

A photograph of three business professionals in a modern office setting. A man in a grey suit is leaning over a woman and another man who are seated at a wooden table. They are looking at a laptop. On the table, there is a white coffee cup on a saucer, a glass of water, and some papers. The background shows large windows with a view of a city.

# Conditions générales

## Business'Expat Frais de santé

Intermédiaire : MSH International  
Siège social : Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17 France

## CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE

### REGIME MALADIE

N° DE CONTRAT : **080582/501**

entre « L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE »,

**DATE D'EFFET : 1<sup>ER</sup> Janvier 2018**

#### **PREVINTER**

39 rue Mstislav Rostropovitch France  
75815 Paris Cedex 17  
France

Au nom et pour le compte de l'Entreprise Adhérente de l'Association Souscriptrice

d'une part,

et « L'ASSUREUR »,

#### **AWP Health & Life S.A.**

Société Anonyme au capital de 65 190 446 euros  
immatriculée au R.C.S. de Nanterre, sous le numéro 401 154 679  
régie par le Code des assurances dont le siège social est situé à cette adresse :  
Tour Neptune – Case Postale 2513- 20 place de Seine – 92086 Paris la Défense cedex  
France  
Autorité chargée du contrôle d'AWP Health & Life S.A. :  
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75436 Paris  
Cedex 09

d'autre part,

D'UN COMMUN ACCORD ENTRE LES PARTIES, IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances. Il est établi aux conditions suivantes :

## PREAMBULE

L'Association dénommée PREVINTER a souscrit, auprès d'AWP Health & Life SA, pour le compte de son adhérent, l'Entreprise adhérente, un régime de Frais médicaux. Celui-ci a pour objet de garantir aux salariés de l'Entreprise adhérente, de toute nationalité et ayant le statut d'expatrié dans le monde entier, des remboursements de frais médicaux.

Les droits et les obligations qui en résultent,

- pour l'« Association souscriptrice » du contrat, « PREVINTER »,
- pour l'adhérent de l'Association souscriptrice dénommé « l'Entreprise Adhérente »,
- pour le personnel expatrié de l'Entreprise Adhérente qui prend la qualité d'« Assuré »,
- pour l'Assureur représenté par AWP Health & Life SA, dénommé « l'Assureur »,

sont fixés par le présent contrat régi par le droit français.

## SOMMAIRE

<b>PREAMBULE</b>	<b>3</b>
<b>Titre I – Objet et bases du contrat</b>	<b>5</b>
Article 1 – Objet du Contrat	5
Article 2 – Effet, durée et renouvellement du contrat	5
Article 3 – Effet, durée et renouvellement du certificat d’adhésion	5
Article 4 – Obligations de l’Association souscriptrice et de l’Entreprise adhérente	6
Article 5 – Autres dispositions	7
<b>Titre II – Les Assurés</b>	<b>10</b>
Article 6 – Conditions d’admission	10
Article 7 – Entrée en vigueur des garanties pour l’Entreprise adhérente	10
Article 8 – Cessation (ou suspension) des garanties	10
<b>Titre III – Les garanties et prestations</b>	<b>12</b>
Article 9 – Bénéficiaires des garanties	12
Article 10 – Prestations garanties	13
<b>Titre IV – Risques et prestations exclus</b>	<b>23</b>
Article 11 – Risques exclus	23
Article 12 – Prestations exclues	23
<b>Titre V – Les cotisations</b>	<b>25</b>
Article 13 – Taux et base de calcul	25
Article 14 – Paiement des cotisations	25
Article 15 – Non paiement des cotisations	25
<b>Titre VI – Définitions</b>	<b>26</b>

# TITRE I – OBJET ET BASES DU CONTRAT

## Article 1 – Objet du Contrat

Le contrat d'Assurance Collective est régi par le Code des assurances, notamment par les dispositions du Titre IV du livre I dudit Code relatif aux Assurances de Groupe. Les déclarations, tant de l'Association souscriptrice, de l'Entreprise adhérente que des Assurés, lui servent de base.

Il a pour objet de garantir aux salariés de l'Entreprise adhérente, de toute nationalité et ayant le statut d'expatrié dans le monde entier, le remboursement des frais médicaux.

Il est constitué :

- du certificat d'adhésion rempli et signé par le représentant de PREVINTER et l'Entreprise adhérente,
- d'une Notice d'information remise à PREVINTER par l'Assureur qui précise les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La totalité du personnel salarié expatrié de l'Entreprise adhérente tel que défini contractuellement doit obligatoirement être assurée par le présent Contrat.

## Article 2 – Effet, durée et renouvellement du contrat

Le contrat prend effet le 1<sup>er</sup> Janvier 2018 pour une période se terminant le 31 décembre 2018, sous réserve de sa signature par l'Association souscriptrice PREVINTER.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1<sup>er</sup> janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une des parties au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Le contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'Assureur :

- suite à une liquidation judiciaire de l'Association souscriptrice,
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités définies à l'Article 15 du contrat,
- à la date de résiliation du certificat d'adhésion de l'Entreprise Adhérente.

## Article 3 – Effet, durée et renouvellement du certificat d'adhésion

Pour l'Entreprise Adhérente, l'adhésion à l'assurance est constatée **par un certificat d'adhésion signé par PREVINTER et par l'Entreprise adhérente** qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhésion,
- la date d'effet de l'assurance,
- la catégorie de bénéficiaires,
- la zone de couverture,
- la nature et le montant des garanties souscrites,
- le montant des cotisations.

Pour l'Entreprise Adhérente, l'assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2018, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'Entreprise Adhérente au moyen d'une lettre recommandée envoyée à l'Association souscriptrice au plus tard le 31 octobre précédent, la résiliation devenant effective au 31 décembre de l'année en cours. L'Association souscriptrice s'engage à en informer immédiatement l'Assureur.

Le certificat d'adhésion peut également prendre fin :

- à la date à laquelle l'Entreprise adhérente n'est plus adhérente de PREVINTER,
- à la date de résiliation du présent contrat.

## Article 4 – Obligations de l'Association souscriptrice et de l'Entreprise adhérente

### Obligations de l'Association souscriptrice

PREVINTER s'engage à :

- remettre à l'Entreprise adhérente, la Notice d'information, transmise par l'Assureur, résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- informer par écrit l'Entreprise adhérente des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à ses droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'adhésion.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte par l'Association Souscriptrice, l'Assureur est en droit, en application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, soit d'invoquer la nullité du contrat, soit d'en poursuivre l'exécution aux nouvelles conditions qu'il fixera.

