolisme ou d'une addiction (par exemple défaillance d'organe ou démence).

TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

Le traitement de la stérilité, y compris la procréation médicalement assistée ou toute conséquence négative, sauf si une garantie spécifique est prévue ou si vous avez sélectionné une formule Médecine courante. Si vous avez sélectionné une formule Médecine courante, la couverture est limitée aux examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité, dans les limites de votre formule Médecine courante.

TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

Les tests et traitements liés à l'obésité.

TRAITEMENT EN DEHORS DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE DE COUVERTURE

Tout traitement en dehors de la zone géographique de couverture, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence ou que nous ayons autorisé le traitement.

TRAITEMENT PARAMÉDICAL

Les traitements paramédicaux, à l'exception des traitements indiqués dans le tableau des garanties.

TRAITEMENTS OU MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTAUX OU DONT LES EFFETS NE SONT PAS PROUVÉS

Toute forme de traitement ou de médicament qui nous semble expérimental ou dont les effets ne sont pas prouvés conformément aux pratiques médicales généralement reconnues.

TROUBLES DU SOMMEIL

Le traitement des troubles du sommeil, y compris l'insomnie, l'apnée obstructive du sommeil, la narcolepsie, le ronflement et le bruxisme.

VISITES À DOMICILE

La visite à domicile d'un médecin à moins que celle-ci n'ait été rendue nécessaire par l'apparition soudaine d'une maladie qui vous empêche de vous rendre chez votre médecin ou thérapeute.

VITAMINES OU MINÉRAUX

Les produits classés comme suit :

- les vitamines et minéraux (sauf au cours d'une grossesse ou pour traiter une déficience clinique majeure en vitamines) ;
- les compléments tels que les laits maternisés et les produits cosmétiques.

Ces produits sont exclus même s'ils ont été médicalement recommandés ou prescrits, ou bien reconnus pour avoir des effets thérapeutiques. Les frais de consultations auprès de nutritionnistes ou diététiciens ne sont pas couverts non plus, à moins qu'une garantie spécifique n'apparaisse dans votre tableau des garanties.

GARANTIES QUI NE SONT PAS INDIQUÉES DANS VOTRE TABLEAU DES GARANTIES

Les garanties suivantes, et toute conséquence négative ou complication en résultant, sauf indication contraire dans le tableau des garanties :

- Orthodontie ;
- Diététicien ;
- Soins dentaires d'urgence ;
- Frais d'une personne accompagnant une personne assurée évacuée ou rapatriée ;
- Bilan de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies ;
- Accouchement à domicile ;
- Traitement de la stérilité ;
- Rapatriement sanitaire ;
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement ;
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps ;
- Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille qui est en danger de mort ou décédé ;
- Vaccinations.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

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

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



Téléphone : +32 2 210 6501

Veillez noter que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Dans ce cas, veuillez composer l'un des numéros indiqués ci-dessus.

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) ou le gestionnaire de la police collective 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.



E-mail : igohelpline@e.allianz.com



Allianz Care, Bd Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, Belgique.



www.allianzcare.com



www.facebook.com/AllianzCare/



www.linkedin.com/company/allianz-care



www.youtube.com/c/allianzcare



www.instagram.com/allianzcare/



x.com/AllianzCare

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.

AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, France.

L'assureur est AWP Health & Life SA, société anonyme au capital de 72 104 026 €, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé au 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France. Enregistrée en France : 401 154 679 RCS Bobigny, France. Numéro de TVA : FR 84 401 154 679 AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

L'administrateur de votre assurance est AWP Health & Life Services Limited - succursale belge, située Bd Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, Belgique. TVA : BE 0843.991.159. RPM Bruxelles : 843991159. AWP Health & Life Services Limited exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.