

**CONTRATS
INDIVIDUELS
CIGNA GLOBAL**

SWISS HEALTH
INTERNATIONAL[®]



Cigna[®]



**ADAPTEZ VOTRE
CONTRAT D'ASSURANCE
SANTÉ POUR RÉPONDRE
À VOS BESOINS ET À
CEUX DE VOTRE FAMILLE.**

ASSURANCE SANTÉ POUR LES EXPATRIÉS

Si, comme des millions d'autres personnes dans le monde, vous avez sauté le pas pour vous établir dans un nouveau pays, il est important d'assurer votre tranquillité d'esprit dans autant d'aspects que possible de votre nouvelle vie. La spécialité de Cigna est de proposer des contrats d'assurance santé pour des expatriés comme vous, en vous garantissant les meilleurs soins disponibles si, et quand, vous en avez besoin.

Nous assurons actuellement la santé de clients dans plus de 200 pays, et nous sommes très fiers de pouvoir soutenir la population mobile mondiale avec un réseau médical de plus d'un million d'hôpitaux et de professionnels de santé dans le monde entier. Chez Cigna, vous pouvez choisir le contrat qui s'adapte le mieux à vous et à votre famille. Nous proposons trois niveaux de couverture différents, avec un grand nombre d'avantages facultatifs. Poursuivez votre lecture pour en savoir plus sur ce que nous avons à offrir.



CONTENU

Pourquoi opter pour un contrat Cigna Global	4
Pourquoi nous sommes votre meilleur choix	5
Comment composer votre contrat	6
Fonctionnement de la franchise, de la participation aux frais et de la participation maximale aux frais	8
Les avantages en détail	10
Espace client en ligne	34
Votre compagnon de sécurité en voyage	35
Ce que vous pouvez attendre de nous	36

POURQUOI OPTER POUR UN CONTRAT CIGNA GLOBAL

Notre mission

Notre passion et notre mission sont d'aider les personnes que nous accompagnons à améliorer leur santé, leur bien-être et leur sentiment de sécurité.

Pourquoi nous choisir

Nos clients nous choisissent parce que Cigna leur offre tout ce qui suit :

- > L'accès à notre réseau d'hôpitaux, de médecins et de professionnels de santé de confiance.
- > La souplesse d'un contrat sur mesure et économique, adapté à leurs besoins particuliers.
- > Nous assurons la disponibilité permanente de notre équipe du Service clients, pour répondre à vos questions jour et nuit.
- > La tranquillité d'esprit de notre expérience en matière de soins à l'international.

Pourquoi vous pouvez avoir besoin de nous

Les raisons pour lesquelles vous pourriez avoir besoin d'un contrat Cigna Global sont nombreuses. En voici quelques-unes :

- > La qualité du système de santé local ne répond pas à vos exigences ou à vos besoins.
- > Ou, même si la qualité des soins de santé locaux est bonne, elle est trop chère.
- > Vous trouvez le système de santé local compliqué, ou vous vous heurtez à des barrières de langue ou de culture.
- > Votre pays de résidence exige une assurance médicale internationale personnelle.



POURQUOI NOUS SOMMES VOTRE MEILLEUR CHOIX

L'expérience de Cigna

Nous proposons une assurance de santé globale depuis de nombreuses années. Aujourd'hui, nous avons quelque 86 millions de clients dans plus de 200 pays et juridictions. Pour s'occuper d'eux, nous avons des effectifs internationaux composés de 37 000 personnes, en plus d'un réseau médical comprenant plus d'un million de partenariats, dont 89 000 professionnels de santé comportementale et 11 400 établissements et cliniques.

Mettez votre santé entre de bonnes mains



Une décision sur votre adhésion dans les 24 heures



La souplesse de composer un contrat adapté à vos besoins particuliers



Un espace client sécurisé en ligne



Un service vente et assistance multilingue



Une facturation directe avec un prestataire dans la plupart des cas



Le choix de recevoir vos documents d'assurance en ligne ou par courrier à votre adresse



ILS ONT PROPOSÉ LA POLICE D'ASSURANCE SANTÉ QU'IL FALLAIT À MA FAMILLE ET ONT PARFAITEMENT COMPRIS NOS BESOINS PARTICULIERS ET À NOS EXIGENCES EN MATIÈRE DE COUVERTURE À L'ÉTRANGER. LEURS RÉPONSES À NOS QUESTIONS ONT TOUJOURS ÉTÉ BONNES, RAPIDES ET UTILES.