### Obligations de l'Entreprise adhérente

PREVINTER s'engage à informer l'Entreprise adhérente des obligations énumérées ci-après. L'Entreprise adhérente s'engage donc :

**4.1** à affilier à l'assurance, la totalité des membres présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel expatrié défini au présent contrat, et ceci pour l'ensemble des garanties souscrites par l'Entreprise adhérente.

**4.2** à fournir les pièces suivantes à l'Assureur, par l'intermédiaire de l'Association souscriptrice :

**4.2.1** Lors de sa demande d'adhésion :

- un formulaire d'adhésion signé par l'Entreprise adhérente sur lequel figurent, la catégorie de personnel expatrié à assurer, le niveau des garanties retenues et les taux de cotisation et y sont joints :
  - la liste nominative des membres appartenant à la catégorie de personnel expatrié à assurer, distinguant si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont atteints d'incapacité de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, ou sont en mi-temps thérapeutique, ou en congé de maternité ou paternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu ; cette liste doit être également signée par l'Entreprise adhérente,
  - les documents d'affiliation des membres appartenant à la catégorie de personnel expatrié à assurer, qu'ils soient ou non présents au travail, mentionnant leur pays d'expatriation.

**4.2.2** Dans les quinze jours qui suivent leur prise de fonctions ou leur nomination (changement de catégorie) :

- les formulaires d'affiliation des nouveaux membres admissibles. Si ce délai n'est pas respecté, l'affiliation ne sera effective qu'au jour de réception par l'Assureur de ce document d'affiliation, même si des cotisations ont déjà été versées par l'Entreprise adhérente pour les intéressés.

**4.2.3** Le règlement de la cotisation tel que prévu à l'article 14, aux dates mentionnées sur l'appel de cotisation envoyé par l'Assureur, accompagné s'il y a lieu, des modifications survenues :

- dans la composition du personnel assuré, avec indication des dates d'entrée ou de sortie et le motif du départ (notamment, le retour dans le pays d'origine, la maladie de longue durée ou autre, le départ en retraite ou préretraite, le licenciement, la démission, etc.),
- dans le changement du pays d'expatriation,
- dans le pays d'origine,
- dans la situation de famille et les charges de famille,
- dans l'adresse ou la raison sociale de l'Entreprise adhérente. le bordereau de régularisation annuelle, fourni par l'Assureur avec l'indication des personnes assurées au cours de l'exercice écoulé, ainsi que les dates d'entrée et de sortie.

**4.3 à remettre à chaque Assuré**, la Notice d'information transmise par l'Association souscriptrice, résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre.

**4.4 à informer par écrit les Assurés** des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'adhésion.

## Article 5 – Autres dispositions

### 5.1 Clause de globalisation des résultats

Au titre de chaque exercice civil et de l'ensemble des adhésions au contrat expatrié auquel la présente adhésion appartient, l'Assureur établit des comptes de résultats communs en fonction des ressources et des charges qui leur sont imputables.

### 5.2 Révision

Les conditions du présent Contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Si ces dernières venaient à être modifiées en cours du Contrat, celui-ci continuerait de s'appliquer compte tenu des dispositions précitées en vigueur avant l'effet de ces modifications.

Toutefois, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision du Contrat, au plus tôt, à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

L'Association souscriptrice conserve néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant la proposition de l'Assureur la résiliation de l'adhésion sans délai de préavis.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande de l'Association souscriptrice ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

### 5.3 Déclaration des sinistres

L'imprimé de déclaration est fourni par l'Assureur et doit lui être adressé accompagné des pièces justificatives.

La déclaration de sinistre dématérialisée est autorisée dans la limite de 500€ par facture, cette limite étant portée à \$500 pour les adhésions en devise US Dollar.

L'Assuré doit cependant conserver ses documents originaux pendant deux ans à compter de la date de soins pour l'hospitalisation et les actes médicaux et à compter de la date de facturation pour les autres prestations. L'Assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ses originaux durant cette période.

En dehors des cas de dématérialisation autorisés ci-dessus, aucune copie, photocopie ou duplicata de factures n'est accepté(e).

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Assuré ou à ses personnes à charge que ceux-ci lui fournissent l'ensemble des informations nécessaires au traitement de leurs données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. L'Assureur pourra pour ce faire avoir accès à leurs dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

Toute information fournie par l'Assuré ou l'une des personnes à sa charge qui s'avèrera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Assuré et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

**Sauf cas de force majeure, les frais médicaux non déclarés dans les six mois qui suivent leur survenance seront exclus de la garantie et à ce titre non indemnisés, sous réserve que l'absence ou le retard de déclaration ait causé un préjudice à l'Assureur.**

#### **5.4 Champ de couverture des garanties**

Les garanties peuvent intervenir, 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle en cas de maladie ou d'accident et dans la zone géographique telle qu'indiquée à l'Article 10.1.2.

#### **5.5 Prescription**

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci après:

##### Article L.114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

##### Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

##### Article L.114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

#### **Information complémentaire :**

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil.

#### **5.6 Recours**

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

**L'Assureur renonce à toute action récursoire contre l'Entreprise adhérente.**

#### **5.7 Réclamation**

En cas de difficultés, l'Entreprise adhérente ou les Assurés doivent d'abord consulter le Gestionnaire MSH International par écrit à l'adresse suivante : MSH International, Service réclamation, Season, 39 rue



Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17 France. Si à la suite de ce premier contact un différend éventuel persistait, ils ont la possibilité de s'adresser à MSH International, Service réclamation, Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17 France. Si à la suite de ce premier contact un différend éventuel persistait, vous avez la possibilité de vous adresser au Médiateur de la Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurances, compétent pour toute réclamation d'un particulier, 91 rue Saint Lazare, 75009 PARIS, ou à l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Si, sa réponse ne satisfait pas à l'attente des Assurés ou de l'Entreprise adhérente, ces derniers peuvent adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à :

**AWP Health & Life S.A. - Relations Clients, Case Courrier 2513, 20 place de Seine, 92086 Paris La Défense Cedex.**

**Courriel : [client.care@allianzworldwidecare.com](mailto:client.care@allianzworldwidecare.com)**

AWP Health & Life S.A. adhère à la charte de la médiation de l'Assurance. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, l'Entreprise adhérente ou les Assurés ont la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur de l'Assurance,

- par voie postale à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance  
TSA 50 110  
75 441 Paris Cedex 09

- ou via son site internet :

<https://www.mediation-assurance.org/>

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

## **5.8 Protocole de délégation de gestion**

Un protocole de délégation de gestion sera établi qui précisera les opérations relatives au présent contrat que l'Assureur délègue à MSH, notamment le recouvrement et gestion des cotisations, la constitution des dossiers sinistres et le règlement des sinistres.

