

Globality CoGenio[®]

Assurance santé internationale Conditions générales



Globality Health

Premium health insurance worldwide

Un partenaire, une multitude de possibilités.

Où que vous alliez, Globality Health vous accompagne, vous prépare la voie et se charge en toute fiabilité de tout ce qui concerne votre santé. Avec des services sans pareil.

Les conditions générales vous informent de vos droits et *obligations* dans le cadre du contrat. En outre, elles contiennent des informations importantes concernant les garanties. Nous nous réjouissons d'une relation harmonieuse et partenariale et restons à votre entière disposition.

Vous avez des questions concernant la garantie ?

Si des questions subsistent, nous serons ravis d'y répondre personnellement.

Les termes apparaissant en *italique* dans les conditions générales sont définis dans les définitions.

Nous sommes à votre disposition, où que vous soyez :

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg

Téléphone : +352 270 444 3503

Télécopie : +352 270 444 3599

E-mail : service-cogenio@globality-health.com

Internet : www.globality-health.com

La société Foyer Global Health S.A. est soumise au contrôle du Commissariat aux Assurances, 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg

Registre du Commerce (R.C.S. Luxembourg) : B 134.471

Signification des symboles :

✓ Cette prestation est assurée, c'est-à-dire que *nous* prenons en charge les frais remboursables à 100 %, sauf mention contraire dans les garanties.

✗ Aucune prise en charge n'est prévue pour cette prestation.

Sommaire

1. Principales informations à connaître avant de souscrire à l'assurance	4	6. Exclusions	28
1.1 Personnes assurables	4	7. Procédure et dispositions pour le règlement de prestations	32
1.2 <i>Maladies préexistantes</i>	4	7.1 Nécessité médicale	32
1.3 Adhésion à l'assurance	4	7.2 Conditions à respecter pour recevoir le règlement des prestations	32
2. La couverture d'assurance	5	7.3 Procédure de règlement de cas d'assurance	32
2.1 Étendue de la couverture	5	7.4 Éléments obligatoires sur les justificatifs de frais	33
2.2 Cas d'assurance	5	7.5 Procédure en cas d' <i>accident/d'urgence</i>	33
2.3 Début de la couverture d'assurance	5	7.6 <i>Traitement</i> de demandes de prestations	33
2.4 Suppression des délais d'attente	5	7.7 Remboursement de frais	33
2.5 Année d'assurance	5	7.8 Monnaie contractuelle	34
2.6 Résiliation du contrat d'assurance	5	7.9 Taux de change	34
2.7 Autres motifs de résiliation	6	8. Obligations	35
2.8 Fin de la couverture d'assurance	6	9. Paiement et calcul de la prime	36
3. Territorialité de la garantie	7	10. Informations générales	37
3.1 <i>Région de destination</i> de la couverture d'assurance	7	10.1 Modification des conditions générales	37
3.2 Déplacement provisoire hors de la <i>région de destination</i> II	7	10.2 Communication entre vous et nous	37
4. Étendue des garanties	8	10.3 Assurance de nouveau-nés	37
4.1 Informations générales sur l'étendue des garanties ?	8	10.4 Changement des données contractuelles	37
4.2 <i>Franchise</i>	8	10.5 Faites-nous connaître votre avis	37
4.3 Étendue des garanties : <i>Traitement</i> hospitalier	9	10.6 Tribunaux compétents	38
4.4 Étendue des garanties : <i>Traitement</i> ambulatoire	11	10.7 Droit applicable	38
4.5 Étendue des garanties : <i>Traitement</i> dentaire	13	10.8 Langue	38
4.6 Étendue des garanties : Assistance médicale	14	11. Définitions	39
4.7 Étendue des garanties : Assistance supplémentaire	15		
4.8 Description des garanties	16		
5. Aide et soutien par nos prestations d'assistance et de service	24		
5.1 Explications – Assistance médicale	24		
5.2 Explications – Assistance supplémentaire	26		

1. Principales informations à connaître avant de souscrire à l'assurance

1.1 Personnes assurables

Cette *police d'assurance* est conçue pour les expatriés. Tous collaborateurs/membres du *souscripteur* qui séjournent provisoirement pour au moins 3 mois à l'étranger à la demande du *souscripteur* dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle. Les personnes co-assurables sont les conjoint(e)s ou compagnes(ons) et *enfants* accompagnant l'*assuré*.

Même si nous nous efforçons de prendre toutes les mesures appropriées afin de garantir la conformité de la couverture de l'assurance à l'étranger, nous ne pouvons contrôler la conformité de la couverture à d'autres exigences éventuelles. C'est par conséquent au *souscripteur* de la *police d'assurance* que revient l'obligation de faire en sorte d'être en conformité avec les provisions de la sécurité sociale et la réglementation locales pour tous les *assurés* couverts par le contrat de groupe.

Dans un souci de respect des lois et normes en vigueur applicables, nous nous réservons le droit de résilier à tout moment un contrat d'assurance de groupe, ou d'exclure une/plusieurs personne(s) affiliée(s) à la couverture de groupe, dans le cas où des changements légaux d'un pays résulteraient en la contravention de notre police avec le droit positif national tel que modifié.

1.2 Maladies préexistantes

À moins de disposition contraire dans le contrat de groupe, les *maladies préexistantes* sont toujours incluses dans la couverture d'assurance.

Toutefois, en fonction des dispositions convenues avec le *souscripteur*, le contrat de groupe peut prévoir que chaque *assuré* doit répondre correctement et sans rien omettre au questionnaire médical dans la *déclaration d'adhésion* et se soumettre à un examen médical (voir numéro 1.3). En cas de risque accru, nous pourrions alors demander un supplément de prime et/ou exclure certaines garanties.

1.3 Adhésion à l'assurance

L'adhésion au contrat d'assurance de groupe est effectuée par le *souscripteur* ou par le biais d'une *déclaration d'adhésion*, dans lequel il peut également demander l'inclusion en tant qu'assurés des conjoints(es) ou compagne(on) et des *enfants* des expatriés. La procédure d'adhésion est définie dans le contrat de groupe.

La *déclaration d'adhésion* contient un questionnaire portant sur l'état de santé actuel et les *maladies préexistantes*, il est nécessaire que chaque personne à assurer y réponde correctement et sans rien omettre. Nous avons le droit de demander des données supplémentaires en cas de besoin pour des raisons légales, ou à des fins de souscription.

La *déclaration d'adhésion* peut nous être envoyée par la poste, par courrier électronique ou par télécopie. Nous concédons la couverture d'assurance en supposant que les personnes concernées ont répondu sincèrement et sans rien omettre à l'ensemble des questions posées avant la souscription de l'assurance (déclarations obligatoires préalables au contrat).

2. La couverture d'assurance

2.1 Étendue de la couverture

Nous offrons une couverture d'assurance pour les maladies nouvelles, les *accidents* et autres événements spécifiés dans les conditions générales (voir numéro 4). Dans le cadre d'un cas d'assurance, nous remboursons les frais pour les *traitements* médicalement nécessaires et pour toute autre prestation prévue au contrat.

L'étendue de la couverture d'assurance résulte de la *police d'assurance*, d'éventuels accords écrits ultérieurs, des conditions générales, du contrat de groupe ainsi que des dispositions légales.

2.2 Cas d'assurance

Un cas d'assurance (ou événement *assuré*) est le *traitement* d'un *assuré* lorsque ce *traitement* est médicalement nécessaire en raison d'une maladie ou des suites d'un *accident*. Un cas d'assurance commence avec le *traitement* ; il se termine lorsque les résultats d'un examen médical montrent que le *traitement* n'est plus nécessaire. Si le *traitement* doit être étendu à une maladie ou une suite d'*accident* n'ayant pas de rapport causal avec les troubles traités jusqu'alors, ceci constitue un nouveau cas d'assurance.

Selon la formule choisie, les actes et frais suivants sont également assurés :

- Examens préventifs ambulatoires pour le dépistage précoce de maladies
- Examens et *traitements* nécessaires sur le plan médical pour la grossesse et l'accouchement
- Frais d'hospitalisation pour le nouveau-né en bonne santé après l'accouchement
- Décès d'un *assuré*

2.3 Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance commence à la date précisée dans la *police d'assurance* (début de l'assurance). Les cas d'assurance intervenus avant le début de l'assurance ne sont pas couverts. Pour les cas intervenus après la souscription du contrat d'assurance, les remboursements des actes antérieurs au début de l'assurance sont exclus. En cas de modification du contrat, les règlements stipulés du présent article s'appliquent également aux garanties ajoutées.

2.4 Suppression des délais d'attente

Il n'y a aucun délai d'attente.

2.5 Année d'assurance

La couverture d'assurance commence à la date spécifiée dans le contrat de groupe (début de l'assurance) et dure 12 mois.

L'année d'assurance pour les personnes qui se joignent au contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'assurance (date d'effet de l'assurance) et court jusqu'à la date de renouvellement du contrat de groupe.

2.6 Résiliation du contrat d'assurance

Sous réserve d'autres motifs de résiliation stipulés par la loi, l'assureur, le *souscripteur* et les *assurés* peuvent déclarer la résiliation d'un contrat d'assurance conclu dans le cadre du contrat de groupe dans les cas suivants :

- suite à une modification des conditions générales (voir numéro 10.1) ou à une augmentation des frais, *franchise* ou primes (dans la mesure où les *assurés* paient ces dernières eux-mêmes (voir numéro 9)). La résiliation est possible dans un délai de trois mois après réception de la communication des modifications, avec échéance au moment de l'entrée en vigueur de celles-ci.
- en cas de violation non volontaire de l'*obligation* de déclaration des risques ; dans ce cas, nous sommes en droit de résilier le contrat d'assurance dans un délai d'un mois après avoir eu connaissance de la violation si nous pouvons prouver que nous n'aurions en aucun cas *assuré* ce risque.

La résiliation du contrat d'assurance conclu dans le cadre du contrat de groupe devra être effectuée par écrit. À moins d'un autre règlement, la résiliation ne prend effet qu'après écoulement d'un délai d'au moins un mois à compter du jour de la notification ou de la date de l'accusé de réception, dans le cas d'une lettre recommandée.

Au cas où une sanction, une interdiction ou une restriction dans le cadre de résolutions des Nations Unies, des sanctions économiques ou commerciales, des lois ou une réglementation de l'Union Européenne ou du Royaume-Uni, ou des sanctions des États-Unis d'Amérique seraient imposées et nous empêcheraient, directement ou indirectement, de fournir une assurance dans le cadre de ce contrat de groupe, nous aurons un droit extraordinaire de résilier ce contrat de groupe ou d'exclure des personnes concernées de la couverture de l'assurance.

2.7 Autres motifs de résiliation

Sous réserve d'autres motifs de nullité stipulés par la loi, le contrat d'assurance conclu dans le cadre du contrat de groupe est caduque si, suite à une violation volontaire de l'*obligation* de déclaration des risques, l'évaluation des risques est remise en cause à tel point que nous n'aurions pas proposé l'assurance si nous avions eu connaissance de la circonstance omise, ou du moins pas aux mêmes conditions. Dans ce cas, toutes les prestations d'assurance reçues devront être remboursées. Nous conserverons les primes versées.

2.8 Fin de la couverture d'assurance

Les contrats d'assurance conclus dans le cadre du contrat de groupe se terminent :

- a) à la résiliation du contrat de groupe par le *souscripteur* ou par nos services.
- b) lorsque vous ou les *assurés* n'appartiennent plus au groupe de personnes assurables ou (voir numéro 1.1), par exemple après un changement d'employeur ou à la fin du séjour à l'étranger demandé par votre employeur.
- c) en cas de décès de l'*assuré*.
- d) lorsque l'adhésion au contrat d'assurance de groupe est résiliée. Cette résiliation s'effectue par déclaration à l'assureur si vous avez souscrit au contrat de groupe par *déclaration d'adhésion*. Lorsque vous vous désengagez du contrat d'assurance de groupe, les garanties pour les *assurés* se terminent au même moment. Cette résiliation n'est valable que si vous apportez la preuve que les *assurés* concernés en ont pris connaissance au préalable.
- e) en cas de nullité du contrat (voir numéro 2.7).

La fin de la garantie (voir numéro 2.8), concerne également les cas d'assurance en suspens, c'est-à-dire en cours.

3. Territorialité de la garantie

3.1 *Région de destination de la couverture d'assurance*

La couverture d'assurance produit ses effets dans les régions de destination suivantes :

Région de destination I:

le monde entier avec les Etats-Unis

Région de destination II :

le monde entier sans les Etats-Unis

3.2 **Déplacement provisoire hors de la *région de destination II***

Les particularités suivantes s'appliquent aux garanties concernant la « *région de destination II* = le monde entier sans les Etats-Unis » : en cas de déplacement provisoire (c'est-à-dire pour 6 semaines maximum) en-dehors du *pays de séjour*, les *assurés* sont également couverts dans la *région de destination I* pour les *urgences* médicales, les suites d'*accidents* ainsi qu'en cas de décès. Si une *urgence* médicale admissible se présente, il est possible que nous vous transférions dans un autre pays pour le *traitement* si cela s'avère approprié d'un point de vue médical et si la situation le permet. Les déplacements dans la *région de destination I* dans le but d'y bénéficier d'un *traitement* ne sont pas couverts. Tout changement durable de *région de destination* de l'*assuré* devra nous être indiqué immédiatement, car ce changement influe sur la prime.

4. Étendue des garanties

4.1 Informations générales sur l'étendue des garanties ?

La couverture d'assurance se décline en trois formules : Classic, Plus et Top, qui comprennent différents modules de prestations ambulatoires, hospitalières, dentaires et d'assistance.

Les différentes formules se distinguent par le contenu et le montant des garanties convenues.

Le contrat d'assurance de groupe stipule les formules ou combinaisons de modules disponibles pour chaque contrat individuel.

Selon la formule souscrite, nous prenons en charge à 100 % les frais remboursables dont la nature et l'étendue sont définis dans les tableaux des garanties ci-dessous, à moins de stipulations contraires indiquées dans lesdits tableaux, dans les explications des présentes conditions générales, ou dans les définitions.

4.2 Franchise

Il existe différentes possibilités de *franchises*, qui ne valent cependant que pour les frais de *traitements* ambulatoires :

- Formule Classic : une *franchise* de 250 €/ 325 \$/ 210 £
- Formules Plus et Top : avec ou sans *franchise*. Au choix, des *franchises* de 250 €/ 325 \$/ 210 £, 500 €/ 650 \$/ 420 £ ou 1 000 €/ 1 300 \$/ 840 £

La *franchise* est valable par année d'assurance et par *assuré*.