Enquête de satisfaction auprès des clients, juillet 2015.



COMMENT COMPOSER VOTRE CONTRAT

Il est tout simple de composer un contrat complet, sur-mesure, avec Cigna. Il est flexible, vous permettant de choisir et de payer uniquement la couverture dont vous avez besoin. Nos contrats d'assurance comprennent trois niveaux de couverture : Silver, Gold et Platinum. Chaque contrat comprend une Assurance médicale internationale. Choisissez parmi deux zones de couverture, en fonction de vos besoins et de votre situation géographique : Monde entier et Monde hors États-Unis.

En outre, vous pouvez sélectionner des modules facultatifs, comprenant : Soins ambulatoires à l'international ; Évacuation médicale internationale ; Santé et bien-être à

l'international ; Assurance optique et dentaire internationale, ces options vous offrant de la flexibilité pour composer un contrat d'assurance qui répond à vos besoins uniques.

En outre, nous proposons une large gamme d'options de participation aux frais et d'options de franchise sur l'Assurance médicale internationale et Soins ambulatoires à l'international, qui vous permettent de composer un contrat sur-mesure selon votre budget.

Le schéma sur la page suivante vous montre le fonctionnement des contrats de santé de Cigna Global.



Composer un contrat complet, sur-mesure, avec Cigna Global.

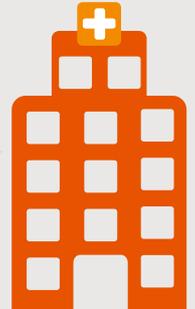
1 SÉLECTIONNEZ VOTRE CONTRAT DE BASE - ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE

Commencez par l'un de nos contrats d'hospitalisation de base, qui vous couvre pour des séjours et traitements hospitaliers essentiels, comme :

- > Honoraires de chirurgien et de consultation
- > Séjour à l'hôpital
- > Traitement anticancéreux

Choisissez parmi deux zones de couverture :

- > Monde entier, États-Unis compris ou
- > Monde entier hors États-Unis



Garanties annuelles

À hauteur du montant maximum indiqué par assuré par période de couverture

SILVER :	1 000 000 \$ / 800 000 € / 650 000 £
GOLD :	2 000 000 \$ / 1 600 000 € / 1 300 000 £
PLATINUM :	Illimité

2 AJOUTEZ DES MODULES FACULTATIFS

Soins ambulatoires à l'international

Des prestations ambulatoires plus étendues pour des soins n'exigeant pas d'hébergement de nuit à l'hôpital. Comprend les médicaments, les pansements, et bien plus encore, prescrits au patient ambulatoire.



Évacuation médicale internationale

L'évacuation médicale lorsque les soins sont indisponibles au niveau local et en cas d'urgence, ainsi que le rapatriement, permettant à l'assuré de retourner dans son pays de résidence habituelle ou d'origine.



Santé et bien-être à l'international

Gérez votre santé personnelle de façon proactive. Dépistez les maladies et les pathologies communes et rassurez-vous par des examens physiques de routine.



Assurance optique et dentaire internationale

Soins ophtalmologiques, y compris un examen des yeux et un large éventail de soins dentaires préventifs, périodiques et majeurs.



3 GÉREZ VOTRE PRIME



Choisissez si vous souhaitez ajouter une franchise ou une participation aux frais*.

Consultez la page 8 pour une description complète et un exemple du fonctionnement de la franchise et de la participation aux frais.

*montant volontaire que vous avez choisi de payer qui n'est pas couvert par votre contrat.

4 RÉGLEZ VOTRE ASSURANCE

Vous pouvez opter pour un règlement mensuel, trimestriel ou annuel de vos primes. Vous pouvez régler par carte de crédit ou de débit, ou, en cas de règlement annuel, par transfert bancaire.



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

Notre large gamme d'options de franchise et de participation aux frais vous permet de composer un contrat sur-mesure selon vos besoins.

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

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

au praticien. Nous vous ferons savoir à combien s'élève ce montant. Si vous sélectionnez aussi bien une franchise qu'une participation aux frais, la somme restant à votre charge pour la franchise est calculée avant la somme restant à votre charge pour la participation aux frais. La participation maximale aux frais correspond à la participation maximale que tout assuré doit régler par période de couverture.