## **5.9 CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et les Libertés)**

Les informations concernant l'Association souscriptrice, l'Entreprise Adhérente ou les Assurés sont utilisées pour la gestion des contrats. Ceux-ci bénéficient d'un droit accès, de rectification et d'opposition conformément aux termes de la Loi 78-17 du 06.01.1978.

## **5.10 Clause de limitation ou d'exclusion pour cause de sanction**

L'Assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance, ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

## TITRE II – LES ASSURES

### Article 6 – Conditions d’admission

Est affiliable, l’ensemble des salariés de l’Entreprise adhérente, de toute nationalité et ayant le statut d’expatrié dans le monde entier.

Les membres de la catégorie de personnel à assurer doivent, au moment de leur affiliation, remplir et signer le formulaire d’affiliation fourni par l’Assureur.

**Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l’Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l’Assurance contre son gré tant qu’il fait partie de la catégorie de personnel expatrié à assurer sous réserve des dispositions de l’article L. 141-3 du Code des assurances.**

### Article 7 – Entrée en vigueur des garanties pour l’Entreprise adhérente

Lorsque l’adhésion a pris effet pour l’Entreprise adhérente, les garanties sont effectives pour chaque membre du personnel de la catégorie assurée qui prend la qualité d’Assuré aux dates suivantes :

**7.1** personnel de la catégorie assurée affilié lors de la prise d’effet de l’adhésion :

- dès cette dernière date, sous réserve du respect des dispositions de l’article 4.2.1,

**7.2** personnel de la catégorie assurée affilié postérieurement à la date d’effet de l’adhésion :

- à sa date d’entrée dans la catégorie de personnel à assurer si le formulaire d’affiliation est reçu dans les quinze jours suivant cette dernière date, à la date de réception de cette demande dans le cas contraire, même si des cotisations ont déjà été versées par l’Entreprise adhérente pour ce personnel expatrié.

**7.3** Les garanties au profit des membres de la famille définis à l’article 9 prennent effet en même temps que celles en faveur de l’Assuré ou, postérieurement, dès que les intéressés remplissent les conditions telles qu’elles sont requises.

### Article 8 – Cessation (ou suspension) des garanties

Une fois admis à l’assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de fausse déclaration, l’Assuré ne peut en être exclu tant qu’il remplit les conditions pour en bénéficier.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

**8.1** pour chaque Assuré :

- à la date à laquelle il cesse d’appartenir à la catégorie de personnel assuré à laquelle le présent contrat se réfère,
- à la date de rupture du contrat de travail régissant son expatriation avec l’Entreprise adhérente (démission, licenciement, retraite, etc.),
- à la date de liquidation d’une pension de vieillesse ou de toute autre pension assimilée.
- ou au plus tard au jour de son 67<sup>ème</sup> anniversaire.

**8.2** pour la totalité des Assurés appartenant à la catégorie de personnel assuré précitée :

- à la date de résiliation du présent contrat,
- à la date de résiliation du certificat d’adhésion de l’Entreprise adhérente.

En cas de suspension du travail pour toute autre raison que les congés payés annuels, une maladie, un accident, une maternité ou une paternité, les garanties sont elles-mêmes suspendues pendant la même période et avec les mêmes effets que leur cessation.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément, tant pour l'Assuré que pour les membres de sa famille s'ils étaient garantis, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant ladite date.

## TITRE III – LES GARANTIES ET PRESTATIONS

### Article 9 – Bénéficiaires des garanties

Les Assurés et les membres de leur famille désignés ci-après :

- **Le conjoint** non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif. Sont assimilés au conjoint son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.), ou, à défaut, son concubin. Selon le cas, une copie du P.A.C.S. ou un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de vie commune devront être fournis à l'Assureur.

Une seule personne sera prise en charge à ce titre en tant que bénéficiaire.

- **Les enfants** de l'Assuré et/ou du conjoint (ou, en l'absence de conjoint, enfants du concubin visé ci-dessus, ou enfants du partenaire lié par un P.A.C.S.) définis ci-après, à condition qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée et soient fiscalement à la charge de l'Assuré :
  - âgés de moins de 21 ans,
  - âgés de 21 ans à moins de 26 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures, sous réserve qu'ils n'exercent pas une activité rémunérée pendant plus de trois mois par an, ou en formation en alternance rémunérés par leur école, effectuant un stage rémunéré en entreprise dans le cadre de leur scolarité, sous contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation, sous réserve que la rémunération mensuelle n'excède pas 1090 euros,
  - sans limite d'âge, s'ils sont physiquement ou mentalement handicapés et sous réserve que le handicap ait été médicalement reconnu avant le 20<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant.

Les enfants étudiants doivent, lorsque cela est possible, adhérer au régime de Sécurité sociale du pays dans lequel ils étudient. Le régime frais de santé interviendra en complément des garanties de la Sécurité sociale dudit pays.

Concernant les enfants étudiants, un certificat de scolarité sera requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année universitaire.

Concernant les enfants handicapés, la preuve du handicap est requise à l'adhésion et doit être régulièrement soumise à la vérification de l'Assureur, sur sa demande.

Les garanties cessent pour les bénéficiaires à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessus.

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

# Article 10 – Prestations garanties

## 10.1 Nature

**10.1.1** La garantie consiste à rembourser, pour les actes et soins prévus par le régime adopté, les frais engagés par l'Assuré.

Les soins doivent être reconnus par les autorités médicales locales et prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément (en règle vis à vis des dispositions législatives, réglementaires ou autres concernant l'exercice de la profession dans le pays concerné).

Si l'un des bénéficiaires de l'Assuré est couvert par un régime obligatoire d'assurance santé local, des prestations le concernant seront déduites des prestations reçues de la part de cet organisme.

**Par ailleurs, les demandes de remboursement ne seront honorées que si l'Assureur estime que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable et habituel dans le pays où le traitement est administré. Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit de réduire le montant de ses prestations.**

Le coût « RAISONNABLE ET HABITUEL » est le montant le plus bas entre le coût demandé par le prestataire et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des prestataires de niveau professionnel identique.

Le coût « RAISONNABLE ET HABITUEL » d'un service varie suivant le type de traitement, la qualité du service et de l'équipement, le lieu et le pays où les soins sont reçus. L'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'hospitalisation, à ce qui prévaut généralement dans la région où le patient est traité.