Si une *franchise* a été prévue au contrat, nous prenons en charge les frais remboursables à 100 % dès que le montant de la *franchise* est dépassé.

Les frais sont imputés à l'année d'assurance au cours de laquelle l'*assuré* a fait appel au *thérapeute*, par exemple au *médecin*, ou a acheté des *médicaments*, des *pansements*, ou des appareils médicaux.

Nous vous recommandons de nous soumettre les justificatifs de frais dès le dépassement de la *franchise*.

4.3 Étendue des garanties : *Traitement hospitalier*

Prestation	Classic	Plus	Top
Hébergement et repas en chambre simple ou double	✓	✓	✓
Prestations médicales	✓	✓	✓
Soins infirmiers effectués par un personnel soignant spécialisé d'après les instructions d'un <i>médecin</i>	✓	✓	✓
Autres frais annexes	✓	✓	✓
Chirurgie (incluant les <i>opérations ambulatoires</i> remplaçant un séjour hospitalier)	✓	✓	✓
<i>Médicaments et pansements</i>	✓	✓	✓
Moyens thérapeutiques/physiothérapie, tels que la kinésithérapie et les massages	✓	✓	✓
Aides et appareils thérapeutiques	✓ p. ex. stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est vital	✓ p. ex. stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est vital ; en outre, remboursement des aides thérapeutiques tels que les prothèses jusqu'à 2 000 €* / 2 600 \$* / 1 680 £*	✓
Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et services d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne à l' <i>hôpital</i>	✗	✓ jusqu'à 5 000 €* / 6 500 \$* / 4 200 £*	✓
Complications liées à la grossesse et l'accouchement	✗	✓	✓
Soins aux nouveaux-nés	✗	✓	✓
Accouchement ambulatoire	✗	✓ Forfait de 250 €/ 325 \$/ 210 £ par nouveau-né sans justificatif de frais sur présentation de l'acte de naissance	✓ Forfait de 500 €/ 650 \$/ 420 £ par nouveau-né sans justificatif de frais sur présentation de l'acte de naissance
Chimiothérapie, <i>médicaments</i> et prestations d' <i>oncologie</i> (en cas de <i>cancer</i> , p. ex.)	✓ Jusqu'à 50 000 €* / 65 000 \$* / 42 000 £*	✓ Jusqu'à 100 000 €* / 130 000 \$* / 84 000 £*	✓
Frais de transport jusqu'à l' <i>hôpital</i> adapté le plus proche pour les premiers soins après un <i>accident</i> ou une <i>urgence</i> par des services de secours agréés avec des moyens appropriés à la situation	✓	✓	✓

* Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par *assuré* et *co-assuré*, et par année d'assurance.

Prestation	Classic	Plus	Top
Greffes de moelle et transplantations d'organes	✗	✓ Jusqu'à un plafond de 200 000 €/ 260 000 \$/ 168 000 £ pour la durée du contrat de groupe	✓
Prestations psychiatriques	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>
Psychothérapie stationnaire	✗	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>
Lit d'accompagnant pour un des parents lors de l'hospitalisation d'un <i>enfant mineur</i>	✗	✓	✓
Soins infirmiers à domicile et <i>aide ménagère</i>	✗	✓ pour une durée maximum de 7 jours	✓ pour une durée maximum de 14 jours
Soins infirmiers à domicile après accouchement remplaçant un séjour hospitalier	✗	✓ pour une durée maximum de 5 jours Si accord préalable	✓ pour une durée maximum de 5 jours Si accord préalable
<i>Indemnité journalière compensatoire</i> pour les <i>traitements</i> hospitaliers pour lesquels aucun remboursement n'a été demandé	✗	✓ 50 €/ 65 \$/ 42 £ par jour	✓ 100 €/ 130 \$/ 84 £ par jour
<i>Suivi en rééducation à l'hôpital</i>	✗	✓ pour 14 jours maximum*	✓ pour 21 jours maximum*
<i>Résidence pour malades en phase terminale</i>	✗	✗	✓ pour 7 semaines maximum
<i>Traitement dentaire hospitalier</i>	✗	✓	✓
<i>Urgences dentaires</i>	✓	✓	✓

* Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par *assuré* et *co-assuré*, et par année d'assurance.

4.4 Étendue des garanties : *Traitement* ambulatoire

Prestation	Classic*	Plus	Top
Prestations médicales	✓	✓	✓
Chimiothérapie, <i>médicaments</i> et prestations oncologiques (en cas de <i>cancer</i> , p. ex.)	✓	✓	✓
Bilans de santé	✗	✓ Jusqu'à 500 €**/ 650 \$**/ 420 £**	✓ Jusqu'à 1 000 €**/ 1 300 \$**/ 840 £**
Vaccinations en tous genres. Les vaccins ainsi que les acte prophylactique sont inclus dès lors qu'ils sont recommandés pour le <i>pays de séjour</i>	✗	✓ Jusqu'à 250 €**/ 325 \$**/ 210 £**	✓
Soins liés à la grossesse et à l'accouchement, intervention d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne	✗	✓ Jusqu'à 2 000 €**/ 2 600 \$**/ 1 680 £**	✓
Complications liées à la grossesse et l'accouchement	✗	✓ Jusqu'à 10 000 €**/ 13 000 \$**/ 8 400 £**	✓
Cours de gymnastique pré et postnatale	✗	✗	✓ Jusqu'à 250 €**/ 325 \$**/ 210 £**
<i>Acupuncture</i> (technique des aiguilles), <i>homéopathie</i> , <i>ostéopathie</i> et <i>chiropractie</i> , <i>médicaments</i> et <i>pansements</i> inclus	✗	✓ Jusqu'à 500 €**/ 650 \$**/ 420 £**	✓ Jusqu'à 1 000 €**/ 1 300 \$**/ 840 £**
Prestations du logopède ou de l'orthophonist	✗	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>
Prestations psychiatriques	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>
Psychothérapie ambulatoire	✗	✓ Jusqu'à 20 séances** avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ Jusqu'à 20 séances** avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>
<i>Médicaments</i> et <i>pansements</i>	✓	✓	✓
Moyens thérapeutiques/physiothérapie, massages inclus	✓	✓	✓

* Respectivement avec une *franchise* de 250 €/ 320 \$/ 220 £ par année d'assurance.

** Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par *assuré* et *co-assuré*, et par année d'assurance.

Prestation	Classic*	Plus	Top
Aides et appareils thérapeutiques	×	✓ Jusqu'à 2 000 €**/ 2 600 \$**/ 1 680 £**	✓
Les perruques et les soutiens-gorge prothétiques après un <i>traitement</i> contre le <i>cancer</i>	✓ Jusqu'à 300 €**/ 390 \$**/ 252 £**	✓ Jusqu'à 300 €**/ 390 \$**/ 252 £**	✓ Jusqu'à 300 €**/ 390 \$**/ 252 £**
Consultations diététiques	×	✓ Jusqu'à 125 €**/ 162,50 \$**/ 105 £**	✓ Jusqu'à 250 €**/ 325 \$**/ 210 £**
Podologie	×	✓ Jusqu'à 100 €**/ 130 \$**/ 84 £**	✓ Jusqu'à 200 €**/ 260 \$**/ 168 £**
Lunettes ou lentilles de contact	×	✓ Jusqu'à 100 €**/ 130 \$**/ 84 £**	✓ Jusqu'à 200 €**/ 260 \$**/ 168 £**
<i>Dispositifs d'aide auditive</i>	×	✓ Jusqu'à 1 000 €**/ 1 300 \$**/ 840 £**	✓ Jusqu'à 2 000 €**/ 2 600 \$**/ 1 680 £**
Frais de transport jusqu'au <i>médecin</i> ou jusqu'à l' <i>hôpital</i> le plus proche pour les premiers soins après un <i>accident</i> ou une <i>urgence</i> , par des services de secours agréés avec des moyens appropriés à la situation	✓	✓	✓
<i>Traitement</i> de l'infertilité	×	✓ 50 % des frais jusqu'à un plafond de 7 500 €/ 9 750 \$/ 6 300 £ par couple assuré par vie	✓ 50 % des frais jusqu'à un plafond de 15 000 €/ 19 500 \$/ 12 600 £ par couple assuré par vie

* Respectivement avec une *franchise* de 250 €/ 320 \$/ 220 £ par année d'assurance.

** Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par *assuré* et *co-assuré*, et par année d'assurance.

4.5 Étendue des garanties : *Traitement* dentaire

Prestation	Classic	Plus	Top
Soins dentaires de base			
Examen détaillé pour déterminer les signes avant-coureur d'une maladie pouvant toucher les dents, la bouche et la mâchoire	✗	✓	✓
<i>Traitement</i> dentaire	✓ <i>Traitement</i> analgésique	✓	✓
Examen radiographique	✗	✓	✓
Détartrage et polissage dentaire	✗	✓	✓
<i>Traitement</i> de la muqueuse buccale et de la parodontie	✓ Soulagement de la douleur uniquement	✓	✓
Restauration simple d'une cavité après <i>traitement</i> d'une carie	✓ Soulagement de la douleur uniquement	✓	✓
Chirurgie, extractions, <i>traitement</i> du canal radiculaire	✓ Soulagement de la douleur uniquement	✓	✓
Intégration d'un bloc de morsure	✗	✓	✓
<i>Soins dentaires suite à un accident</i>	✓	✓	✓
Soins dentaires majeurs	✗ Les frais pour les prestations suivantes sont remboursables à hauteur de 50 %, uniquement si ces interventions sont nécessaires suite à un <i>accident</i>	✓ Les frais pour les prestations suivantes sont remboursables jusqu'à 2 000 €/ / 2 600 \$* / 1 680 £*	✓ Les frais pour les prestations suivantes sont remboursables jusqu'à 5 000 €/ / 6 500 \$* / 4 200 £*
Prothèses dentaires (par exemple, bridges et couronnes, inlays, onlays)	✓	✓	✓
Services d'implantologie	✓ 4 implants maximum par mâchoire, y compris la prothèse à fixer sur l'implant	✓ 4 implants maximum par mâchoire, y compris la prothèse à fixer sur l'implant	✓ 4 implants maximum par mâchoire, y compris la prothèse à fixer sur l'implant
Orthodontie (en dessous de 18 ans)	✓	✓	✓
Travaux de laboratoire dentaire et matériaux	✓	✓	✓
Établissement d'un plan de <i>traitement</i> avec devis	✓	✓	✓

** Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par *assuré* et *co-assuré*, et par année d'assurance.

4.6 Étendue des garanties : Assistance médicale

Prestation	Classic	Plus	Top
Service téléphonique (ou par e-mail) 24h sur 24 par des conseillers expérimentés, des <i>médecins</i> et autres spécialistes	✓	✓	✓
Transport sanitaire ou rapatriement médical	✓	✓	✓
Information sur l'infrastructure médicale (offre médicale sur place et liste de <i>médecins</i> plurilingues)	✓	✓	✓
Suivi et information par notre service médical (<i>seconde opinion</i> , suivi de l'évolution d'une maladie)	✓	✓	✓
Garantie de prise en charge des frais (en préparation d'une hospitalisation)	✓	✓	✓
Soutien d'ordre organisationnel en cas de décès, participation aux frais de rapatriement du corps	✓ Jusqu'à 2 500 €/ 3 250 \$/ 2 100 £	✓ Jusqu'à 5 000 €/ 6 500 \$/ 4 200 £	✓ Jusqu'à 10 000 €/ 13 000 \$/ 8 400 £
Conseils médicaux complémentaires (information sur la nature, les causes éventuelles et les possibilités de <i>traitement</i> d'une maladie)	✓	✓	✓
Services en ligne	✓	✓	✓

4.7 Étendue des garanties : Assistance supplémentaire

Prestation	Classic	Plus	Top
Soutien supplémentaire	×	✓	✓
• Organisation de visites pour un membre de la famille auprès du malade	×	✓ Jusqu'à 1 500 €* / 1 950 \$* / 1 260 £*	✓ Jusqu'à 3 000 €* / 3 900 \$* / 2 520 £*
• Approvisionnement et envoi de <i>médicaments</i> vitaux	×	✓	✓
Organisation de voyages	×	✓ Jusqu'à 2 000 €* / 2 600 \$* / 1 680 £*	✓ Jusqu'à 2 000 €* / 2 600 \$* / 1 680 £*
Frais de voyage des <i>assurés</i> devant rejoindre un membre de leurs familles en danger de mort ou décédé	×	✓ Jusqu'à 1 500 €* / 1 950 \$* / 1 260 £*	✓ Jusqu'à 3 000 €* / 3 900 \$* / 2 520 £*
Les frais de voyage d'une personne accompagnant le rapatriement d'une <i>personne assurée</i>	×	×	✓ Jusqu'à 1 500 €* / 1 950 \$* / 1 260 £*
Organisation du transport de retour ou de la garde des <i>enfants</i>	×	×	✓
Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger	×	✓ Actes psycho- thérapeutiques par téléphone (jusqu'à 3 appels*)	✓ Actes psycho- thérapeutiques par téléphone (jusqu'à 5 appels*)
Dépôt de documents (conservation, aide pour l'obtention de nouveaux documents)	×	×	✓
Organisation d'aide lors de problèmes juridiques	×	×	✓
Recommandation d'une formation interculturelle	×	×	✓

* Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par *assuré* et *co-assuré*, et par année d'assurance.

4.8 Description des garanties

Nota Bene : Selon la formule d'assurance choisie, les garanties décrites ici au numéro 4.8 peuvent varier, ou même ne pas être assurées.

Principes à respecter dans le cadre de *traitements* hospitaliers, ambulatoires et dentaires

L'*assuré* a le choix entre tous les *médecins* et *dentistes* autorisés à pratiquer dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé et entre tous les *thérapeutes* disposant d'une formation reconnue et approfondie dans leur domaine de *traitement*.

Les frais de prestations médicales ou dentaires ne sont remboursables que si celles-ci sont requises dans le cadre d'un *traitement* médicalement nécessaire, à effectuer dans les règles de l'art médical ou dentaire. Les prestations médicales et dentaires ainsi que les prestations d'autres *thérapeutes* sont remboursables dans la mesure où les honoraires sont appropriés et calculés en conformité avec le *barème des prestations* spécifique du pays (p. ex. barème officiel des honoraires de *médecins*). Pour les prestations de *thérapeutes* tels que les sages-femmes, p. ex. pour lesquelles il n'existe éventuellement pas de barème spécifique dans le pays du *traitement*, nous nous basons sur les honoraires comparables de *médecins* ou sur les prix habituellement appliqués dans le pays du *traitement*.