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

EXEMPLE 1 : FRANCHISE

(également appelée « excédent »)

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

Valeur de la demande de remboursement :	1 200 \$
Franchise :	500 \$



VOUS PAYEZ...
Franchise de
500 \$



NOUS PAYONS...
700 \$

CE QUE CELA SIGNIFIE POUR VOUS...

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

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

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

La participation est la part que doit régler l'assuré à chaque demande de remboursement. La participation maximale correspond au montant maximal de participation que vous devez régler dans une période de couverture donnée.

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



VOUS PAYEZ...
20 % de participation aux frais sur
1 000 \$



NOUS PAYONS...
4 000 \$

CE QUE CELA SIGNIFIE POUR VOUS...

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

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

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

La participation est la part que doit régler l'assuré à chaque demande de remboursement. La participation maximale correspond au montant maximal de participation que vous devez régler dans une période de couverture donnée.

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



VOUS PAYEZ...

Participation maximale aux frais de
2 000 \$



NOUS PAYONS...

18 000 \$

CE QUE CELA SIGNIFIE POUR VOUS...

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

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

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

La participation est la part que doit régler l'assuré à chaque demande de remboursement. La participation maximale correspond au montant maximal de participation que vous devez régler dans une période de couverture donnée.

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



VOUS PAYEZ...

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



NOUS PAYONS...

15 700 \$

CE QUE CELA SIGNIFIE POUR VOUS...

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

! Remarque :

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

ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE

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

Choisissez votre niveau de couverture dans le tableau ci-dessous. Tous les montants sont par assuré et par période de couverture (sauf indication contraire).

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

VOTRE LIMITE GÉNÉRALE

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

VOS PRESTATIONS MÉDICALES STANDARD

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

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

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

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

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

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

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

	Silver	Gold	Platinum
Hémodialyse	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> Le traitement par hémodialyse sera pris en charge si un tel traitement est disponible dans le pays de résidence de l'assuré. Nous le prendrons en charge dans le cadre d'une hospitalisation, en soins de jour, ou en ambulatoire. Nous prendrons en charge le traitement par hémodialyse en dehors du pays de résidence habituelle de l'assuré si le pays dans lequel ce traitement est dispensé se situe dans la zone de couverture choisie par l'assuré. Nous le prendrons en charge dans le cadre de soins de jour. Les frais de voyage et d'hébergement engagés en rapport avec un tel traitement ne seront pas pris en charge. 			

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

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

	Silver	Gold	Platinum
Physiothérapie et traitements complémentaires Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
<ul style="list-style-type: none"> Lorsque le traitement est dispensé dans le cadre d'une hospitalisation ou en soins de jour. Nous prendrons en charge le traitement dispensé par des kinésithérapeutes et autres thérapeutes ; (acupuncture, homéopathes et praticiens de médecine chinoise) si ces thérapies sont recommandées par un spécialiste pendant le séjour à l'hôpital de l'assuré dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour (mais qui ne sont pas le traitement principal qu'ils doivent recevoir à l'hôpital). 			

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

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

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

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

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

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

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

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

Traitement des troubles de santé mentale et des addictions

Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.

Silver

5 000 \$
3 700 €
3 325 £

Gold

10 000 \$
7 400 €
6 650 £

Platinum

Règlement
intégral

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

Traitement des addictions

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

Remarques importantes

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

Soins anticancéreux

Silver

Règlement
intégral

Gold

Règlement
intégral

Platinum

Règlement
intégral

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

SOINS PARENTAUX ET PÉDIATRIQUES

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

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

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

Soins aux nouveau-nés

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

Silver	Gold	Platinum
25 000 \$	75 000 \$	156 000 \$
18 500 €	55 500 €	122 000 €
16 500 £	48 000 £	100 000 £

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

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

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

Troubles congénitaux

Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.

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

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

VOS OPTIONS DE FRANCHISE ET DE PARTICIPATION AUX FRAIS

Franchise (diverses)

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

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

Participation aux frais et participation maximale aux frais

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

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

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

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

0 % / 10 % / 20 % / 30 %

Choisissez ensuite votre participation maximale aux frais :

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

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

VOUS POUVEZ AJOUTER AUTANT DE PRESTATIONS FACULTATIVES QUE VOUS SOUHAITEZ POUR COMPOSER LE CONTRAT QUI RÉPOND À VOS BESOINS.