### 10.1.2 Champ d'application territorial des garanties

Les frais médicaux doivent avoir été exposés pendant la période d'assurance dans la zone de couverture définie comme suit et choisie à l'adhésion et fixée aux Conditions Particulières.

**Zone 5** : USA + Zones 1, 2, 3, 4

**Zone 4** : Bahamas, Brésil, Chine, Hong Kong, Jersey, Royaume-Uni, Saint-Barthélemy, Saint Martin, Suisse et Singapour + Zones 1, 2, 3

**Zone 3** : Australie, Autriche, Canada, Émirats Arabes Unis, Espagne, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Japon, Monaco, Nouvelle-Zélande, Polynésie Française, Portugal, Qatar, Saint Pierre et Miquelon, Taiwan, Turquie, Russie et Vanuatu + Zones 1, 2

**Zone 2** : Afrique du Sud, Andorre, Angola, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Biélorussie, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Équateur, Finlande, France, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Mexique, Mozambique, Norvège, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, République Dominicaine, République Tchèque, Slovaquie, Suède, Thaïlande, Ukraine, Uruguay, Venezuela, Vietnam et Wallis et Futuna + Zone 1

**Zone 1** : Monde entier hors pays des Zones 2 à 5.

Le Pays de résidence principale ou d'expatriation de l'Adhérent détermine la « zone de couverture minimale à souscrire », dans laquelle les garanties sont acquises.

Il est précisé que :

- pour des raisons de lisibilité de la carte, certaines îles et territoires ne figurent pas dans la liste de pays. La liste complète, comprenant chaque pays, îles ou territoires est disponible en annexe.
- une zone de couverture supérieure à celle du pays de résidence principale ou d'expatriation peut être souscrite, notamment si le pays d'origine est situé dans une zone de couverture supérieure.
- les garanties sont acquises dans la zone de couverture sélectionnée ainsi que dans la ou les zones de couverture inférieures (par exemple si la zone de couverture souscrite est la zone 3, les garanties sont acquises en zone 3, 2 et 1).
- les garanties sont également acquises, pour les seuls soins à prodiguer d'urgence, dans le monde entier en dehors de la zone de couverture sélectionnée si celle-ci est supérieure à la zone de couverture sélectionnée, lors de séjours ponctuels (voyages à titre professionnel ou touristique) d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs (seulement s'ils font suite à un accident ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le pays de résidence principale ou à une dégradation d'une maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'assuré)
- dans un pays tiers :
  - lors d'un déplacement d'une durée de moins de soixante (60) jours pour les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence tel que ces termes sont définis dans le Titre VI à la condition que le traitement ait été pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou que l'hospitalisation ait été nécessitée par la cause directe de l'urgence et qu'elle intervienne dans les vingt-quatre heures,
  - dans les autres cas, après accord exprès de l'Assureur.

## 10.2 Montant des prestations

### 10.2.1 Choix des formules

Le choix de la formule est effectué par l'Entreprise adhérente lors de son adhésion à l'Association souscriptrice. Il ne peut être modifié qu'au moment du renouvellement de l'adhésion et sous réserve de l'acceptation de l'Assureur.

Quatre formules de couvertures sont proposées au titre du contrat :

- Quartz
- Pearl
- Sapphire
- Diamond

De plus, deux options complémentaires peuvent être souscrites :

- Optique/Dentaire
- Maternité (l'option Maternité ne peut être souscrite qu'en complément de l'option Optique/Dentaire)

La couverture est assortie de 4 niveaux de franchises définis à l'adhésion :

- Sans franchise
- 500 € / \$
- 1 000 € / \$
- 2 500 € / \$
- 5 000 € / \$

Il s'agit d'une franchise par famille.

**Le choix effectué par l'Entreprise est défini aux conditions Particulières.**

### **10.2.2 Montant des prestations**

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités prévues au tableau de garanties ci-après.

**Le caractère raisonnable ou habituel est apprécié en fonction de la pratique médicale prévalant dans le pays où les soins sont dispensés (type de traitement, qualité des soins et des équipements, zone géographique et pays) et est soumis à des normes de codification et de tarification des actes et des traitements référencés ou nomenclaturés dans chaque pays.**

**Le caractère déraisonnable et inhabituel peut donc entraîner un refus de prise en charge ou une limitation du montant du remboursement.**

Les prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout autre régime de frais médicaux (Sécurité sociale, assurance privée de santé, ...), dont l'assuré et ses ayants droits, tels que défini à l'article 9, pourraient bénéficier personnellement.

### **10.2.3 Liste des frais médicaux ouvrant droit à prestation**

**Hospitalisation médicale et chirurgicale :**

**(y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)**

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux ci-après (sous réserve des dispositions particulières du paragraphe relatives aux frais d'accouchement) :

- frais de séjour,
- frais du forfait journalier pour les hospitalisations en France,
- frais de supplément de chambre semi-particulière ou particulière de niveau standard ou inférieur,
- actes de chirurgie, actes d'anesthésie, réanimation,
- frais de salle d'opération,
- consultations,
- actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues),
- actes de biologie médicale,
- actes utilisant des radiations ionisantes (IRM, radiologie, scannographie, tomographie),
- frais pharmaceutiques,
- frais de lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans hospitalisé. frais postopératoires prescrits par le praticien ayant effectué l'intervention chirurgicale et exposés dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hôpital,
- frais de chirurgie réparatrice, pour les seuls soins consécutifs à un accident.

Ces frais doivent avoir été exposés dans les établissements ci-après (ou dans des établissements assimilés s'agissant de frais exposés en dehors de la France) :

- hôpitaux, cliniques médicales, médico-chirurgicales, obstétricales,
- établissements privés pour maladies nerveuses et mentales (ou établissements assimilés), maison de convalescence uniquement si la convalescence fait suite à hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale lourde.

## **Médecine ambulatoire courante**

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux ci-après :

- Consultations et visites (hors dentistes, ophtalmologistes et psychiatres),
- Actes d'auxiliaires médicaux (orthophonie, orthoptie, kinésithérapie, ostéopathie, chiropractie) prescrits médicalement,
- Homéopathie, acupuncture, médecine traditionnelle chinoise, psychologie
- Actes de biologie médicale,
- Actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes, (IRM, radiologie, scanographie, tomographie)
- Actes de petite chirurgie,
- Frais pharmaceutiques prescrits médicalement.

Lesdits frais exposés en hôpital mais n'entrant pas dans le cadre du paragraphe relatif à l'hospitalisation médicale et chirurgicale sont considérés comme de la médecine ambulatoire courante.