Lors du remboursement de travaux de laboratoire dentaire et de matériaux assimilés, nous nous basons sur les prix habituellement appliqués dans le pays du *traitement*. Les prothèses dentaires, le rétablissement de la fonction de prothèses dentaires, les couronnes et les prestations d'orthodontie, y compris les interventions chirurgicales afférentes, sont également considérés comme des prestations dentaires si elles sont réalisées par un *médecin*. Elles ne font pas partie d'un *traitement* ambulatoire ou hospitalier. Nous prenons en charge les frais dans le cadre de l'étendue des garanties contractuelles pour les méthodes d'examen ou de *traitement* ou pour les *médicaments* généralement reconnus par la *médecine officielle* dans le pays de séjour. En outre, nous versons des prestations pour des méthodes et *médicaments* ayant

suffisamment prouvé leur efficacité dans la pratique ou étant utilisés parce qu'aucune méthode ni aucun *médicament* issu de la *médecine officielle* ne sont disponibles ; nous sommes cependant en droit de limiter nos prestations au montant qui aurait été dû dans le cas de l'utilisation des méthodes et *médicaments* issus de la *médecine officielle*.

Conditions à respecter dans le cadre d'un *traitement* hospitalier médicalement nécessaire, tel que défini au numéro 4.3

Hébergement et repas en chambre simple ou double

Lors d'un *traitement* hospitalier (également lors de *traitements* avant ou après l'hospitalisation et en cas d'*hospitalisation partielle*), les *assurés* doivent se rendre auprès d'un *hôpital* disposant d'une approbation générale dans la *région de destination*. Cet *hôpital* doit se trouver sous contrôle médical permanent et disposer de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants. Il doit également tenir des dossiers médicaux. Pour les *traitements* médicalement nécessaires dans des institutions médicales offrant également des *cures* ou *traitements* en maison de santé, ou accueillant des convalescents, mais remplissant du reste les conditions ci-dessus, les prestations de la couverture ne sont remboursées que si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*. Pour les infections de tuberculose (TBC), nous remboursons également le *traitement* hospitalier dans les établissements spécialisés (sanatoriums), dans le cadre de l'étendue de la garantie. La prestation est alors couverte sans limitation dans le temps pour l'ensemble de la durée du *traitement* hospitalier. Merci de contacter notre *centre de services de Globality Health* avant ou au moment de l'admission à l'*hôpital*. Par hébergement, nous entendons un hébergement en chambre simple ou double telle que décrit dans le tableau des prestations. Nous ne couvrons pas les chambres deluxe ni les suites.

Prestations médicales

Sont remboursables les frais des actes requis pour l'examen, le diagnostic et la thérapie dans le cadre d'un *traitement* hospitalier médicalement nécessaire, sauf s'ils sont spécifiquement mentionnés dans un autre point de la *police d'assurance*. Nous remboursons entre autres les frais de pathologie, radiologie, scanner (TDM), imagerie par résonance magnétique (IRM), *tomographie à émission de positrons (TEP)* et de *médecine palliative*.

Autres frais annexes

Il s'agit là des autres frais occasionnés pour l'utilisation d'équipements spéciaux tels que la salle d'opération, la station de soins intensifs ou le laboratoire.

Chirurgie (incluant les opérations ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier)

Sont remboursables les prestations nécessaires dans ce cadre, telles que les prestations médicales, l'anesthésie et l'utilisation d'équipements spéciaux. Les frais pour toute opération ambulatoire remplaçant un séjour hospitalier sont également remboursables.

Médicaments et pansements dans le cadre d'un traitement hospitalier

Ceux-ci doivent être prescrits par un *médecin/dentiste* à l'hôpital dans le cadre du *traitement* hospitalier. Les *médicaments* doivent être obtenus auprès d'une pharmacie ou d'un autre dépôt agréé par les autorités. Ne sont pas considérés comme des *médicaments* : Les substances nutritives ou fortifiantes, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les articles d'hygiène, les soins du corps ou autres sels de bain.

Moyens thérapeutiques/physiothérapie dans le cadre d'un traitement hospitalier

Il s'agit de thérapies de médecine fonctionnelle (inhalation, physiothérapie et exercice physique, massage, enveloppement corporel, *hydrothérapie* et balnéothérapie, cryothérapie et thermothérapie, ergothérapie, électrothérapie ou luminothérapie). Ces thérapies de médecine fonctionnelle doivent être dispensées par un *médecin* agréé ou par un assistant médical agréé (par exemple, un physiothérapeute) et doivent être prescrites par le *médecin* dans le cadre d'un *traitement* hospitalier. La prescription doit nous avoir été présentée avant le début du *traitement* et doit préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances. Les thérapies/physiothérapies, telles que les bains thermaux, les saunas et autres bains similaires ne sont pas couvertes.

Aides et appareils médicaux dans le cadre d'un traitement hospitalier

Sont remboursables les frais pour les aides et appareils médicaux qui maintiennent le patient en vie, atténuent ou compensent directement des handicaps physiques, tels que les stimulateurs cardiaques ou les membres artificiels (prothèses dentaires exclues). Ceux-ci doivent être ajustés pendant le

séjour hospitalier et rester sur ou dans le corps. Les frais liés à l'entretien nécessaire (comme l'entretien annuel ou les piles de rechange) et la réparation des aides et appareils thérapeutiques seront remboursés dans le cadre de ces dispositions.

Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et services d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne à l'hôpital

Nous remboursons les frais de grossesse, d'accouchement ou de maladie liée à la grossesse en milieu hospitalier, maternité ou autre établissement similaire, les frais de soins infirmiers ou d'aide-ménagère à domicile résultant d'une grossesse ou d'une maladie liée à la grossesse et l'intervention d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne.

Les services d'une sage-femme pendant l'accouchement ne sont couverts qu'en cas d'accouchement par une sage-femme. Les frais de médecin ne sont pas couverts sauf s'ils sont nécessaires à la suite d'une complication pendant l'accouchement. Les soins infirmiers à domicile prescrits par un *médecin* sont également pris en charge à la suite d'un accouchement en milieu hospitalier et après une sortie de l'hôpital dans les 24 heures. Globality Health rembourse ces frais à hauteur de 5 jours consécutifs suivant l'accouchement. Toute césarienne non médicalement nécessaire est couverte à hauteur du coût d'un accouchement standard dans le même hôpital, jusqu'à concurrence du plafond fixé par le niveau de la couverture choisi.

Complications liées à la grossesse et l'accouchement

Nous remboursons les frais en cas de naissance prématurée, de fausse couche, d'avortement médicalement nécessaire, de mortinaissance, de grossesse extra-utérine, de grain de beauté hydatiforme, de césarienne, d'hémorragie post-partum, de rétention de la membrane placentaire et de complications consécutives à l'une de ces affections.

Soins aux nouveaux-nés

Le *traitement* d'un problème de santé courant ou aigu dont souffre un nouveau-né qui se manifeste dans les 30 jours suivant la naissance est couvert en vertu de la prestation pour nouveau-nés de la *police d'assurance de l'enfant*, et non en vertu d'une quelconque autre prestation de la *police d'assurance*. Les complications de la procréation médicalement assistée ou de l'accouchement, y compris les naissances prématurées ou multiples, sont exclues de cette prestation.

Accouchement ambulatoire

Un accouchement ambulatoire est un accouchement à domicile ou lorsque la femme en couches sort de l'hôpital ou de la maison d'accouchement au plus tard 24 heures après l'accouchement.

Nous versons le forfait d'accouchement pour chaque nouveau-né sur présentation de l'acte de naissance.

Chimiothérapie, médicaments et prestations cancérologiques

Dans le cadre du *traitement* hospitalier, nous prenons en charge les frais remboursables pour les prestations médicales et analyses diagnostiques, la radiothérapie, la chimiothérapie, les *médicaments* et les frais de l'hôpital.

Greffes de moelle ou transplantations d'organes dans le cadre d'un traitement hospitalier

Lors d'une greffe de moelle osseuse ou d'une transplantation d'organes (p. ex. cœur, rein, foie, pancréas), nous prenons en charge les frais remboursables aussi bien pour le malade que pour le donneur. Sont remboursables les frais liés à l'obtention de l'organe auprès du donneur, les frais de transport de l'organe jusqu'au patient ainsi que les frais pour une éventuelle admission du donneur à l'hôpital, mais non pour la recherche d'un organe ou d'un donneur approprié.

Traitements psychiatriques

Nous remboursons les dépenses liées à des prestations psychiatriques dans le cadre d'un *traitement* hospitalier. Nous prenons en charge ce *traitement* uniquement si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*. Pour le remboursement d'une psychothérapie stationnaire, voir ci-dessous.

Psychothérapie stationnaire

Pour le remboursement, il est nécessaire que le *traitement* soit effectué par un psychiatre, un psychothérapeute ou encore un *médecin* spécialisé dûment formé dans le domaine de la psychiatrie, de la psychothérapie ou de la psychanalyse. Nous ne prenons en charge une psychothérapie avec hospitalisation uniquement si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*.

Lit d'accompagnant pour un des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant

Nous remboursons les frais supplémentaires pour le lit d'accompagnant prescrit par le *médecin* pour l'un des parents lors du *traitement* hospitalier d'un *enfant* assuré de moins de 18 ans.

Soins infirmiers à domicile et aide ménagère

Nous prenons en charge les frais remboursables pour les soins infirmiers à domicile et une *aide ménagère* prescrits par un *médecin*, à effectuer par du personnel soignant qualifié, pour remplacer un séjour hospitalier conseillé par les *médecins*, ou encore pour raccourcir un tel séjour. Les soins infirmiers à domicile sont fournis en complément du *traitement* médical et sont pris en charge séparément.

Suivi en rééducation à l'hôpital

Sont remboursables les frais de *suivi en rééducation* à l'hôpital servant à poursuivre un *traitement* hospitalier médicalement nécessaire (p. ex. après un pontage, un infarctus du myocarde, une transplantation d'organes ainsi qu'après une opération des gros os ou d'articulations), si nous avons donné notre accord écrit préalable.

Le *suivi en rééducation* doit par principe commencer dans un délai de 2 semaines après la sortie de l'hôpital. Les *cures* et séjours en centres de *cure*, de bains, en maisons de santé et de convalescence ainsi qu'en maisons de soins ne sont pas couverts.

Résidence pour malades en phase terminale

Si les soins ambulatoires ne peuvent pas être apportés au domicile de l'assuré ou de sa famille, nous remboursons les frais d'hébergement, les frais alimentaires, les soins et l'accompagnement en fonction de l'état de santé de l'assuré ou du co-assuré pour une durée maximum de 7 semaines, à condition que la résidence

- coopère avec des services de soins et des *médecins* expérimentés en *médecine palliative*, et
- que l'assuré soit placé sous la responsabilité médicale d'une infirmière, d'un aide-soignant ou d'une autre personne qualifiée disposant de plusieurs années d'expérience dans le domaine des soins palliatifs ou d'une qualification correspondante, et pouvant justifier d'une formation spécialisée pour assumer un poste à responsabilité.

Les soins en résidence, en hospitalisation totale ou partielle, ne sont couverts que si l'assuré ou le co-assuré souffre d'une maladie

- qui présente une évolution progressive (c'est-à-dire qui s'empire) et a déjà atteint un stade avancé, et
- pour laquelle toute guérison est exclue, nécessitant des soins palliatifs en *hôpital*, et
- qui laisse présager une espérance de vie très limitée, de quelques semaines ou quelques mois.

Les soins en résidence sont couverts entre autres pour les tableaux cliniques suivants :

- maladie cancéreuse au stade avancé
- tableau clinique complet de la maladie infectieuse *SIDA*
- affection du système nerveux entraînant des paralysies progressives et définitives
- stade terminal d'une affection chronique des reins, du foie, du coeur, de l'appareil digestif ou des poumons.

Traitement dentaire hospitalier

Il s'agit d'une procédure de chirurgie buccale complexe présentant une incidence plus élevée que la moyenne de complications mettant la vie en danger, telles que les déformations congénitales de la mâchoire (la mâchoire fendue par exemple), les fractures de la mâchoire et les tumeurs.

Urgences dentaires

Les *urgences* dentaires en milieu hospitalier désignent un *accident* grave nécessitant une hospitalisation (par exemple, la reconstruction de la mâchoire à la suite d'une blessure accidentelle). Le *traitement* doit être reçu dans les 24 heures suivant l'*accident*. Il est à noter que la couverture de cette garantie ne s'étend pas aux *traitements* dentaires de suivi, à la chirurgie dentaire, aux prothèses ou implants dentaires, à l'orthodontie ou à la parodontie.

Le *médecin* traitant doit confirmer spécifiquement que le *traitement* dentaire hospitalier est la conséquence d'un *accident* grave et la survenance de l'*accident* doit être prouvée par un rapport médical ou de police.

Conditions à respecter dans le cadre d'un *traitement* ambulatoire tel que défini au numéro 4.4

Bilans de santé

Les bilans de santé de routine sont des examens ou des tests de dépistage qui sont effectués sans qu'aucun symptôme clinique ne soit présent.

Ces tests comprennent les examens suivants, effectués à l'âge adéquat pour détecter certaines maladies ou affections, comme par exemple :

- Signes vitaux (tension artérielle, pouls, respiration, température)
- Bilan lipidique
- Examen cardiovasculaire
- Examen neurologique
- Dépistage du *cancer*
- Test pédiatrique de l'*enfant* bien portant
- Test diabétique
- Test de dépistage HIV et du virus du *SIDA*
- Dépistage gynécologique

Soins liés à la grossesse et à l'accouchement, intervention d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne

Nous remboursons les frais résultant de la grossesse ou d'une maladie liée à la grossesse, y compris les scanners de routine, les tests et tous les examens de diagnostic médicaux nécessaires, notamment le scanner nucléaire, l'amniocentèse et le prélèvement de villosités chorionales (CVS). Le NIPT et toutes les autres formes de tests génétiques sont exclus.

Les interventions d'une sage-femme diplômée sont remboursables, les frais d'examen et de *traitement* qui en découlent ne sont couverts que si les coûts de ces mêmes services ne sont pas également facturés par un *médecin*. En outre, nous prendrons en charge par grossesse 12 visites post-natales effectuées à domicile par une sage-femme. Les services d'une Doula ne sont pas couverts.

Complications liées à la grossesse et l'accouchement

Nous remboursons les frais en cas de naissance prématurée, de fausse couche, d'avortement médicalement nécessaire, de mortinaissance, de grossesse extra-utérine, de grain de beauté hydatiforme, de césarienne, d'hémorragie post-partum, de rétention de la membrane placentaire et de complications consécutives à l'une de ces affections.