SOINS AMBULATOIRES À L'INTERNATIONAL

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

VOTRE LIMITE GÉNÉRALE

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

VOS PRESTATIONS MÉDICALES STANDARD

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

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

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

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

Des exemples de tels traitements et examens comprennent :

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

	Silver	Gold	Platinum
Pathologie, radiologie et tests de diagnostic (sauf Imagerie médicale avancée) Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral

- › Nous prendrons en charge les tests suivants s'ils sont médicalement justifiés et recommandés par un spécialiste comme faisant partie d'un traitement d'un assuré en ambulatoire :
 - les analyses de sang et d'urine ;
 - les radiographies ;
 - les échographies ;
 - les électrocardiogrammes (ECG) ; et
 - autres tests diagnostics (hors imagerie médicale avancée).

	Silver	Gold	Platinum
Traitement par physiothérapie Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral

- › Nous prendrons en charge le traitement par physiothérapie d'un patient ambulatoire médicalement justifié et analéptique pour vous aider à effectuer vos activités normales de la vie quotidienne. Le traitement doit être réalisé par un praticien adéquatement qualifié titulaire de la licence appropriée pour pratiquer dans le pays où le traitement est dispensé. Ceci exclut tout traitement en médecine du sport.
- › Nous demanderons un rapport médical et un programme de traitement préalablement à l'approbation.

	Silver	Gold	Platinum
Soins ostéopathiques et chiropratiques Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	Prise en charge intégrale à hauteur de 15 visites	Prise en charge intégrale à hauteur de 15 visites	Prise en charge intégrale à hauteur de 30 visites

- › Nous prendrons en charge jusqu'à un total maximum combiné de visites pour toute période de couverture pour les traitements par ostéopathie et chiropractie aux résultats avérés, médicalement justifiés et recommandés par un spécialiste traitant, si un médecin qualifié recommande le traitement et fournit une lettre de recommandation. Le traitement doit être réalisé par un praticien adéquatement qualifié détenteur de la licence appropriée pour pratiquer dans le pays où le traitement est dispensé. Nous demanderons un rapport médical et un programme de traitement avant l'approbation. Ceci exclut tout traitement en médecine du sport.

	Silver	Gold	Platinum
Acupuncture, homéopathie et médecine chinoise Jusqu'à un nombre maximum de 15 visites par période de couverture.	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral

- › Nous prendrons en charge pour chaque assuré un total maximum combiné de 15 consultations avec des acupuncteurs, homéopathes et praticiens de médecine chinoise par période de couverture, si ces traitements sont recommandés par un médecin qualifié. Le traitement doit être réalisé par un praticien adéquatement qualifié détenteur de la licence appropriée pour pratiquer dans le pays où le traitement est dispensé.

	Silver	Gold	Platinum
Orthophonie reconstructive Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge l'orthophonie reconstructive :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si celle-ci est nécessaire immédiatement après un traitement couvert par le présent contrat (par exemple, dans le cadre du suivi de l'assuré après un AVC) ; • si elle est confirmée par un spécialiste comme étant médicalement justifiée et de courte durée. <p>Remarques importantes</p> <p>› Nous ne prendrons en charge l'orthophonie que si le but de cette thérapie est de restaurer la fonction de la parole.</p> <p>› Nous ne prendrons pas en charge l'orthophonie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui vise à améliorer les capacités d'expression qui ne sont pas complètement développées ; • de nature éducative ; • destinée à maintenir la communication orale ; • qui vise à améliorer les troubles de la parole ou du langage (comme le bégaiement) ; ou • qui est le résultat de difficultés d'apprentissage, de développement (comme la dyslexie), de troubles de l'hyperactivité et de manque d'attention, ou d'autisme. 			

	Silver	Gold	Platinum
Médicaments et pansements prescrits Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	500 \$ 370 € 330 £	2 000 \$ 1 480 € 1 330 £	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge les médicaments et pansements lorsqu'ils sont prescrits par un médecin qualifié dans un cadre ambulatoire.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Location de matériel durable Jusqu'à un maximum de 45 jours pendant la période de couverture.	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge la location de matériel médical durable pendant un maximum de 45 jours par période de couverture, si l'utilisation de ce matériel est recommandée par un spécialiste pour aider au traitement de l'assuré.</p> <p>› Nous ne prendrons en charge que la location de matériel médical durable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • non jetable et pouvant être utilisé plus d'une fois ; • qui sert un objectif médical ; • qui peut être utilisé à domicile ; et • qui est normalement utilisé uniquement par une personne souffrant des conséquences d'une maladie, d'une affection ou d'une blessure. 			