Est qualifié d'ambulatoire, tout traitement qui ne nécessite pas un séjour dans un établissement hospitalier entraînant la facturation de frais de séjour.

Les consultations de psychiatrie sont couvertes (sauf formule Quartz) mais sont encadrées (plafond de couverture et nombre limite de consultations dans l'année).

## **Wellbeing (prevention) & Wellness (bien-être) :**

*Vaccins et médicaments préventifs*

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux ci-après :

- Produits pharmaceutiques préventifs, prescrits médicalement et obligatoires pour le pays d'expatriation de l'Assuré,
- Vaccinations et antipaludiques, prescrits médicalement, exigés à l'entrée du pays d'expatriation ou conseillés d'un point de vue médical pour le pays d'expatriation de l'Assuré.

## *Bilans de santé*

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux ci-après :

- ECG, NFS plaquettes, VS,
- Créatine, Glycémie, Cholestérol total, Triglycérides,
- Alat Asat, Gamma GT,
- Hépatite antigène HBS, Hépatite anticorps HBC, Hépatite anticorps HVC,
- Examens d'urine.

Le bilan de santé de pré-expatriation doit avoir lieu dans les deux mois suivant la date d'expatriation.

## **Optique médicale**

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux ci-après :

- verres à l'exception de tout supplément (solaire, étui, produits d'entretien, traitement des verres...),
- montures,
- lentilles de contact correctives, y compris les lentilles jetables, prescrites médicalement,
- chirurgie au laser pour corriger la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme et kératocône.

## **Dentaire**

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux ci-après :

- consultations de dentistes, radiologie,
- soins dentaires (soins conservateurs et chirurgicaux, inlays d'obturation, onlays d'obturation),
- prothèses dentaires conjointes : couronnes, dent à tenon, inlays cores,
- prothèses dentaires adjointes : appareillage mobile,
- implants dentaires (fixture, pilier, couronne),
- parodontologie : gingivectomie, curetage-surfçage, lambeaux,
- greffe osseuse autogène en onlay pré-implantaire,
- greffe osseuse autogène sous sinusienne pré-implantaire,



- orthopédie dento-faciale (traitement entrepris avant le 16<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant ayant droit et limité à 3 ans maximum pour toute la durée de vie du contrat). Ce poste comprend à la fois la pose de l'appareillage et le traitement.

### **Autres prothèses**

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux ci-après :

- appareils de surdité,
- prothèses médicales orthopédiques.

### **Maternité**

Ouvrent droit à prestation les frais d'accouchement sauf :

- les frais de chambre particulière pris en charge au titre du paragraphe relatif à l'hospitalisation,
- les examens pré et post accouchement pris en charge au titre du paragraphe relatif à la médecine ambulatoire courante.

### **Assistance médicale à la procréation**

Ouvrent droit à prestation :

- les frais de recherche des causes d'infertilité,
- les frais relatifs à la fécondation (consultations, actes de chirurgie, actes de biologie médicale),
- les frais pharmaceutiques.

S'agissant de la fécondation in vitro, la tentative est définie par le prélèvement d'ovocyte chez la femme. S'agissant de l'insémination intra-utérine, la tentative est définie comme étant l'acte d'insémination.



# Tableau des garanties Santé

Niveau de couverture	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Plafond global de la couverture santé	500 000 €/€\$	1 000 000 €/€\$	1 500 000 €/€\$	2 500 000 €/€\$
<b>HOSPITALISATION</b>				
Chambre d'hôpital prise en charge	Chambre particulière (et de standard inférieur) jusqu'à 150 €/€\$ par jour	Chambre particulière (et de standard inférieur) jusqu'à 200 €/€\$ par jour	Chambre particulière (et de standard inférieur) jusqu'à 300 €/€\$ par jour	Chambre particulière (et de standard inférieur) jusqu'à 100%
Frais de séjour pour un parent accompagnant un enfant - 18 ans à l'hôpital	Jusqu'à 350 €/€\$ par an	Jusqu'à 500 €/€\$ par an	Jusqu'à 800 €/€\$ par an	100%
Hospitalisation de jour (dont chirurgie ambulatoire)	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation d'urgence dans la zone de couverture sélectionnée	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation d'urgence hors zone de couverture sélectionnée, pour tout déplacement de moins de 60 jours consécutifs dans la limite de 90 jours de déplacements hors zone par année d'assurance	100% jusqu'à 60 jours par an	100% jusqu'à 60 jours par an	100% jusqu'à 60 jours par an	100% jusqu'à 60 jours par an
Soins intensifs	100%	100%	100%	100%
Actes de chirurgie, incluant les honoraires chirurgicaux, de bloc opératoire et d'anesthésie	100%	100%	100%	100%
Consultations de médecins généralistes et spécialistes incluant les actes de spécialistes	100%	100%	100%	100%
Soins dentaires et ophtalmologiques d'urgence avec hospitalisation	100%	100%	100%	100%
Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie	100%	100%	100%	100%
Médicaments sur prescription	100%	100%	100%	100%
Dialyse rénale	100%	100%	100%	100%
Soins oncologiques (traitement du cancer)	100%	100%	100%	100%
Traitement du SIDA	100%	100%	100%	100%
Prothèses/dispositifs chirurgicaux et médicaux internes	100%	100%	100%	100%
Prothèses/dispositifs chirurgicaux et médicaux externes (pour chaque prothèse dans la limite de 2 prothèses)	100% jusqu'à 1 500 €/€\$	100% jusqu'à 2 300 €/€\$	100% jusqu'à 3 000 €/€\$	100%
Soins palliatifs	100% jusqu'à 12 500 €/€\$	100% jusqu'à 20 000 €/€\$	100% jusqu'à 30 000 €/€\$	100%
Greffe d'organe (frais de séjour, de soins et honoraires d'hospitalisation)	100%	100%	100%	100%
Frais médicaux en vue d'une greffe d'organe (prise en charge des dépenses médicales et frais de transport y/c pour le donneur d'organe)	Non couvert	100% jusqu'à 3 500 €/€\$ par greffe	100% jusqu'à 5 000 €/€\$ par greffe	100% jusqu'à 7 000 €/€\$ par greffe
Physiothérapie/kinésithérapie, chiropractie et ostéopathie	100% jusqu'à 1 300 €/€\$ par an	100% jusqu'à 3 000 €/€\$ par an	100% jusqu'à 6 000 €/€\$ par an	100%
Traitements et soins psychiatriques	Non couvert	100% jusqu'à 4 500 €/€\$ (dans la limite de 10 j/an)	100% jusqu'à 8 000 €/€\$ (dans la limite de 20 j/an)	100% (dans la limite de 30 j/an)
<b>SOINS CONSÉCUTIFS À UNE HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE</b>				
Hospitalisation à domicile (sur prescription)	Non couvert	100% jusqu'à 2 000 €/€\$ par an	100% jusqu'à 20 jours par an	100% jusqu'à 30 jours par an
Chirurgie réparatrice suite à un accident survenant pendant la période de couverture	100%	100%	100%	100%
Rééducation immédiate suite à une hospitalisation, entamée dans les 30 jours qui suivent l'hospitalisation	100% jusqu'à 20 jours par an	100% jusqu'à 20 jours par an	100% jusqu'à 30 jours par an	100% jusqu'à 30 jours par an
<b>ASSISTANCE DANS LE CADRE DE VOTRE GARANTIE HOSPITALISATION</b>				
Évacuation médicale : transport local en ambulance ou appareil sanitaire aérien vers l'hôpital le plus proche	Pris en charge par Europ Assistance			
Assistance médicale	Mise en relation des Médecins d'Europ Assistance avec les médecins locaux, voire votre médecin traitant			