Cours de gymnastique pré et postnatale

Globality Health rembourse les cours de gymnastique pré et postnatale en fonction de la couverture choisie. Les cours doivent être dispensés par un praticien qualifié et agréé, comme une sage-femme ou un kinésithérapeute. Les cours de Yoga ou de Pilates ne sont pas couverts.

Prestations médicales

Les actes pouvant être pris en charge comprennent tous les frais engagés pour l'examen, le diagnostic et la thérapie dans le cadre d'un *traitement* ambulatoire sauf s'ils sont spécifiquement mentionnés dans un autre point de la *police d'assurance*. Les frais engagés pour la pathologie, la radiologie, la tomographie par ordinateur, l'imagerie par résonance magnétique, la *tomographie par émission de positrons* et la *médecine palliative* seront également remboursés.

Acupuncture (technique des aiguilles), homéopathie, ostéopathie et chiropractie

Nous participons aux frais remboursables uniquement si les *traitements* précités sont effectués par des *médecins* ou d'autres *thérapeutes* pouvant justifier d'une formation reconnue, et agréés ou autorisés à pratiquer dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé. Les *médicaments* et *pansements* prescrits par ces *médecins* ou *thérapeutes* dans le cadre du *traitement* sont également remboursables.

Orthophonie

Nous remboursons les frais des exercices et des thérapies prescrits par un *médecin* pour le *traitement* des troubles de la voix et de la parole, à condition que ce *traitement* soit dispensé par un *médecin* ou un orthophoniste. Nous remboursons ces frais uniquement si nous avons donné notre accord préalable par écrit.

Traitements psychiatriques

Nous remboursons les dépenses liées à des prestations psychiatriques dans le cadre d'un *traitement* ambulatoire. Nous prenons en charge ce *traitement* uniquement si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*. Pour le remboursement d'une psychothérapie ambulatoire, voir ci-dessous.

Psychothérapie ambulatoire

Pour le remboursement, il est nécessaire que le *traitement* soit effectué par un psychiatre, un psychothérapeute ou

encore un *médecin* spécialisé dûment formé dans le domaine de la psychiatrie, la psychothérapie ou la psychanalyse. Ce *traitement* doit être prescrit par un *médecin* avant le début du *traitement*. Une copie de l'ordonnance précisant le diagnostic, la nature et le nombre de séances doit nous être envoyée. Nous prenons en charge les psychothérapies ambulatoires uniquement si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*.

Médicaments et pansements

Les *médicaments* et *pansements* doivent être prescrits par un *médecin/dentiste* ou par un *thérapeute* autorisé par la loi à délivrer une telle ordonnance. De plus, les *médicaments* doivent être obtenus auprès d'une pharmacie ou d'un autre dépôt autorisé par les autorités. Ne sont pas considérés comme des *médicaments* : les substances nutritives ou fortifiantes, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les articles d'hygiène, les soins du corps ou autres sels de bain.

Moyens thérapeutiques/physiothérapie

Il s'agit de thérapies de médecine fonctionnelle (inhalation, physiothérapie et exercice physique, massage, enveloppement corporel, *hydrothérapie* et balnéothérapie, cryothérapie et thermothérapie, ergothérapie, électrothérapie et luminothérapie). Ces thérapies de médecine fonctionnelle doivent être dispensées par un *médecin* agréé ou par un assistant médical agréé (par exemple, un physiothérapeute) et doivent être prescrites par un *médecin*. La prescription doit nous avoir été communiquée avant le début du *traitement* et doit préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances.

Si plus de 20 séances de physiothérapie sont prescrites pour un seul diagnostic, une autorisation préalable de notre part est nécessaire par écrit. Les thérapies/physiothérapies, telles que les bains thermaux, les saunas et autres bains similaires ne sont pas couvertes. Les frais supplémentaires engagés pour le *traitement* à domicile de l'*assuré* ne sont pas couverts.

Aides et appareils thérapeutiques dans le cadre d'un traitement ambulatoire

Les dépenses couvertes comprennent les membres et les organes artificiels. Elles comprennent aussi les aides et appareils orthopédiques et autres aides et appareils thérapeutiques destinés à prévenir, atténuer ou compenser des handicaps physiques. Les aides et appareils thérapeutiques

doivent être prescrits par un *médecin* et ne doivent pas être des produits de consommation courante. Dans le cadre d'un *traitement* ambulatoire, les aides et appareils thérapeutiques comprennent : les bandages, les bandages herniaires, les semelles intérieures de chaussures, les aides à la marche, les bas de compression, les attelles correctrices, les membres artificiels et les prothèses (à l'exception des dentiers), les coquilles en plâtre pour la position couchée et assise, les appareils orthopédiques pour les bras, les jambes et le corps, ainsi que les aides à la parole (larynx électronique).

Les perruques et les soutiens-gorge prothétiques destinés aux femmes après un *traitement* contre le *cancer* sont remboursés jusqu'à un maximum de 300 €. Toutes les autres aides et appareils thérapeutiques ne sont remboursables que si les prestations ont été préalablement approuvées par écrit. Les frais d'entretien raisonnable (tels que l'entretien annuel ou le remplacement des piles) et de réparation des aides et appareils thérapeutiques sont remboursés dans le cadre de ces dispositions. Les dépenses relatives aux produits sanitaires (par exemple, les coussins chauffants et les appareils de massage) ne sont pas remboursées.

Consultations diététiques

Nous remboursons les frais pour les consultations externes avec un nutritionniste dès lors que le diagnostic d'une affection permet de bénéficier de conseils nutritionnels afin de mieux gérer l'affection. Ces affections comprennent le *cancer*, les troubles alimentaires, les maladies gastro-intestinales, les maladies cardiaques, les intolérances et allergies alimentaires.

Ces services doivent être prescrits par un *médecin*. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début du *traitement* et doit préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Podologie

Nous remboursons les frais des *traitements* podologiques lorsqu'ils sont médicalement nécessaires. Ces services doivent être prescrits par un *médecin*. L'ordonnance doit nous avoir été communiquée avant le début du *traitement* et doit préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Lunettes ou lentilles de contact

Les dépenses pour les montures et les verres de lunettes ainsi que les lentilles de contact sont remboursables, au total jusqu'au plafond spécifié.

Dispositifs d'aide auditive

Nous rembourserons les frais admissibles pour un dispositif d'aide auditive prescrit médicalement dans le cadre convenu des prestations.

Traitement de l'infertilité

Dans le cadre de l'étendue des prestations convenues, et à condition que nous ayons au préalable accordé par écrit les prestations, nous remboursons les coûts des tests diagnostiques, les *traitements* visant à augmenter la fertilité, ainsi que les *traitements* prévenant les fausses couches, les examens permettant de mettre en évidence les risques de fausses couches ainsi que la procréation assistée et ses complications :

- Examens diagnostiques, consultations et tests, y compris les procédures invasives telles que l'hystérosalpingographie, la laparoscopie ou l'hystérocopie
- Travaux de laboratoire
- *Traitement* médicamenteux prescrit, y compris, mais sans s'y limiter, la stimulation de l'ovulation
- Fécondation in vitro (FIV)
- Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)
- Transfert intrafallopéen de gamètes (GIFT)
- Transfert intrafallopéen de zygote (ZIFT)
- Insémination artificielle (IA)

Par ailleurs, nous remboursons uniquement les frais si :

- la femme a moins de 40 ans et l'homme moins de 50 ans au moment du *traitement* (premier jour de stimulation de chaque cycle de *traitement* ou premier jour de cycle en cas d'insémination avec stimulation hormonale)
- la stérilité de la personne assurée est due à des causes organiques et ne peut être surmontée qu'avec une aide à la reproduction
- l'homme et la femme bénéficiant du *traitement* sont tous deux *assurés* chez nous et bénéficient du *traitement* prévu dans le cadre du plan qu'ils ont choisi.

Conditions à respecter dans le cadre d'un traitement dentaire tel que défini au numéro 4.5

Soins dentaires de base

Soins dentaires généraux :

- Examen détaillé pour déterminer les signes avant-coureur d'une maladie pouvant toucher les dents, la bouche et la mâchoire
- Examen radiographique
- Anesthésie locale en vue de prodiguer des soins dentaires mineurs

Soins de prophylaxie dentaire :

- Détartrage et polissage dentaire
- Nettoyage dentaire professionnel
- Evaluation du niveau d'hygiène dentaire actuelle
- Fluoration locale pour un *enfant* de moins de 18 ans
- Scellement des fissures dentaires sans carie pour un *enfant* de moins de 18 ans

Soins de conservation dentaire :

- Restauration simple d'une cavité après *traitement* d'une carie
- *Traitement* du canal radiculaire après la restauration simple d'une cavité

Soins chirurgicaux :

- Extraction des dents
- Extraction d'une dent fortement endommagée
- Hémi-section ou extraction partielle d'une dent
- Extraction d'une dent non développée, ou desaxée par ostéotomie
- Réimplantation d'une dent avec fixation simple
- Excision de la muqueuse ou du tissu granuleux
- Amputation d'une racine dentaire et cystectomie

Traitement de la muqueuse buccale et de la parodontie :

- Analyse et documentation de la situation parodontale
- *Traitement* local des maladies de la muqueuse buccale
- Intervention chirurgicale parodontale à procédure fermée (en particulier ablation des concrétions sous-gingivales et le lissage des racines) si la profondeur de la poche dépasse 3 millimètres

- Chirurgie à lambeaux, curetage ouvert (incluant l'ostéoplastie) ; uniquement si la profondeur de la poche dépasse 5 millimètres et si une procédure fermée a été engagée antérieurement

Insertion de blocs de morsure et d'attelles occlusales :

- Intégration d'un bloc de morsure sans surface ajustée
- Incorporation d'un bloc de morsure à surface ajustée
- Contrôle ou restauration d'un bloc de morsure par des mesures soustractives ou additives

Analyse fonctionnelle et thérapie fonctionnelle :

- Analyse fonctionnelle clinique, comprenant également la documentation
- Enregistrement de la position centrale articulaire de la mâchoire inférieure, et enregistrement de la broche de soutien (création d'un arc de transfert, coordination d'un arc de transfert avec un articulateur)

Soins dentaires majeurs

Prothèses dentaires :

- Impression ou impression partielle d'une mâchoire pour un modèle de situation, comprenant l'évaluation du diagnostic et de la planification
- Préparation d'un plan de *traitement* écrit et d'un devis pour le *traitement* prothétique
- Préparation d'une dent détruite à l'aide d'un matériel d'accumulation en plastique, ou d'un ancrage à broche pour recevoir une couronne
- Inlay/Onlay
- Scellement adhésif (pilier en plastique, tenon, incrustation, couronne, couronne partielle)
- Restauration d'une dent avec une couronne complète ou partielle
- Insertion d'une couronne préfabriquée en dentisterie pédiatrique
- Couronnes/ponts temporaires
- *Traitement* d'une carie dentaire avec un pont ou une prothèse
- Couronne télescopique et prothèse télescopique
- *Traitement* d'une mâchoire édentée avec une prothèse totale

Services d'implantologie :

- Analyse liée aux implants
- Utilisation d'un modèle d'orientation/positionnement pour l'implantation
- Pose d'implants : jusqu'à quatre implants par mâchoire et la prothèse qui doit y être fixée
- Exposer un implant
- Insertion d'un matériel d'accumulation (os et/ou matériel de remplacement de l'os)
- Élévation du plancher sinusal

Les pré et post-traitements, comme par exemple les traitements dentaires liés à des prothèses dentaires, sont remboursés de la même manière que les frais pour lesquels ils sont prescrits ou fournis.

Traitement orthodontique

L'évaluation de couverture des *traitements* orthodontiques pour les *enfants* commencés avant l'âge de 18 ans, y compris les appareils orthodontiques métalliques et les appareils de rétention, se fait par nos soins sur la base d'un *plan de traitement* et d'une estimation des coûts. *Nous* évaluons la nécessité médicale d'un *traitement* orthodontique sur la base de l'Index des besoins de traitement orthodontique (IOTN) de la Société Britannique d'Orthodontie.

Les services supplémentaires tels que les formes spéciales de *traitement* (appareil dentaire interne, dite technologie linguale) et les attelles en plastique selon la méthode d'alignement (Invisalign) ne sont pas remboursables.

Soins dentaires suite à un *accident*

Il s'agit du *traitement* dentaire requis à la suite d'une blessure accidentelle, causée par un impact externe direct sur la tête, par exemple une chute, ou tout autre *accident* causant des blessures par une force externe. *Nous* ne couvrons pas les blessures causées par le fait de manger ou de boire ou toute blessure causée par le fait de mordre, de mâcher, de serrer ou de grincer des dents. Le rapport du *dentiste* doit confirmer spécifiquement que le *traitement* est la conséquence d'un *accident*. L'*accident* doit être prouvé par le biais d'un rapport médical ou d'un rapport de police.

Aucune période d'attente ne s'applique.

Exclusions liées aux prestations dentaires :

- Fluoration de la surface des dents et scellement des fissures chez les adultes
- Les couronnes ou facettes antérieures partielles ne sont pas remboursables
- Blanchiment et autres services cosmétiques et esthétiques
- Sédatation/anesthésie
- Mesures de soulagement de la douleur et de l'anxiété, telles que l'*acupuncture*, l'hypnose, l'anesthésie générale, la sédatation avec du gaz hilarant, l'anesthésie du sommeil crépusculaire.

Exceptions :

- Si un trouble anxieux a été diagnostiqué par un spécialiste qualifié, les frais sont remboursés par Globality Health pour les *enfants* allant jusqu'à 12 ans.
- Échec de l'anesthésie (locale)
- Si l'anesthésie locale semble impossible, en raison d'une déficience psychologique ou physique considérable du patient

5. Aide et soutien par nos prestations d'assistance et de service

Beaucoup d'obstacles sont à surmonter en cas de maladie ou d'*accident* : une langue étrangère, une infrastructure médicale différente, d'éventuelles difficultés pour entrer en contact avec les *médecins* traitants ou les *hôpitaux*. La communication avec famille restée dans le *pays de départ* ou d'*origine* peut également se révéler difficile.

C'est la raison pour laquelle nous offrons, en supplément des garanties d'assurance santé, une vaste gamme de prestations d'assistance et de service qui font partie intégrante de la couverture d'assurance et avec laquelle nous soutenons activement nos *assurés*.

Nous vous offrons notre soutien quand des problèmes surgissent et apportons notre aide à l'organisation de votre séjour à l'étranger.