	Silver	Gold	Platinum
Vaccins adultes Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	250 \$ 185 € 165 £	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Nous prendrons en charge certains vaccins et immunisations cliniquement appropriés, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la grippe ; • le tétanos (tous les 10 ans) ; • l'hépatite A ; • l'hépatite B ; • la méningite ; • la rage ; • le choléra ; • la fièvre jaune ; • l'encéphalite japonaise ; • les rappels poliomyélitiques ; • le typhus ; et • la malaria (sous forme de comprimés quotidiens ou hebdomadaires). 			

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

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

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

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

VOS OPTIONS DE FRANCHISE ET DE PARTICIPATION AUX FRAIS

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

ÉVACUATION MÉDICALE INTERNATIONALE

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

VOTRE LIMITE GÉNÉRALE

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

VOS PRESTATIONS MÉDICALES STANDARD

Évacuation médicale	Silver	Gold	Platinum
	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral

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

Remarque importante

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

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

	Silver	Gold	Platinum
Rapatriement de la dépouille mortelle	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>› Si un assuré décède en dehors de son pays de résidence habituelle pendant la période de couverture, le service d'assistance médicale arrangera le retour de sa dépouille mortelle dans son pays de résidence habituelle ou son pays d'origine dès que raisonnablement faisable, sous réserve des conditions et restrictions des compagnies aériennes.</p> <p>› Nous ne prendrons pas en charge les frais associés à l'enterrement ou à la crémation, ou les frais de transport d'une personne pour récupérer ou accompagner la dépouille mortelle de l'assuré.</p>			

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

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

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

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE INTERNATIONAL

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

Pendant chaque période de couverture, nous prendrons en charge les examens suivants s'ils sont réalisés par un professionnel de santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ASSURANCE OPTIQUE ET DENTAIRE INTERNATIONALE

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

OPTIQUE

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

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

SOINS DENTAIRES

VOTRE LIMITE GÉNÉRALE

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

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

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

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

	Silver	Gold	Platinum
Soins orthodontiques Après souscription à cette option par l'assuré depuis 2 ans consécutifs.	Remboursement à 40 % par période de couverture	Remboursement à 50 % par période de couverture	Remboursement à 50 % par période de couverture
<p>➤ Nous prendrons en charge le traitement orthodontique des assurés de 18 ans ou moins, s'ils sont couverts par l'Assurance optique et dentaire depuis au moins 24 mois.</p> <p>➤ Nous ne prendrons en charge le traitement orthodontique que si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le dentiste ou l'orthodontiste dispensant le traitement nous fournit, au préalable, une description détaillée du traitement proposé (y compris les radios et gabarits) et une estimation du coût du traitement ; et • et que nous avons approuvé le traitement au préalable. 			

NOUS VOUS COUVRONS

Maladies préexistantes

Certaines maladies préexistantes peuvent être couvertes, avec une surprime. Nos assureurs détermineront si nous pouvons inclure une maladie qui aurait normalement été exclue. Le cas échéant, nous vous présenterons un devis pour l'option d'inclusion de la maladie.

Couverture d'urgence hors zone

Pour vous tranquilliser encore plus, tous nos contrats comprennent une couverture médicale d'urgence de courte durée lorsque vous visitez un endroit situé en dehors de votre zone de couverture choisie (vous pouvez choisir entre la couverture Monde entier USA compris ou Monde entier hors USA). Donc, si vous souscrivez à l'option Monde entier hors USA, vous serez toujours couvert pour un traitement d'urgence en hospitalisation, soins de jour ou soins ambulatoires (si vous avez souscrit à l'option de couverture complémentaire Soins ambulatoires à l'international dans votre contrat) pendant des voyages ponctuels ou vacances aux USA. Cette couverture est limitée à une période maximale de 3 semaines par voyage et à un maximum de 60 jours par période de couverture pour la totalité des voyages. Veuillez lire notre documentation sur les contrats d'assurance pour connaître les conditions générales en rapport avec cette prestation.



ESPACE CLIENT SÉCURISÉ EN LIGNE

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

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



VOTRE COMPAGNON DE SÉCURITÉ EN VOYAGE

Nos contrats Platinum et Gold comprennent l'application Safe Travel par Cigna, qui comprend des conseils de voyage utiles, des profils de pays, des alertes en temps réel, des actualités sur des destinations de voyage spécifiques, et bien d'autres choses encore.