# Tableau des garanties Santé (suite)

Niveau de couverture	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Plafond global de la couverture santé	500 000 €/€	1 000 000 €/€	1 500 000 €/€	2 500 000 €/€
<b>MÉDECINE COURANTE</b>				
Consultations de médecins généralistes et de médecins spécialistes (sauf dentistes, ophtalmologistes et psychiatres), actes de spécialistes	100% jusqu'à 100 €/€ par acte ou consultation	100% jusqu'à 150 €/€ par acte ou consultation	100% jusqu'à 200 €/€ par acte ou consultation	100%
Soins dentaires et ophtalmologiques d'urgence sans hospitalisation	Non couvert	Non couvert	Jusqu'à 600 €/€ par an	Jusqu'à 1 000 €/€ par an
Séances prescrites d'orthophonie, d'orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers	100% jusqu'à 600 €/€ par an	100% jusqu'à 2 000 €/€ par an	100% jusqu'à 2 500 €/€ par an	100%
Kinésithérapie, ostéopathie et chiropractie <u>sur</u> prescription	100% jusqu'à 1 300 €/€ par an, limité à 10 séances par an	100% jusqu'à 2 500 €/€ par an, limité à 15 séances par an	100% jusqu'à 4 500 €/€ par an, limité à 20 séances par an	100% jusqu'à 30 séances par an
Kinésithérapie, ostéopathie et chiropractie <u>sans</u> prescription*	100% jusqu'à 5 séances, avec un maximum de 60 €/€ par séance	100% jusqu'à 10 séances, avec un maximum de 130 €/€ par séance	100% jusqu'à 20 séances, avec un maximum de 200 €/€ par séance	100% jusqu'à 30 séances
Homéopathie, acupuncture, médecine traditionnelle chinoise, psychologie*	100% jusqu'à 5 séances, avec un maximum de 60 €/€ par séance	100% jusqu'à 10 séances, avec un maximum de 130 €/€ par séance	100% jusqu'à 15 séances, avec un maximum de 200 €/€ par séance	100% jusqu'à 20 séances
Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie, examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire	100% jusqu'à 2 500 €/€ par an	100% jusqu'à 4 500 €/€ par an	100% jusqu'à 9 500 €/€ par an	100%
Médicaments sur prescription	100% jusqu'à 2 000 €/€ par an	100% jusqu'à 5 000 €/€ par an	100% jusqu'à 10 000 €/€ par an	100%
Médicaments sur prescription pour affection de longue durée	100% jusqu'à 6 000 €/€ par an, avec un maximum pour la vie de 36 000 €/€	100% jusqu'à 10 000 €/€ par an, avec un maximum pour la vie de 60 000 €/€	100% jusqu'à 15 000 €/€ par an, avec un maximum pour la vie de 90 000 €/€	100%
Psychiatrie (délai de carence de 12 mois)	Maximum de 5 sessions par an	Maximum de 10 sessions par an	Maximum de 15 sessions par an	Maximum de 20 sessions par an
Equipement médical prescrit	100% jusqu'à 1 300 €/€ par an	100% jusqu'à 2 000 €/€ par an	100% jusqu'à 3 000 €/€ par an	100% jusqu'à 5 000 €/€ par an
<b>WELLBEING (PRÉVENTION) &amp; WELLNESS (BIEN-ÊTRE)</b>				
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour adultes (20 ans et +)	100% jusqu'à 200 €/€ par an	100% jusqu'à 400 €/€ par an	100% jusqu'à 600 €/€ par an	100%
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour enfants (-20 ans)	100%	100%	100%	100%
Bilan de santé (y compris le bilan de pré-expatriation)	Non couvert	100% jusqu'à 300 €/€ tous les 3 ans	100% jusqu'à 600 €/€ tous les 2 ans	100% jusqu'à 1 200 €/€ par an
Forfait Prévention, pour tous les actes listés ci-dessous	Non couvert	100% jusqu'à 600 €/€	100% jusqu'à 1 000 €/€	100%
Frottis cervico-utérin (1 par an)	Non couvert		Inclus	
Mammographie pour les femmes de 45 ans et + (tous les deux ans)	Non couvert		Inclus	
Dépistage du cancer de la prostate pour les hommes de 45 ans et + (tous les ans)	Non couvert		Inclus	
Dépistage du cancer de la cavité buccale (tous les 5 ans)	Non couvert		Inclus	
Coloscopie, à partir de 50 ans (tous les 5 ans)	Non couvert		Inclus	
Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles	Non couvert		Inclus	
Ostéodensitométrie, pour les femmes de 45 ans et + (tous les 5 ans)	Non couvert		Inclus	
Diététicien	Non couvert	Non couvert	2 séances par an, jusqu'à 200 €/€ par consultation	3 séances par an, jusqu'à 250 €/€ par consultation
Substituts nicotiques	Non couvert	60 €/€ par an	90 €/€ par an	120 €/€ par an