Ces prestations d'assistance et de service sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an. En appelant le numéro indiqué dans vos documents d'assurance, vous et les personnes *co-assurées* serez pris en charge par notre équipe de collaborateurs, de coordinateurs d'assistance et de médecins plurilingues.

Selon la formule d'assurance choisie, vous et les personnes *co-assurées* pouvez faire appel à ces prestations d'assistance et de service lors d'un cas d'assurance ou d'une *urgence*. La fin de la couverture d'assurance pour vous ou une personne *co-assurée* entraîne automatiquement la fin du droit à nos prestations d'assistance et de service.

Nota Bene : Selon la formule d'assurance choisie, les prestations d'assistance décrites aux numéros 5.1 et 5.2 peuvent varier, ou même ne pas être assurées.

5.1 Explications – Assistance médicale (voir numéro 4.6)

Transport sanitaire et rapatriement médical

Nos garanties concernant les transports sanitaires sont décrites aux numéros 4.3 et 4.4. En outre, un rapatriement médical est prévu si les soins hospitaliers médicaux sont insuffisants dans le *pays de séjour*. Dans ce cas, les frais pour le transport sanitaire ou le rapatriement médical sont pris en charge sous les conditions suivantes :

- le transport sanitaire ou rapatriement médical doit avoir été prescrit par le *médecin* en charge du *traitement* et doit être médicalement nécessaire, et
- notre *centre de services de Globality Health* doit avoir donné son accord de prise en charge au préalable.

Le transport sanitaire ou de rapatriement pourra être effectué après concertation entre notre *centre de services de Globality Health* et votre *médecin* traitant, pour :

- vous amener à un endroit plus approprié dans un pays tiers (dans la *région de destination* choisie) pour la suite des *traitements*,
- ou, lors d'un cas d'assurance hors du *pays de séjour*, ramener l'*assuré* à son domicile actuel dans le *pays de séjour*,
- ou ramener l'*assuré* vers son dernier domicile permanent dans le *pays de départ* ou d'*origine*.

En cas de nécessité médicale, nous organisons également un accompagnement du transport par un *médecin*.

Ce droit à prestations vaut uniquement pour le transport vers le lieu de *traitement* approprié.

Informations sur l'infrastructure médicale

Lors d'un cas d'assurance ou d'une *urgence*, notre *centre de services de Globality Health* vous fournira aux *assurés*, les informations concernant l'offre médicale sur place. Notre *centre de services* vous désignera également les *médecins* et services d'*hôpitaux* disponibles sur place et parlant l'allemand, l'anglais, le français ou l'espagnol, de même que les *hôpitaux*, les cliniques spécialisées et les possibilités de transfert.

Suivi et information

Dès la première consultation médicalement nécessaire sur place, les *assurés* ont la possibilité de faire appel à notre service médical téléphonique auprès de notre *centre de services de Globality Health*.

Sur des *assurées*, notre *centre de services de Globality Health* peut informer les proches lors d'un événement, pour autant que cela soit techniquement possible. Une *seconde opinion* médicale peut être demandée auprès de notre *centre de services* dans le cas de maladies potentiellement mortelles ou de troubles de la santé graves et définitifs.

Notre *centre de services de Globality Health* offre son soutien aux *assurés* pour planifier l'admission et la sortie de l'*hôpital* dans le cas de *traitements* hospitaliers.

Nous offrons également la possibilité d'un suivi de l'évolution de la maladie par des *médecins* de notre *centre de services de Globality Health* ou par des coordinateurs d'assistance lors de *traitements* hospitaliers ou de *traitements* effectués en ambulatoire pour éviter un séjour hospitalier. De plus, il est possible de procéder à une concertation sur le *traitement* et l'évolution de la maladie par des entretiens de *médecin à médecin* dans le cadre de *traitements* hospitaliers ou de *traitements* effectués en ambulatoire pour éviter un séjour hospitalier.

Garantie de prise en charge des frais

Lors d'une *urgence* suivie d'un *traitement* hospitalier, il est indispensable de contacter immédiatement notre *centre de services de Globality Health*. Lorsqu'un *traitement* hospitalier est prévu, il convient de contacter notre *centre de services* au plus tard 7 jours avant l'hospitalisation ; ceci vaut également pour toute opération ambulatoire remplaçant un séjour hospitalier.

Afin d'évaluer correctement la couverture du *traitement* prévu, nous avons besoin d'une estimation des coûts et d'un rapport médical incluant le diagnostic, l'anamnèse et la nature du *traitement* prévu.

Cela est essentiel lors de la planification d'un *traitement* en milieu hospitalier ou dans le cas d'une hospitalisation d'*urgence* afin que votre *centre de services de Globality Health* puisse régler les formalités nécessaires pour garantir la prise en charge aux *médecins* et/ou à l'*hôpital*, y compris la vérification de la facturation des frais médicaux afin de s'assurer du caractère raisonnable de leur coût. De plus, si nous sommes informés au préalable, nous organisons sur demande l'envoi des factures et les modalités de paiement directement avec l'*hôpital* et nous nous efforçons de mettre en place un paiement centralisé. Dans ce cas, notre *centre de services* vous informera par écrit ou par courrier électronique de la procédure adoptée.

Notez que dans certaines régions il est courant de demander les détails de votre carte de crédit afin de garantir le paie-

ment des prestations médicales. Si une franchise s'applique ou si les coûts dépassent les limites de votre assurance, alors votre carte de crédit pourrait être chargée de ces dépenses.

Soutien d'ordre organisationnel en cas de décès, participation aux frais de rapatriement du corps

En cas de décès à l'étranger, notre *centre de services de Globality Health* vous aidera. Le *centre de services* se charge :

- d'obtenir le certificat de décès ou le procès-verbal de l'*accident*, dans la mesure où les lois le permettent,
- d'établir le contact avec les autorités et les consulats à l'étranger,
- de déterminer quels membres de la famille sont habilités à décider d'un rapatriement du corps ou d'une incinération,
- de toutes les formalités concernant un rapatriement du corps, une incinération ou un enterrement sur place conformément aux règlements du pays respectif.

Nous remboursons

- les frais immédiats pour le rapatriement du corps vers le *pays de départ* ou d'*origine* (y compris toutes les formalités)
- en cas d'incinération dans le *pays de séjour*, les frais de rapatriement de l'urne vers le *pays de départ* ou d'*origine*.

Nous ne prenons pas en charge les frais d'enterrement en tant que tels.

Conseils médicaux complémentaires

Notre *centre de services de Globality Health* informe les *assurés* (indépendamment d'un cas d'assurance) sur toutes les préparations du séjour aussi bien sur le plan général (informations sur le pays, formalités de douane) que sur le plan médical (conseils de vaccination, informations médicales téléphoniques), et les conseille sur le contenu et l'approvisionnement de la trousse à pharmacie et de secours. En cas de maladie, les *assurés* peuvent obtenir des informations générales sur la nature, les causes possibles et les possibilités de *traitement* de la maladie, ainsi qu'une explication des termes médicaux spécifiques auprès de notre *centre de services de Globality Health*. Il leur fournira également tous renseignements sur les *médicaments* et leurs génériques/préparations comparables, leurs effets secondaires et leurs interactions avec d'autres substances.

Lors de *traitements* ambulatoires, notre *centre de services de Globality Health* se tient éventuellement informé du *traitement* et de l'évolution de la maladie par des entretiens de *médecin à médecin*, et en suit l'évolution et le *traitement* ultérieur.

Services en ligne

Sur le site www.globality-health.com comprend un espace sécurisé où vous pouvez accéder directement à de nombreux services en ligne. Les informations utiles sur l'accès à cette zone sécurisée vous seront données au moment où vous sera remise votre carte *Globality Service Card*.

5.2 Explications – Assistance supplémentaire (voir numéro 4.7)

Approvisionnement et envoi de *médicaments*

Si un *assuré* dépend de *médicaments* vitaux non disponibles dans le *pays de séjour*, notre *centre de services de Globality Health* de se chargera sur demande de les commander les lui envoyer ces *médicaments* - dans la mesure où ils sont autorisés par la loi et qu'aucun règlement légal ne s'oppose à leur importation ou utilisation.

Organisation de voyages

En cas de décalage du voyage de retour du *pays de séjour* en raison d'*urgences* médicales entraînant une incapacité à voyager, notre *centre de services de Globality Health* s'occupe du changement des réservations d'hôtels et des vols.

Frais de voyage des assurés devant rejoindre un membre de leurs familles en danger de mort ou décédé

Dans le cas où une personne assurée doit rejoindre son *pays d'origine* pour cause de maladie grave/accident ou de décès concernant un membre de sa famille ; Globality Health remboursera les frais de voyage, à hauteur des montants maximums indiqués au paragraphe 4.7 des conditions générales. Il s'agit des frais de transport (respectivement les billets de train aller-retour en première classe et les billets d'avion en classe tourisme) vers le lieu de résidence ou d'hospitalisation dans le *pays d'origine* du membre de la famille gravement malade ou accidenté, et vers le lieu d'inhumation dans le *pays d'origine*, en cas de décès. Sont considérés comme maladies et *accidents graves*,

les évènements qui mettent en danger la vie des personnes touchées. Les personnes du cercle familial considérées sont : le conjoint ou le partenaire non marié, les parents et les *enfants*. Ces frais de transport ne sont remboursés qu'à condition que le *centre de services de Globality Health* correspondant ait été préalablement contacté. Un certificat de décès est préalablement requis pour le remboursement des frais de transport vers le lieu d'inhumation.

Les frais de voyage d'une personne accompagnant le rapatriement d'une personne assurée

En cas de rapatriement médicalement nécessaire d'une personne assurée, pour lequel nous avons donné notre accord préalable par écrit conformément au paragraphe 5.1 des conditions générales. Nous remboursons, les frais de voyage, à hauteur des montants maximums indiqués au paragraphe 4.7 des conditions générales. Il s'agit des frais de transport (respectivement les billets de train en première classe et les billets d'avion en classe tourisme) d'une personne accompagnatrice jusqu'au dernier lieu de résidence permanent de l'*assuré* dans son *pays d'origine* ou de départ, ou jusqu'au lieu d'hospitalisation qui suit le rapatriement.

Visites de proches

Si un *assuré* subit un *traitement* hospitalier suite à une *urgence* médicale (aussi bien dans le *pays de séjour* que lors d'un voyage d'affaires ou de plaisance), nous organisons une visite à l'*hôpital* pour un membre de sa famille. Si l'hospitalisation dure plus de 7 jours, notre *centre de services de Globality Health* organise alors le voyage de cette personne jusqu'à la ville où se trouve l'*hôpital*, ainsi que son retour au domicile. Nous prenons en charge les frais de transport (train en 1ère classe, vol en classe économique) et d'hébergement à l'hôtel (jusqu'à 7 jours) à concurrence du total spécifié – mais ce uniquement si le *centre de services de Globality Health* a été contacté au préalable.

Organisation du transport de retour ou de la garde de vos enfants

Si, suite à une *urgence* médicale, un *traitement* hospitalier des deux parents devient nécessaire dans le *pays de séjour*, nous nous chargeons d'organiser la garde de des *enfants* sur place par un service de garderie pour la durée du *traitement* hospitalier.

Si une *urgence* médicale survient pendant un voyage en plaisance (maximum 6 semaines), entraînant la nécessité d'un *traitement* hospitalier des deux parents, les *enfants mineurs* auront droit à un transport de retour avec un accompagnateur jusqu'à votre domicile actuel dans le *pays de séjour*.

Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger

Si le séjour à l'étranger est source de conflits psychologiques pour la personne assurée, le *centre de services de Globality Health* compétent propose un soutien psychologique par téléphone et organise si nécessaire une aide locale appropriée.

Dépôt de documents (conservation, aide pour l'obtention de nouveaux documents)

Il est possible de déposer les copies de documents de voyage (p. ex. passeport, carte d'identité visa, carte de crédit, permis de conduire, titre de propriété de véhicule, carte grise, carnet de vaccination, carnet des allergies, documents professionnels jusqu'à 20 pages A4) auprès de notre *centre de services de Globality Health* dans une enveloppe fermée munie d'un code personnel. En cas de perte des originaux, qu'il y ait eu un cas d'assurance ou non, nous aiderons les *assurés* à obtenir de nouveaux documents en envoyant des copies par la poste, par un service de coursiers ou par télécopie. La durée du dépôt des documents est de cinq ans, à moins de mises à jour par les *assurés*.

Organisation d'aide lors de problèmes juridiques

Notre *centre de services de Globality Health* indique les avocats et experts parlant l'allemand, l'anglais, le français ou l'espagnol dans le monde entier. Le cas échéant, il organise un acompte sur les frais d'avocats, sur les frais judiciaires ou sur une caution pénale. Il ne verse pas d'acompte lui-même, mais établit le contact avec la banque ou avec des membres de la famille des *assurés* et aide éventuellement à transférer l'argent.

Recommandation d'une formation interculturelle

Notre *centre de services de Globality Health* vous désigne des prestataires spécialisés qui offrent des formations axées sur les particularités de pays ou de régions pour vous préparer au séjour à l'étranger en tenant compte des aspects du travail et de la vie privée dans le pays en question.

6. Exclusions

Quelles situations ne sont pas couvertes ?

Agir ou voyager contre avis médical/non demande d'un avis médical

Nous ne couvrons pas le *traitement* nécessaire à la suite de la non demande ou du non respect d'un avis médical, ou à la suite d'un voyage contre avis médical.

Blessures occasionnées lors du service militaire

Nous ne couvrons pas les maladies, *accidents* ainsi que leurs conséquences, causés pendant que l'*assuré* exerce des fonctions militaires.

Changement de sexe

Nous ne couvrons pas le changement des caractéristiques sexuelles biologiques réalisé par chirurgie ou par *traitement* hormonal.

Chirurgie cosmétique/plastique

Les frais engagés pour la chirurgie cosmétique ou plastique et le *traitement* ne seront pas remboursés.

Complications causées par un risque exclu de la police d'assurance

Nous ne couvrons pas les dépenses causées par des complications directement causées ou liées à une maladie, une blessure ou un *traitement* dont nous avons exclu ou limité la couverture dans la formule d'assurance que vous avez choisie.

Contamination radioactive, chimique et biologique

Nous ne couvrons pas les maladies, *accidents* ainsi que leurs conséquences, causés par l'énergie nucléaire (réactions nucléaires, radiations et contamination), ainsi que les maladies, *accidents* et leurs conséquences causés par des armes chimiques ou biologiques.

Dépendance

Nous ne prenons pas en charge les frais d'hébergement nécessaires pour les cas de dépendance.