Un système de surveillance d'incidents global, avec des notifications push pour les actualités et les alertes de sécurité



Des profils de pays exhaustifs, avec des guides de la sécurité en voyage dans plus de 200 pays



Votre profil personnel et un espace de stockage/transfert de documents de voyage sécurisés



Des conseils et informations avant voyage sur tous les sujets, depuis la sécurité personnelle aux risques naturels



Un système de suivi SOS qui transforme votre téléphone mobile en un dispositif de sécurité personnel



L'application Safe Travel par Cigna est actuellement mise à votre disposition gratuitement pour votre téléphone portable pendant tout le temps que vous détenez un contrat d'assurance Cigna Global Platinum ou Gold. Nous nous réservons le droit de modifier ou de retirer l'application Safe Travel par Cigna.

Disponible pour les appareils Apple ou Android uniquement.

CE QUE VOUS POUVEZ ATTENDRE DE NOUS

En plus de votre contrat Cigna Global, il y a quelques petites choses en plus que vous aimeriez peut-être savoir sur nous et sur le service que vous pouvez attendre de nous en tant que client de Cigna.

Une trousse de bienvenue complète

Lorsque vous aurez rejoint Cigna, nous vous enverrons les documents de votre contrat par voie électronique dans les 24 heures. Les documents de votre contrat sont également disponibles dans votre espace client sécurisé en ligne. Si vous avez choisi de recevoir des copies imprimées des documents de votre contrat, nous les enverrons également à l'adresse postale que vous nous avez indiquée.

Lorsque vous les recevrez, veuillez les lire attentivement et n'oubliez pas de vérifier tous les détails de votre contrat d'assurance sur l'attestation d'assurance. Lorsque vous avez besoin de soins, vous devrez montrer votre carte d'identité Cigna pour que votre médecin sache qui vous êtes (elle n'est pas utilisée pour le paiement). Elle comporte également tous les numéros de contact dont vous aurez besoin. Vous pouvez visualiser et imprimer votre carte d'identité Cigna dans votre espace client sécurisé en ligne.

Pour obtenir des soins

Il convient d'obtenir notre approbation préalable pour tout traitement. Ceci permettra de s'assurer que vos demandes sont couvertes par le contrat d'assurance. Notre Équipe service client vous aidera à trouver un hôpital ou un médecin de qualité proches de vous. Lorsque c'est possible, nous les payons directement, vous évitant l'inconvénient d'avancer le paiement et de demander un remboursement ultérieurement.

Dans les rares cas où vous devrez payer les soins vous-même, nous nous efforcerons de traiter votre demande de remboursement dans un délai de 5 jours ouvrables après réception de tous les documents nécessaires. Le Guide du client dans votre trousse de bienvenue vous apprendra tout ce que vous devez savoir sur la manière d'obtenir des soins et de demander un remboursement.

Les documents de votre contrat comprennent ce qui suit :



Le Guide du client

Le fonctionnement de votre contrat et votre guide des prestations.



Conditions générales

Les modalités et conditions générales, les exclusions et les définitions de votre contrat d'assurance dans un seul petit livret très pratique.



Attestation d'assurance

Un dossier sur le contrat d'assurance que vous avez choisi, la prime, ce que l'assurance couvre, et qui.



Carte d'identité

Preuve de votre identité et couverture lorsque vous avez besoin de soins.



SWISS HEALTH
INTERNATIONAL[®]



Remarque importante : Ce document ne représente qu'une référence et ne fait pas partie d'un contrat légal. Les informations dans la présente sont exactes à notre connaissance à la date de publication et peuvent faire l'objet de modifications. Ce matériel est fourni à titre informatif seulement. Il contient une description partielle et générale des prestations. Nous vous recommandons d'examiner votre (produit) police d'assurance en détail afin d'en connaître les termes, conditions et couverture précis. La couverture et les prestations sont disponibles sauf si elles sont interdites par la loi en vigueur.

« Cigna » et le logo « Tree of Life » sont des marques de service déposées de Cigna Intellectual Property, Inc. que Cigna Corporation et ses filiales d'exploitation sont autorisées à utiliser aux termes d'une licence. Tous les produits et services sont fournis par ou via ces filiales d'exploitation et non par Cigna Corporation. Ces filiales comprennent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A. -N.V, Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide Life Insurance Company Limited. © 2015 Cigna