## Tableau des garanties Dentaire/Optique

Niveau de couverture	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
<b>DENTAIRE</b>				
Soins dentaires courants, prothèses et implants dentaires, chirurgie dentaire, parodontologie	100% jusqu'à 300 €/€\$ par dent et 1 200 €/€\$ par an	100% jusqu'à 500 €/€\$ par dent et 2 000 €/€\$ par an	100% jusqu'à 600 €/€\$ par dent et 2 400 €/€\$ par an	100% jusqu'à 750 €/€\$ par dent et 4 000 €/€\$ par an
Orthodontie jusqu'à 16 ans	Non couvert	100% jusqu'à 1 000 €/€\$ par an pendant 3 ans	100% jusqu'à 1 500 €/€\$ par an pendant 3 ans	100% jusqu'à 2 000 €/€\$ par an pendant 3 ans
<b>OPTIQUE</b>				
Verres et monture, lentilles correctrices y compris les lentilles jetables, dans la limite d'une paire tous les 2 ans, et frais de traitements chirurgicaux des corrections visuelles (myopie, hypermétropie, astigmatie, kératocône)	100% jusqu'à 200 €/€\$	100% jusqu'à 350 €/€\$	100% jusqu'à 500 €/€\$	100% jusqu'à 750 €/€\$
Consultations d'ophtalmologistes	100% jusqu'à 100 €/€\$ par an	100% jusqu'à 150 €/€\$ par an	100% jusqu'à 200 €/€\$ par an	100%



## Tableau des garanties Maternité

Niveau de couverture	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
<b>MATERNITÉ</b>				
Séances de préparation à l'accouchement, soins pré et postnatals reçus par la mère et Soins immédiats du nouveau-né	100% jusqu'à 4 000 €/€\$ par an	100% jusqu'à 6 000 €/€\$ par an	100% jusqu'à 10 000 €/€\$ par an	100%
Accouchement sans complication (simple ou multiple)				
Complications à l'accouchement	Plafond ci-dessus doublé	Plafond ci-dessus doublé	100%	100%
Traitement de l'infertilité	Non couvert	100% jusqu'à 1 000 €/€\$ par tentative (dans la limite de 4 000 €/€\$ pour toute la vie)	100% jusqu'à 1 500 €/€\$ par tentative (dans la limite de 6 000 €/€\$ pour toute la vie)	100% jusqu'à 2 000 €/€\$ par tentative (dans la limite de 8 000 €/€\$ pour toute la vie)

## 10.3 Acceptation préalable – Limitation aux frais réels

### 10.3.1 Entente préalable

Les actes soumis à entente préalable, tels que décrits dans le présent article, doivent faire l'objet d'une demande auprès de la Commission Médicale du Délégué de Gestion désigné par l'Assureur.

#### HOSPITALISATION

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale, au moins 10 JOURS avant l'hospitalisation, la DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE remplie et signée par le praticien.

En cas d'urgence manifeste, la demande d'entente préalable doit être adressée à l'Assureur dans les 5 JOURS qui suivent l'entrée à l'hôpital, avec mention du caractère urgent de l'hospitalisation.

Pour toute prolongation de l'hospitalisation au-delà de 30 JOURS, la demande d'entente préalable doit être renouvelée tous les 30 JOURS. Elle doit parvenir à la Commission Médicale dans les 10 PREMIERS JOURS de chaque nouvelle période.

#### MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE ET MEDECINE ALTERNATIVE

Les actes médicaux en série, dès lors que le nombre de séances est supérieur à 5, sont soumis à la formalité de l'entente préalable dès la première séance, notamment :

- les actes d'auxiliaires médicaux (en particulier kinésithérapie, orthophonie...).
- les séances d'homéopathie, d'ostéopathie, d'acupuncture, de chiropractie,
- les séjours en centre médicalisé,
- les séances de psychothérapie (qui seront refusées si les séances ne sont pas prodiguées par un psychologue diplômé),

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale, au moins 10 JOURS avant le début de l'exécution des actes, le formulaire de DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE rempli et signé par le praticien. Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance du médecin prescripteur.

#### DENTAIRE

Sont soumis à la formalité de l'ENTENTE PREALABLE :

- les prothèses, les implants et la chirurgie dentaire, l'Assureur pouvant exiger un contrôle préalable si plus de 3 dents sont concernées,
- l'orthodontie traitement entrepris avant le 16<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant ayant droit),
- la gingivectomie, le curetage-surfçage, les lambeaux,
- la greffe osseuse autogène en onlay pré-implantaire,
- la greffe osseuse autogène sous sinusienne pré-implantaire,

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale, au moins 10 JOURS avant le début de l'exécution des actes, le formulaire de DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE rempli et signé par le praticien, accompagné d'un devis détaillé, d'une radiographie « cliché » et, lorsque plus de 3 dents sont concernées, d'une radiographie panoramique. L'Assureur pourra exiger un contrôle préalable si plus de 3 dents sont concernées.

Cet accord n'est valable que pour les soins débutant dans le mois qui suit l'accord, et dans les limites fixées dans l'accord.

#### AUTRES FRAIS

Sont soumis à la formalité de l'ENTENTE PREALABLE :

- les prothèses médicales autres que dentaires,
- la chirurgie au laser pour corriger la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme et kératocône,
- les bilans de santé,
- les actes liés à l'assistance médicale à la procréation (insémination artificielle, fécondation in vitro).

Le malade doit faire parvenir à la Commission Médicale de l'Assureur, 10 JOURS avant le début de l'exécution des actes, une demande d'ENTENTE PREALABLE.

Cet accord n'est valable que pour les soins débutant dans le mois qui suit l'accord, et dans les limites fixées dans l'accord.

**Par dérogation à l'article visé ci-dessus, si l'assuré n'a pas demandé l'accord préalable, mais que la dépense est justifiée, l'Assureur effectue un règlement DANS LA LIMITE DES PLAFONDS CONTRACTUELS en appliquant une franchise de 20 % du montant qu'il aurait été amené à payer.**

### **10.3.2 Limitation aux frais réels**

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes Assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Assuré est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

## TITRE IV – RISQUES ET PRESTATIONS EXCLUS

### Article 11 – Risques exclus

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent d'une maladie ou un accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.