Expérimentations et recherches médicales

Nous ne couvrons aucune forme de *traitement* ou de pharmacothérapie que nous considérons comme expérimentale. Tout service, technologie, assistance, procédure, *traitement*,

médicament, dispositif, installation, équipement ou produit biologique est considéré comme expérimental dès lors qu'il ne répond pas à toutes les exigences suivantes :

- Existence d'une licence définitive et d'une approbation clairement indiquée d'au moins une des agences suivantes : EMA (Agence européenne des médicaments), FDA (Food and Drug Administration – phase III positive), réseau européen d'évaluation des technologies de la santé (EU-netHTA). Une approbation provisoire n'est pas suffisante. L'approbation n'est valable que pour les indications et les conditions correspondantes. Dans le cas de procédures et d'orientations de parcours clinique approuvées, il doit être clairement indiqué comme tel sur l'une des lignes directrices suivantes : NICE (National Institute for Health and Care Excellence), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), AHRQ National Guideline (Agency for Healthcare Research and Quality – National Guideline Clearinhouse).
- Toutes les approbations et orientations doivent être concluantes et ne peuvent pas faire état de la nécessité de recherches supplémentaires, ou d'un environnement de recherche, ou de preuves limitées, ou de preuves insuffisantes ou d'un manque d'utilité clinique.

Force majeure

Sauf accord écrit, nous ne remboursons ni les frais de *traitement* ni les évacuations sanitaires ni les rapatriements découlant directement ou indirectement d'un cas de force majeure où nous serions dans l'impossibilité de vous prêter assistance ou encore où les autorités locales nous retireraient tout contrôle sur la situation.

Le cas de force majeure comprend, entre autres, tout événement aléatoire, imprévisible ou inévitable tel qu'un tremblements de terre, des conditions météorologiques particulièrement défavorables, un incendie, des inondations, des éboulements ou des affaissements de terrain ainsi que toute autre situation ou événement indépendant de notre volonté.

Frais de transport

Sauf accord écrit préalable de notre part, nous ne remboursons pas les frais de transport autres que les services d'ambulance d'*urgence*.

Frais hospitaliers non médicaux

Nous ne couvrons pas les accompagnateurs, tous les consommables et aliments non médicaux et toutes les dépenses liées aux médias (radio, TV, etc.).

Guerre, mouvement populaire, terrorisme

Sont exclus de l'assurance les maladies ou les *accidents* et leurs conséquences, ainsi que les décès imputables à des actes de guerre, à des troubles civils ou à des actes de terrorisme, à moins que l'assuré ne soit blessé en tant que tiers non impliqué qui n'a pas fait abstraction du danger volontairement ou par négligence et que l'assuré ne soit pas entré délibérément dans la zone de conflit.

La couverture d'assurance n'est en aucun cas valable si l'assuré pénètre dans une zone de combat direct ou rend des services à l'un des belligérants. L'exclusion des prestations s'applique indépendamment du fait que la guerre ait été déclarée ou non.

Si l'assuré a connaissance d'actes de guerre, de troubles civils ou d'actes terroristes alors qu'il se trouve dans le pays, l'assurance ne couvre que les soins d'urgence et de sauvetage et seulement pendant la période où l'assuré est empêché de quitter le pays ou la région concernée; cette période est limitée à 28 jours.

Interruption de grossesse

Nous couvrons l'interruption de grossesse en cas de danger physique pour la vie de la femme enceinte ou si le fœtus est devenu non viable, et uniquement si nous avons donné notre accord par écrit avant l'acte médical. Les conditions ci-dessus doivent être prouvées par des rapports d'enquête médicale nécessaires et par un rapport médical du *médecin*, indiquant les raisons de l'interruption de grossesse.

La maternité de substitution

Nous ne remboursons pas les frais des *traitements* directement liés à la maternité de substitution, qu'il s'agisse des mères porteuses ou des parents d'intention.

Les *enfants* nés de mères porteuses sont exclus de la couverture.

Les épidémies, pandémies et clusters d'ampleur comparable

Les frais liés aux *traitements* et/ou aux évacuations médicales et/ou aux rapatriements découlant directement ou indirectement d'une épidémie, d'une pandémie et d'un cluster d'ampleur comparable ne sont pas couverts dès lors qu'ils sont placés sous le contrôle des autorités de santé publique locales, sauf accord contraire écrit de notre part.

Maladies, accidents et leurs conséquences causés délibérément (blessures auto-infligées, y compris les tentatives de suicide)

Nous ne couvrons pas les maladies et les *accidents* causés délibérément, ainsi que leurs conséquences. Nous considérons qu'une maladie ou un *accident* est causé délibérément si la personne concernée a au moins idée des conséquences de ses actes et a accepté le fait qu'un dommage puisse être causé.

Programmes de désintoxication, y compris les thérapies

Les programmes de désintoxication comprenant des thérapies aidant à lutter contre la toxicomanie et l'alcoolisme ne sont pas couverts par l'assurance. Sans porter préjudice à cette disposition, les prestations contractuelles seront versées pour une première désintoxication si l'assuré ne peut prétendre à aucun remboursement auprès d'un autre organisme.

Dans le cas d'une désintoxication en milieu hospitalier, seuls les frais engagés pour les services hospitaliers généraux de base seront remboursés. Nous ne couvrons aucun autre *traitement* causé par ou directement associé à la consommation nocive, dangereuse ou addictive de toute substance, y compris l'alcool et les drogues.

Soins de longue durée et garde des personnes

Nous ne remboursons pas les frais d'hébergement liés aux soins de longue durée ainsi que la garde des personnes.

Stations thermales et massages de relaxation

Nous ne couvrons pas les séjours ou les *traitements* dans un centre de cure, un centre de bains, une station thermale ou un centre de récupération, même s'ils sont prescrits par un *médecin*. Cela inclut également les bains thermaux, les saunas et tout type de massage de relaxation.

Stérilisation, dysfonctionnement d'ordre sexuel et contraception

Nous ne couvrons aucun acte médical visant à stériliser une personne, aucune procédure, aucun *traitement* ou *médicament* destiné à prévenir une grossesse ni aucun *traitement* de dysfonctionnement d'ordre sexuel (sauf s'il fait partie d'un *traitement* de FIV).

Test génétique

Nous ne sommes pas tenus de rembourser des frais de tests génétiques, sauf dans le cas où des tests génétiques spécifiquement désignés sont inclus dans votre plan, ou si nous marquons spécifiquement notre accord par écrit.

Thérapies et *traitements* dans les sanatoriums, les maisons de convalescence et de soins ainsi que les mesures de rééducation spécifiques

Nous ne couvrons pas les thérapies et *traitements* dispensés en sanatoriums ou en maisons de convalescence et de soins. Toutefois, en fonction de la couverture choisie, nous prenons en charge une partie des frais de *suivi en rééducation*.

Traitement* effectué par l'époux/l'épouse ou le compagnon/la compagne, par les parents ou par les *enfants

Nous sommes dispensés de tout remboursement pour les *traitements* effectués par l'époux/l'épouse ou le compagnon/la compagne, par les parents ou par les *enfants*. Nous remboursons toutefois sur justificatif les frais matériels nécessaires au *traitement*, à concurrence des garanties prévues dans l'assurance.

Traitement* par certains *médecins*, *dentistes* et autres *thérapeutes* ainsi que dans certains *hôpitaux

Les factures des *traitements* effectués par certains *médecins*, *dentistes*, *thérapeutes* et dans certains *hôpitaux* peuvent être exclues de nos remboursements pour des motifs graves. Nous ne serons toutefois dégagés de notre *obligation* de prestation que pour les cas d'assurance intervenant après notification de cette exclusion. Dans la mesure où le cas d'assurance est déjà intervenu au moment de la notification de cette exclusion, notre *obligation* de remboursement n'est levée que pour les frais occasionnés après écoulement de 3 mois suivant cette notification.

Troubles du développement

L'assurance ne couvre pas les services, les thérapies, les tests de formation, ou la formation liés à des difficultés d'apprentissage ou des troubles du développement psychologique, tels que les retards de développement, les aptitudes scolaires, les troubles envahissants, le retard mental, les déficiences de perception, les lésions cérébrales non causées par une blessure accidentelle ou une maladie, le dysfonctionnement cérébral minimal, la dyslexie ou l'apraxie.

Vision

Nous ne couvrons pas les *traitements* et les interventions chirurgicales effectués pour corriger votre vue, tels que le *traitement* par laser, la kératotomie réfractive et la kératectomie photoréfractive.

Vitamines et minéraux

Nous ne remboursons ni les produits classés comme vitamines ou minéraux (sauf s'ils sont médicalement nécessaires pendant la grossesse ou pour le *traitement* de syndromes de carence vitaminique diagnostiqués et ayant des effets cliniques) ni les suppléments nutritionnels ou diététiques, y compris, mais sans s'y limiter, les préparations spéciales pour nourrissons et autres produits cosmétiques (même si ils sont médicalement recommandés, prescrits ou reconnus comme ayant des effets thérapeutiques).

Nous ne reconnaissons pas comme étant médicalement nécessaires les nutriments, les toniques, les eaux minérales, les cosmétiques, les produits d'hygiène et de soins corporels et les additifs pour le bain. Le coût de ces produits n'est donc pas remboursé.

Autres restrictions des garanties

Si le montant des prestations que nous avons accordé pour un *traitement* ou toute autre mesure ne correspond pas aux frais raisonnables et coutumiers habituels ou si le *traitement* est supérieur à ce qui est médicalement nécessaire, nous serons en droit de réduire son paiement/remboursement. Vous ou la personne *assurée* serez responsable pour les frais non raisonnables et coutumiers habituels puisque nous ne couvrons pas ces dépassements.

Nous nous réservons le droit de faire réévaluer tout coût ou toute estimation de coût par des *médecins* afin d'établir si ce dernier constitue un frais raisonnable et coutumier habituel.

S'il existe aussi un droit à prestations auprès d'une caisse maladie publique, d'une assurance *accidents* publique ou privée, ou d'une assurance invaliditévieillesse publique, ou s'il existe un droit à prestations d'un autre organisme ou institution, l'*assuré* est tenu de nous céder l'ensemble de ses droits vis-à-vis de ces organismes.

Dans l'intérêt de toutes les parties concernées, nous suivrons la réglementation des sanctions internationales en vigueur. Nous ne sommes pas censés fournir une couverture et ne saurions être tenus responsables de payer toute demande de remboursement ou de fournir toute prestation dans le cadre de cette *police d'assurance* dans la mesure où l'apport d'une telle couverture, en payant cette demande de remboursement ou en fournissant cette prestation, nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction dans le cadre de résolutions des Nations Unies, aux sanctions économiques ou commerciales, aux lois ou à la réglementation de L'Union Européenne ou du Royaume-Uni, ou à des sanctions des États-Unis d'Amérique.

7. Procédure et dispositions pour le règlement de prestations

7.1 Nécessité médicale

Par nécessité médicale, nous entendons toutes les mesures médicales appropriées, fondées sur les normes médicales internationalement reconnues au moment et à l'endroit considérés, qui sont utilisées pour diagnostiquer, traiter, guérir ou soulager l'état pathologique, la maladie ou la blessure et qui sont reconnues comme appropriées par l'assureur.

Ces mesures doivent être :

- a) effectuées dans un établissement de soins de santé autorisé et agréé par les autorités du pays de *traitement*.
- b) les plus appropriées compte tenu de la sécurité du patient et du rapport coût-efficacité.
- c) cohérentes avec le diagnostic, les symptômes ou le *traitement* de l'affection sous-jacente.
- d) cliniquement appropriées, en termes de type, de fréquence, d'étendue, de site et de durée, et considérées comme efficaces contre la maladie, la blessure ou l'affection du patient.
- e) Ne pas être uniquement requises pour le confort ou la commodité du patient, des prestataires médicaux, des *thérapeutes* ou des *médecins*.
- f) Non nécessaires à des fins d'essai clinique, d'expérimentation, de recherche ou d'esthétique (voir aussi 6).
- g) Non nécessaires à des fins de dépistage et de soins préventifs.

7.2 Conditions à respecter pour recevoir le règlement des prestations

Les *assurés* ont le choix entre tous les *médecins* et *dentistes* autorisés à pratiquer dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé et entre tous les *thérapeutes* disposant d'une formation reconnue et approfondie dans leur domaine de *traitement*. Les frais de prestations médicales ou dentaires ne sont remboursables que si celles-ci sont requises dans le cadre d'un *traitement* médicalement nécessaire à effectuer dans les règles de l'art médical ou dentaire.

Les prestations médicales et dentaires ainsi que les prestations d'autres *thérapeutes* sont remboursables dans la mesure où les honoraires sont appropriés et calculés en conformité avec le *barème des prestations* spécifique du pays. Sont également remboursables les frais dépassant les plafonds de ce *barème des prestations* dans la mesure où ils sont justifiés par des difficultés exceptionnelles dues à la maladie ou aux résultats d'examen, et facturés de manière adéquate. Pour les presta-

tions de *thérapeutes* tels que le masseur, la sage-femme ou le naturopathe pour lesquelles il n'existe éventuellement pas de barème spécifique dans le *pays de séjour*, nous nous basons sur les honoraires comparables de *médecins* ou sur les prix habituellement appliqués dans le pays du *traitement*.

Lors du remboursement de travaux de laboratoire dentaire et de matériaux assimilés, nous nous basons sur les prix habituellement appliqués dans le *pays de séjour*. Les prothèses dentaires, *prestations d'implants* et d'orthodontie sont également considérées comme prestations de *dentiste* si elles sont réalisées par un *médecin*. Elles ne font pas partie d'un *traitement* ambulatoire ou hospitalier. Nous prenons en charge les frais dans le cadre de l'étendue des garanties contractuelles pour les méthodes d'examen ou de *traitement* ou pour des *médicaments* généralement reconnus par la *médecine officielle*. En outre, nous versons des prestations pour des méthodes et *médicaments* ayant suffisamment prouvé leur efficacité dans la pratique ou étant utilisés parce qu'aucune méthode ni aucun *médicament* issu de la *médecine officielle* ne sont disponibles ; nous sommes cependant en droit de limiter nos prestations au montant qui aurait été dû dans le cas de l'utilisation des méthodes et *médicaments* issus de la *médecine officielle*.

7.3 Procédure de règlement de cas d'assurance

Dans l'intérêt des *assurés*, nous voulons régler chaque cas d'assurance le plus rapidement possible. À cette fin, il est nécessaire de faire valoir les frais à rembourser immédiatement après la fin de chaque *traitement* par présentation des justificatifs.

- a) Nous ne sommes tenus de verser des prestations que lorsque les justificatifs que nous demandons nous sont apportés ; ces justificatifs deviennent notre propriété. Nous nous réservons le droit de les archiver.
- b) À prendre en considération : À moins d'avoir convenu avec nous d'une autre procédure, les justificatifs liés au cas d'assurance doivent nécessairement être envoyés à notre *centre de services de Globality Health*. Il est nécessaire de nous présenter les documents originaux. Ceux-ci doivent par ailleurs répondre aux normes de facturation valables dans le pays concerné (voir aussi les critères spécifiés au numéro 7.4). Afin de faciliter le processus et de rembourser les frais au plus vite, nous acceptons l'envoi des justificatifs par email ou par télécopie, dans la mesure

ou la qualité de cette transmission rende tout *traitement* possible. Nous pouvons si nécessaire réclamer les justificatifs originaux. Si une autre assurance santé ou une autre institution a participé aux frais, les copies des justificatifs de frais suffisent avec l'original de la mention de remboursement. Nous pouvons aussi verser directement les prestations au porteur ou à l'expéditeur des justificatifs originaux réglementaires, et ce avec effet libératoire.

- c) Les droits à règlement ne peuvent être ni cédés ni mis en gage (voir numéro 7.6 a) pour les exceptions pour certains prestataires).

7.4 Éléments obligatoires sur les justificatifs de frais

a) Les factures doivent spécifier :

- nom et prénom ainsi que la date de naissance de l'*assuré*
- la désignation précise de la maladie (diagnostic) par le *médecin*, ou encore une description détaillée des troubles,
- les prestations respectives avec les dates de *traitement* et les prix respectifs,
- dans le cadre d'un *traitement* dentaire, la désignation des dents traitées ou remplacées par prothèses, et les prestations respectives réalisées.

b) À observer en outre :

- Tous les justificatifs devront être formulés si possible en langue anglaise, allemande, française, néerlandaise ou espagnole, en chiffres arabes et caractères latins (1, 2, 3 ... / a, b, c ...) et spécifier les codes ICD 9 ou 10 (Classification Internationale des Maladies).
- Les ordonnances de *médicaments* doivent porter de manière claire et lisible le nom, le prénom et la date de naissance de l'*assuré*, et indiquer le *médicament* prescrit, le prix et la mention de quittance.
- Les ordonnances sont à présenter en même temps que la facture afférente du *médecin*, ou encore avec les factures d'applications thérapeutiques, d'aides ou d'appareils médicaux.
- Si une *indemnité journalière compensatoire* est demandée au lieu du remboursement des frais d'une hospitalisation, il est nécessaire de nous présenter un certificat d'hospitalisation sur lequel figurent les nom, prénom et la date de naissance de la personne traitée, la désignation de la maladie, les dates d'admission et de sortie et les éventuels jours d'interruption du séjour hospitalier.

Pour demander le règlement des prestations, il faut utiliser autant que faire se peut notre formulaire de *traitement* qui

se trouve sur notre site Internet ou auprès de notre *centre de services de Globality Health*. La signature d'un *médecin* apposée sur ce document, assure un *traitement* rapide de nos services et évite des demandes de précision qui retarderaient le processus de remboursement.

7.5 Procédure en cas d'accident/d'urgence

Nous sommes joignables 24h/24. Nos coordonnées (adresses, numéros ou adresses e-mail) sont indiqués sur tous nos documents. Si un *assuré* fait appel à notre *centre de services de Globality Health* suite à un cas d'assurance grave, en particulier après un *accident*, une *urgence* ou un *traitement* hospitalier, nous lui proposons de le rappeler immédiatement.

7.6 Traitement de demandes de prestations

a) Prestations pour les *traitements* hospitaliers

Nous réglons sur demande les frais fixes directement à l'expéditeur de la facture, p. ex. le forfait d'hospitalisation et le supplément d'hébergement à l'*hôpital*, ou les frais pour le transport de secours. En outre, les *assurés* ont la possibilité de subroger le fournisseur des prestations dans leurs droits respectifs à remboursement vis-à-vis de la Globality, p. ex. par une dite déclaration de cession au bénéfice de l'*hôpital*. Un décompte direct n'est toutefois possible qu'avec l'accord de l'*hôpital* et dans la mesure où les conditions spécifiques du pays le permettent.

b) Prestations pour les *traitements* ambulatoires et dentaires Les *assurés* sont les partenaires contractuels du *médecin* traitant ou du *thérapeute* respectif. Au début du *traitement*, celui-ci conclut avec l'*assuré* un contrat de *traitement* sur la base duquel il établira sa facture. L'*assuré* peut alors l'adresser à notre *centre de services de Globality Health* qui versera alors les prestations prévues dans votre contrat d'assurance.

7.7 Remboursement de frais

En règle générale, vous ou les *co-assurés* recevez des prestations d'après le principe du remboursement de frais, c'est-à-dire que nous vous remboursons les frais remboursables occasionnés dans le cadre d'un *traitement*. Sur votre demande, nous offrons un service spécial en réglant directement l'expéditeur de la facture, dans la mesure où celui-ci accepte un règlement direct et que les dispositions légales le permettent (voir numéro 7.6 a).

7.8 Monnaie contractuelle

La monnaie de base de nos plans d'assurance est l'euro (€). Cependant, il est également possible de choisir le dollar américain (\$) ou la livre sterling (£) comme monnaie contractuelle. Nous vérifions les cours du change pour ces monnaies par rapport à l'euro en janvier et en juillet de chaque année, et les mettons à jour si nécessaire. Ceci peut induire une augmentation ou une diminution des primes si le contrat est régi par une monnaie exigeant un ajustement au cours de l'euro.

7.9 Taux de change

Nous remboursons les factures dans la devise convenue avec vous. Nous convertissons les coûts en devises étrangères au taux applicable le jour où la facture a été émise. Ceci à moins que vous nous fassiez parvenir les justificatifs bancaires prouvant que vous avez acheté la devise nécessaire à un taux moins avantageux pour payer les factures.

8. Obligations

- a) Tout *traitement* hospitalier devra nous être signalé immédiatement, une simple information à notre *ccentre de services de Globality Health* suffit.
- b) À notre demande ou à la demande de notre *centre de services de Globality Health*, les *assurés* sont tenus de nous fournir tout renseignement nécessaire à la constatation d'un cas d'assurance ou de notre obligation de prestation et de nous permettre ainsi qu'à notre *assiste*ur d'obtenir tous les renseignements indispensables (en particulier le déliement du secret professionnel).
- c) À notre demande, les *assurés* doivent accepter de subir un examen par un *médecin* mandaté par nos services. Nous prenons en charge les frais de cet examen ainsi que d'éventuels frais de déplacement au cabinet médical sur présentation d'un justificatif correspondant.
- d) Les *assurés* doivent autant que possible veiller à limiter le dommage et vous s'abstenir de toute action susceptible de ralentir la guérison.
- e) Dans la mesure du possible, vous et les personnes *co-assurés* devez adopter un comportement soucieux des coûts lorsqu'un événement assuré survient et limiter les dépenses du *traitement*. L'achat de *médicaments* génériques sera par exemple privilégié à l'achat de *médicaments* de marques.

Si l'une des *obligations* décrites au numéro 8, paragraphes a) à e) n'est pas respectée, nous sommes, sous réserve des restrictions prévues par la loi, dégageés de notre garantie ou habilités à limiter l'étendue de nos prestations. Ceci ne vaut toutefois pas si l'*assuré* n'a agi ni volontairement ni par négligence grave. L'*assuré* est responsable des fautes sciemment commises.

Cession de droits vis-à-vis de tiers

Nonobstant la subrogation dans les droits à indemnisation prévue par la loi, si un *assuré* a des revendications de dommages-intérêts ne touchant pas le domaine des assurances envers des tiers, il est tenu de nous subroger par écrit dans ces droits à concurrence du montant du remboursement résultant de notre contrat d'assurance. Si un *assuré* renonce sans notre accord à un tel droit ou à un droit servant à la sûreté de cette revendication, nous sommes dispensés de notre *obligation* de prestation dans la mesure où nous aurions pu obtenir une indemnisation à travers la subrogation dans cette revendication ou ce droit.

Imputations

Les *assurés* doivent uniquement imputer des frais sur des créances de notre part dans la mesure où nous ne contestons pas la créance ou que celle-ci est devenue définitive.

Fraude

Si une déclaration de frais est incorrecte ou fautive, ou si des tiers ont employé des moyens frauduleux avec votre consentement afin d'obtenir des prestations sans fondement juridique sur la base de ce contrat, les *assurés* n'ont aucun droit à prestation. Toutes les garanties de ce contrat s'éteignent. Tous règlements versés avant que nous ayons connaissance des actes frauduleux devront nous être remboursés dans leur totalité.

9. Paiement et calcul de la prime

Paiement de la prime

Le montant des primes, l'échéance et les modalités de paiement sont fixés dans les termes du contrat d'assurance de groupe.

Si la *police d'assurance* précise le montant des primes, les éventuels suppléments de prime demandés sont spécifiés séparément.

Si l'assurance ne commence pas le 1^{er} d'un mois calendaire ou ne se termine pas le dernier jour d'un mois calendaire, seul le montant pro rata temporis de la prime mensuelle est exigible pour le premier et le dernier mois de l'assurance.

Retard de paiement de la prime

Les règlements suivants s'appliquent si *l'assuré* paie lui-même ses primes :

Si la prime convenue n'est pas payée dans les 10 jours suivant l'échéance, nous pouvons mettre *l'assuré* en demeure après écoulement du délai de paiement. Cette mise en demeure sera notifiée par les moyens appropriés au dernier domicile de *l'assuré*. Si la prime n'est toujours pas payée après un délai de 30 jours suivant la mise en demeure, nous sommes dégagés de toute *obligation* pour tout cas d'assurance survenant après écoulement de ce délai, en vertu de l'article 21 de la loi luxembourgeoise du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance. Malgré la libération de notre société de tout engagement, *l'assuré* reste tenu de payer les futures primes.

Si la prime n'est toujours pas payée 10 jours après écoulement du délai supplémentaire, nous pouvons résilier le contrat avec effet immédiat. Si le contrat n'est pas résilié, notre garantie reprend effet pour tous les nouveaux cas d'assurance si *l'assuré* a payé, avant la survenance desdits cas, les primes exigibles ainsi que, sur justificatif, les frais causés par le retard de paiement. La garantie commence alors à 0:00 heures du jour de la réception de l'ensemble des sommes dues par nos services ou par la personne mandatée par nos soins. Il n'existe cependant aucune *obligation* de prestation si *l'assuré* ne paie qu'au moment où la survenance du cas d'assurance n'est plus incertaine. Si aucune prime n'est payée sur une période de plus de 2 ans, le contrat d'assurance est réputé annulé.

10. Informations générales

10.1 Modification des conditions générales

Nous pouvons modifier les conditions générales d'assurance. Nous vous informerons par écrit de ces modifications au moins trois mois avant le début de l'année d'assurance.

Les modifications des conditions générales d'assurance prendront effet au premier jour de l'année d'assurance suivante.

Si vous êtes en désaccord avec les modifications des conditions générales d'assurance, vous avez la possibilité de résilier votre *police d'assurance* dans un délai de trois mois à compter de la réception de notre notification. La *police d'assurance* expirera à la date prévue d'entrée en vigueur des modifications.

10.2 Communication entre vous et nous

Sans préjudice de l'article 10.1 ci-dessus, vous acceptez que toute information que nous vous devons conformément à la *police d'assurance* ou à toute disposition légale applicable, sera valablement fournie sur support papier ou par voie électronique, sur le site internet de Foyer Global Health S.A., par e-mail ou tout autre moyen de communication convenu entre vous et nous.

A défaut de réaction de votre part pendant une période de soixante jours à partir de la date des informations, vous serez considéré comme les ayant acceptées et marquez votre accord pour être lié par celles-ci en votre nom propre, au nom des personnes assurées, et au nom de toute personne que vous représentez conformément à la loi.

Par conséquent, vous vous engagez à informer, chaque fois que cela est nécessaire, les personnes assurées et toute personne que vous représentez conformément à la loi. Vous acceptez que nous ne serons tenus responsables d'aucune perte, préjudice ou coût causé ou lié aux obligations susmentionnées d'informer les personnes assurées et que vous représentez conformément à la loi.

10.3 Assurance de nouveau-nés

La couverture d'assurance pour les nouveaux-nés commence sans délai d'attente immédiatement le jour de la naissance, à condition que l'un des parents soit *assuré* ledit jour sous cette formule et que nous recevions la déclaration d'inclusion du nouveau-né à l'assurance dans les deux mois suivant

la naissance. Si la déclaration nous parvient plus de 2 mois après la naissance, la garantie pour le nouveau-né ne prendra effet qu'à partir du jour où nous recevons la déclaration. En cas de déclaration de la naissance après écoulement du délai de 2 mois, nous pouvons décider d'un supplément à la prime de 100 % maximum pour risque médical extraordinaire après vérification des risques.

La couverture pour le nouveau-né ne peut pas être plus élevée ou plus étendue que celle d'un parent *assuré* auprès de notre société.

L'adoption équivaut à la naissance d'un *enfant* si l'*enfant* est encore *mineur* au moment de l'adoption. Compte tenu d'un risque accru, la convention d'un supplément à la prime allant jusqu'à 100 % est admissible.

10.4 Changement des données contractuelles

Les déclarations de volonté, *conversions* et avis concernant l'assurance doivent obligatoirement être notifiés par écrit à notre adresse.

Nouvelle adresse ou changement de nom, p. ex. suite au mariage

Il est nécessaire de nous communiquer sans délai toute nouvelle adresse ou identité. Certaines de nos communications pourraient en effet ne plus être acheminées correctement ou connaître un important retard.

Changement des coordonnées bancaires

Veillez nous informer de tout changement de vos données de carte de crédit et nous vous enverrons un nouveau lien SaferPay afin de mettre à jour vos informations.

Changement des données de carte de crédit

Il est nécessaire de nous faire parvenir sans délai toute nouvelle donnée de carte de crédit (nouvelle date de validité, nouveau code de sécurité ou nouvel institut bancaire).

10.5 Faites-nous connaître votre avis

Nous sommes à l'entière disposition de nos *assurés* en cas de suggestion ou de manque de satisfaction.

Nous sommes joignables par courrier, téléphone, téléfax ou e-mail aux coordonnées suivantes :

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg
Téléphone : +352 270 444 3503
Télécopie : +352 270 444 3599
E-mail : feedback@globality-health.com
Internet : www.globality-health.com

Il est également possible de s'adresser au médiateur des assurances (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance –, 12, rue Erasme, L-1468 Luxembourg, en collaboration avec l'U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs –, 55, rue des Bruyères, L-1274 Howald) ou encore à l'autorité de contrôle de toutes les compagnies d'assurance maladie privée luxembourgeoises, le Commissariat aux Assurances, 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg.