### Article 12– Prestations exclues

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat, sauf stipulations contraires précisées par option telle que définie à l'article 10.2 du présent chapitre :

- Les traitements en dehors de la zone géographique telle que précisée à l'article 10.1.2., La part des dépenses remboursées ou remboursables par tout organisme de protection sociale (ex. Sécurité sociale) ou par un autre contrat d'assurance,
- Les actes pour lesquels l'Assuré a fait la demande d'entente préalable nécessaire mais qui a été refusée,
- Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties,
- Toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Assureur,
- Les frais annexes ou de confort en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, hôtel, internet),
- Les traitements liés à la toxicomanie,
- Les cures de désintoxication,
- Les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe,
- Toute opération ou traitement lié au changement de sexe,
- Les vérifications, études, traitements, consultations et complications liés à la stérilité, la stérilisation, les dysfonctionnements sexuels, la contraception y compris l'insertion ou l'enlèvement d'appareil(s) contraceptif(s), l'interruption volontaire de grossesse, sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire intervenant dans le respect de la législation locale,
- Toute chirurgie électorale/volontaire et/ou chirurgie plastique/esthétique,
- Les traitements et consultations esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement,
- Les cures thermales,
- Les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalasso-thérapie et centre de remise en forme même si ce séjour est médicalement prescrit,
- Les frais médicaux liés à un séjour en maison de repos et maison de convalescence sauf si ce séjour est consécutif à une hospitalisation ou une intervention chirurgicale grave appréciée par le médecin de l'Assureur,
- Les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveux à moins que ce traitement ne soit lié à une perte des cheveux causée par une maladie grave,
- Les traitements en vue de modifier la réfraction d'un œil ou des yeux (correction oculaire au laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réfractive (KPR),
- Les médicaments sans ordonnance, et les produits non médicamenteux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampoings...

- Les soins prodigués dans un hôpital ou un établissement médical public qui seraient pratiqués gratuitement en l'absence de la présente convention,
- Les actes effectués par une personne ne disposant pas des diplômes requis,
- Tout soin non prescrit par un médecin ou inutile du strict point de vue médical,
- Tout soin médical ou dentaire qui ne répond pas aux normes professionnelles,
- Les traitements pour lutter contre l'obésité,
- Les traitements podologiques ne résultant pas d'un accident ou d'une maladie,
- Les traitements de sevrage tabagique.



## TITRE V – LES COTISATIONS

### Article 13 – Taux et base de calcul

#### 13.1 Cotisations annuelles

Le montant annuel des cotisations est fixé aux Dispositions particulières.

#### 13.2 Indexation

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1<sup>er</sup> janvier en fonction des résultats du Contrat d'assurance de groupe ouvert, souscrit par l'association PREVINTER auprès de l'Assureur, enregistrés au cours de l'année civile écoulée et de la dérive des coûts de santé constatés dans le Monde.

#### 13.3 Révision

Conformément à l'article 5.1, les taux pourront être revus chaque 1<sup>er</sup> janvier en fonction des résultats techniques des contrats de même nature. En cas de désaccord, l'Association souscriptrice pourra demander la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la notification par l'Assureur.

La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée par l'Assureur.

L'Assureur percevra le prorata de cotisation du 1<sup>er</sup> janvier à la date de résiliation, calculé sur la base des taux de cotisation précédemment en vigueur.

### Article 14 – Paiement des cotisations

Les cotisations sont payées trimestriellement à terme échu directement par l'Association souscriptrice qui est seule responsable de leur versement.

Il est également précisé que tout mois d'affiliation d'un assuré entamé est dû par l'Entreprise adhérente. À cet effet, cette dernière complète, selon les indications qu'ils comportent, les bordereaux trimestriels et les bordereaux de régularisation annuels qui lui sont adressés.

### Article 15 – Non paiement des cotisations

**À défaut du paiement des cotisations dans le mois qui suit leur échéance, les garanties sont suspendues TRENTE jours après l'envoi par l'Assureur d'une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L.113-3 du Code des assurances.**

**Si passé ce délai, l'Entreprise n'a pas procédé au paiement demandé, l'adhésion de l'Entreprise pourra être résiliée, sans aucune autre formalité dans les DIX jours suivants.**

## TITRE VI – DEFINITIONS

Les termes et expressions utilisés dans le présent contrat ont le sens mentionné ci-dessous :

### **Accident**

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

### **Auxiliaires médicaux**

Infirmiers, aides-soignants et autre personnel médical disposant des diplômes requis et autorisés à exercer légalement dans le pays de traitement.

### **Bilan de santé**

Examens médicaux entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Ces bilans ont pour objectif d'anticiper la détection des maladies.

### **Frais d'accouchement**

Frais médicaux (incluant chambre double) engagés relatifs à l'accouchement vaginal ou par césarienne si cette dernière est médicalement nécessaire ou habituelle dans le pays de naissance. Toute complication, ainsi que la chambre particulière, seront prises en charge par la garantie « hospitalisation ».

### **Grossesse**

La période allant du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement.

### **Hôpital public**

Désigne un hôpital médical ou chirurgical qui est détenu par l'Etat du pays dans lequel il est situé et qui est entièrement ou partiellement financé par des ressources publiques. Cet hôpital doit être légalement agréé dans le pays de traitement.

### **Hôpital ou établissement régulièrement autorisé**

Désigne une institution légalement agréée comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où elle est située, placée sous le contrôle permanent d'un médecin résident.

### **Maladie grave**

Toute maladie qui fait craindre pour la vie à court ou moyen terme, telle que : cancer, sida, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, maladie cardiaque, neurologique ou respiratoire sévère, insuffisance rénale sévère, diabète avec graves complications.

### **Médicaments prescrits**

Désignent les médicaments dont la vente et l'utilisation sont légalement soumises à l'ordonnance d'un médecin. Les produits qu'il est possible d'acheter sans ordonnance médicale ne sont pas inclus dans cette définition.

### **Pays d'origine**

Est considéré comme pays d'origine celui figurant sur le passeport des assurés et/ou le pays déclaré comme pays d'origine sur le bulletin d'affiliation.

### **Prothèse dentaire**

Soins prothétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'incrustations, ainsi que tous les traitements nécessaires, y compris le remboursement des frais de laboratoire et des composants.

### **Traitement dentaire d'urgence suite à un accident**

Le traitement doit être administré dans les quinze jours et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

## Urgence

Terme utilisé en cas d'accident, de catastrophe naturelle, de commencement ou d'aggravation soudaine d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Assuré ou de l'une des personnes à sa charge.

Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste et une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

## Vaccinations

Immunisations ou injections requises par les Autorités Sanitaires du pays d'expatriation ou d'origine. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont couverts par la garantie « Médecine ambulatoire ».

L'Association souscriptrice reconnaît :

- avoir reçu l'original de la Notice d'information établie par l'Assureur résumant les garanties, les modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- s'engage à en remettre contre récépissé une copie à son adhérent et de l'informer par écrit des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à ses droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toutes modifications tarifaires ou résiliation du présent contrat,
- autoriser l'Entreprise comme un de ses adhérents en vertu de ses Statuts.

Fait à : Paris

Le :

**POUR L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE**  
(Signature et cachet)

**POUR L'ASSUREUR**  
Signature et cachet