10.6 Tribunaux compétents

Lors du règlement de prestations d'assurance, il peut y avoir des cas dans lesquels, malgré tous les efforts, aucun accord ne peut être trouvé. Il est alors possible de faire valoir ses revendications en justice.

Pour tout litige issu du contrat d'assurance de groupe, la compétence judiciaire incombe aux tribunaux du Grand Duché de Luxembourg, ou encore aux tribunaux compétents au siège du *souscripteur* ou au domicile des *assurés*. Seuls les tribunaux du Grand Duché de Luxembourg sont compétents si le siège du *souscripteur* ou le domicile des *assurés* ne se trouve pas dans un État membre de l'Union Européenne.

10.7 Droit applicable

Dans la mesure où les règlements nationaux n'imposent pas l'application d'un autre droit ou que le contrat ne prévoit pas l'application d'un autre droit, le contrat d'assurance de groupe et la relation contractuelle respective sont régis par le droit du Grand Duché de Luxembourg.

10.8 Langue

La langue officielle de la *police d'assurance* est l'anglais. Sauf accord contraire entre vous et nous, l'anglais est la langue de correspondance. La version anglaise des conditions générales prévaut sur toute autre langue ou traduction.

11. Définitions

Explication des termes utilisés

Accident

Un *accident* est un événement extérieur, soudain et inattendu, agissant sur le corps et nuisant à la santé.

Acupuncture

L'*acupuncture* est une méthode ancienne de la *médecine* chinoise traditionnelle qui consiste à introduire des aiguilles très fines dans le corps dans le but de guérir des maladies ou atténuer des douleurs ; jusqu'à présent, la *médecine officielle* la reconnaît en premier lieu pour le *traitement* des douleurs.

Aide ménagère

L'*aide ménagère* fait partie des soins à domicile. Elle comprend l'aide dans l'accomplissement des tâches régulières de la vie courante, telles que les courses, la cuisine, le nettoyage du logement, la vaisselle, le chauffage, le changement et la lessive des draps et des vêtements.

Assisteur

L'*assisteur* est spécialisé dans l'assistance des *assurés* dans des situations d'*urgence* ou lors d'hospitalisations. Il conseille et soutient dans ces situations. Notre *assisteur* fournit des prestations de service supplémentaires destinées à faciliter le séjour à l'étranger pour vous et les *co-assurés*, et se charge d'organiser le remboursement de certains frais tels que les frais de rapatriement.

Barème des prestations

Le *barème des prestations* est le barème sur lequel reposent les facturations des prestations médicales et dentaires. Il peut varier d'un pays à l'autre.

Cancer

Le *cancer* est la désignation générale pour toutes les maladies malignes caractérisées par une propagation incontrôlée de cellules mutées (blastome, tumeur, carcinome). Ces cellules peuvent détruire les tissus environnants et former des métastases.

Centres de services de Globality Health

Nos *centres de services de Globality Health* sur le terrain offrent un accès direct aux spécialistes locaux, des services en continu et une assistance de premier ordre. Selon la formule d'assurance choisie, vous pouvez faire appel à ces

services quelque soit le moment où un cas d'assurance ou une *urgence* se produit. Appelez le numéro indiqué au verso de votre *Globality Service Card* pour joindre votre *centre de services de Globality Health* personnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ayez toujours à portée de main les neuf chiffres de votre numéro d'assurance indiqué sur votre service card.

Les *centres de services de Globality Health* connaissent parfaitement les systèmes de santé locaux, les structures et les spécificités régionales, et peuvent ainsi vous orienter vers des professionnels de santé et des *hôpitaux*. Ils organisent eux-mêmes les rendez-vous à votre convenance ou s'assurent d'obtenir les *médicaments* nécessaires. Ils fournissent également une garantie de paiement et peuvent assurer le remboursement rapide des frais.

Chiropractie

La *chiropractie* est également appelée thérapie manuelle. Elle se caractérise par des manipulations précises permettant de « remettre en place » des vertèbres ou d'autres articulations déplacées ou disloquées.

Codes ICD

ICD est l'abréviation de International Classification of Diseases (en français : *CIM, classification internationale des maladies*). Il s'agit d'un système international de codification et de classification de tous les diagnostics connus.

Conversion

Une *conversion* est une modification d'une couverture d'assurance auprès de notre compagnie, p. ex. par la convention d'une nouvelle *franchise*, en conservant les droits acquis pour les *assurés* qui ressortent des assurances existant préalablement chez nous de manière ininterrompue.

Cure ou traitement en maison de santé

Une *cure* ou un *traitement en maison de santé* sert à la stabilisation de l'état de santé.

Déclaration d'adhésion

L'adhésion au contrat d'assurance de groupe s'effectue par le biais d'un formulaire de demande appelé « *déclaration d'adhésion* », dans lequel vous pouvez également demander l'inclusion de votre conjoint(e) ou compagne(on) et de vos *enfants*.

Dentiste

Thérapeute qui s'occupe en première ligne des maladies de l'appareil dentaire et de l'espace buccal.

Dispositif d'aide auditive

Un dispositif d'aide auditive est un appareil électronique porté à l'intérieur ou derrière l'oreille et qui amplifie le son.

Enfants

Sont considérés comme *enfants* les *enfants* biologiques de l'*assuré*, ainsi que ses *enfants* adoptifs, beaux-*enfants* et *enfants* sous curatelle, respectivement jusqu'à l'âge de 25 ans.

Franchise

Une *franchise* a pour effet que l'*assuré* ou *co-assuré* supporte lui-même une certaine partie des frais. Une *franchise* est une participation des *assurés* à nos prestations de remboursement. Si une *franchise* a été prévue au contrat, celle-ci est spécifiée dans la *police d'assurance* (voir numéro 4.2).

Globality Service Card

Vous-même et les *co-assurés* recevez une *Globality Service Card* personnalisée sur laquelle figurent l'adresse et les principaux numéros de téléphone de notre *centre de services de Globality Health*. La *Globality Service Card* sert de justificatif d'assurance personnel vis-à-vis de tous les prestataires de services.

Homéopathie

L'*homéopathie* repose sur trois piliers fondamentaux : la loi de similitude, l'individualisation du remède et la dynamisation des substances. L'homéopathe part du principe qu'une maladie caractérisée par certains symptômes peut être guérie par un remède capable de produire sur l'homme sain des symptômes semblables.

Hôpital

Institution pour *traitements* hospitaliers et partiellement ambulatoires, reconnue et agréée dans le pays où elle se trouve. Pour garantir notre prise en charge, il est nécessaire que l'*hôpital* se trouve sous contrôle médical permanent, dispose de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants et tienne des dossiers médicaux. Pour un *traitement* médicalement nécessaire dans des institutions médicales offrant également des *cures*, des applications thérapeutiques ou accueillant des convalescents, mais remplissant du reste les conditions

ci-dessus, les prestations de la couverture médicale ne sont versées que si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*. Pour les infections de tuberculose (TBC), nous remboursons également le *traitement* hospitalier dans des établissements de soins spécialisés (sanatoriums), dans le cadre de l'étendue de la garantie. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme *hôpitaux* : les maisons de convalescence et de soins, les instituts de *cure*, les centres de *cure* ou de bains, ainsi que les maisons de santé.

Hospitalisation partielle

Une *hospitalisation partielle* est un séjour délimité d'une durée située entre 8 et 24 heures dans une clinique ou dans un *hôpital*, lorsqu'une hospitalisation totale de 24 heures n'est pas nécessaire.

Hydrothérapie

L'*hydrothérapie* est une forme de thérapie ciblée par l'application extérieure d'eau.

Indemnité journalière compensatoire

Si l'*assuré* ou un *co-assuré* renonce à nous demander le remboursement des frais d'un *traitement* hospitalier médicalement nécessaire et couvert par l'assurance, nous lui versons, selon la formule d'assurance, une *indemnité journalière compensatoire* pour chaque jour d'hospitalisation prescrit par un *médecin*.

Maladies préexistantes

Les *maladies préexistantes* sont des maladies existant déjà au début de l'assurance ainsi que leurs séquelles, de même que les séquelles d'*accidents* dont le *souscripteur* ou les *assurés* ont connaissance, ou qui seraient en cours de *traitement*.

Médecin

Un *médecin* est un docteur (généraliste ou spécialiste) ou un titulaire d'un diplôme médical reconnu par l'Etat, et autorisé à procéder à des *traitements* médicaux (voir « *Traitement* ») dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé. Vous et les *co-assurés* pouvez choisir librement un *médecin* répondant à ces critères.

Médecine officielle

La *médecine officielle* est la forme de *médecine* enseignée dans les universités, fondée sur des faits scientifiques, et donc généralement reconnue et appliquée.

Médecine palliative

La thérapie palliative est le *traitement* extensif et actif de patients à l'espérance de vie limitée dont la maladie n'est plus accessible à une thérapie curative, et où l'objectif du *traitement* est de leur offrir la meilleure qualité de vie possible, pour eux-mêmes et leurs proches.

Médicament

Les *médicaments* sont des principes actifs utilisés seuls ou mélangés à d'autres substances dans les procédures de diagnostic ou la thérapie de maladies, de maux, de lésions corporelles ou de troubles maladiques. Les aliments, produits cosmétiques et soins du corps ne sont pas considérés comme *médicaments*. Les *médicaments* doivent être prescrits par un *médecin* et obtenus auprès d'une pharmacie. Synonymes : produits pharmaceutiques, remèdes.

Mesures conservatrices

Les *mesures conservatrices* sont des mesures servant à la conservation des dents (p. ex. obturation, *traitement* du canal radiculaire).

Mesures préventives/prophylactiques

Les *mesures prophylactiques* font partie de la *médecine* préventive ; ce sont des mesures individuelles et générales pour prévenir l'apparition possible de maladies (p. ex. vaccins, immunisation passive, médication préventive avant de voyager dans des régions à risque, prévention des *accidents*, etc.)

Mineurs

Toute personne de moins de 18 ans est considérée comme *mineure*.

Obligations

Les *obligations* sont des normes de comportement dont le respect est indispensable pour le maintien des garanties issues du contrat d'assurance.

Oncologie

L'*oncologie* est la branche de la *médecine* interne ayant pour objet l'étude de la genèse, le diagnostic et le *traitement* de tumeurs et de maladies causées par des tumeurs.

Ostéopathie

La *médecine* ostéopathique est une pratique faisant appel à des manipulations sur les os pour établir un diagnostic détaillé et traiter les dysfonctionnements de la motricité, des organes et du système nerveux. L'*ostéopathie* est avant tout employée dans les cas de douleurs chroniques de la colonne vertébrale et des articulations périphériques.

Opérations ambulatoires

Il s'agit d'opérations qui peuvent être réalisées en ambulatoire aussi bien au cabinet d'un *médecin* qu'à l'*hôpital*, et après lesquelles le patient ne doit pas obligatoirement rester la nuit ou faire un séjour à l'*hôpital*.

Pansements

Tous les matériels servant à réaliser des *pansements*.

Pays de départ

Le *pays de départ* est le pays dans lequel l'*assuré* et les *co-assurés* séjournent durablement avant le séjour à l'étranger.

Pays de séjour

Le *pays de séjour* est le pays dans lequel l'*assuré* et les *co-assurés* séjourneront après le début du séjour à l'étranger.

Pays d'origine

Le pays est le pays dont les *assurés* possèdent la nationalité ou vers lequel ils veulent être rapatriés en cas de décès.

Police d'assurance

La *police d'assurance* est le document spécifiant les garanties souscrites pour les *assurés*, ainsi que les primes respectives à payer.

Prestations d'analyse et de thérapie des fonctions dentaires

Méthode d'examen et de *traitement* du domaine de la *médecine* dentaire, servant à diagnostiquer des troubles ou maladies de l'ensemble de l'appareil masticateur.

Prestations d'implants

Les *prestations d'implants* comprennent la mise en place d'implants dentaires (corps en métal ou en céramique) pour remplacer des racines de dents ou restaurer des mâchoires édentées.

Région de destination

La couverture d'assurance est valable pour les régions de destination suivantes :

Région de destination I : le monde entier avec les Etats-Unis

Région de destination II : le monde entier sans les Etats-Unis

Résidence pour malades en phase terminale

Institution qui a pour objectif exclusif la prise en charge de patients à l'espérance de vie limitée à quelques mois, pour les soigner et soulager les symptômes de la maladie fatale par des *traitements* palliatifs.

Seconde opinion

La *seconde opinion* est un conseil médical fourni par un *médecin* tiers, jusqu'alors étranger à la situation, dans le cas de maladies potentiellement mortelles et de troubles de santé graves et définitifs.

SIDA

SIDA est l'abréviation de Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise. Maladie caractérisée par une faiblesse immunitaire grave.

Souscripteur/assurés et co-assurés

Le *souscripteur* est l'entité juridique ou l'organisation ayant capacité d'accomplir des actes juridiques qui a conclu un contrat d'assurance de groupe avec nos services, p. ex. un employeur, une association, une fédération, etc. Les *assurés* sont les employés, membres ou collaborateurs du *souscripteur* qui adhèrent volontairement au contrat de groupe ou qui ont été inclus dans l'assurance de groupe par déclaration du *souscripteur*. Les *co-assurés* sont p. ex. le/la conjoint(e) ou le/la compagnon/compagne et les *enfants* également couverts par l'assurance.

Suivi en rééducation

Un *suivi en rééducation* est une mesure de *traitement* médical pour restaurer l'état physique antérieur après une maladie/opération grave, p. ex. après un pontage, un infarctus du myocarde, une transplantation d'organes, une opération des gros os ou d'articulations, ou après un *accident* grave.

Thérapeute

En-dehors des *médecins*, les *thérapeutes* peuvent également être des personnes disposant d'une formation fondée et

reconnue dans leur domaine. Les *thérapeutes* sont agréés ou autorisés à exercer dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé. Nous considérons comme *thérapeutes* : les naturopathes, logopèdes/orthophonistes et sages-femmes/infirmiers-conseils d'accouchement, ainsi que les membres de métiers agréés d'assistance médicale disposant de leur propre cabinet (p. ex. kinésithérapeutes ou physiothérapeutes). Les *assurés* peuvent choisir librement un *thérapeute* répondant à ces critères.

Tomographie à émission de positrons (TEP)

La *tomographie à émission de positrons (TEP)* est une méthode d'imagerie en coupe qui permet de montrer de manière non-invasive la répartition d'une substance dans le corps du patient après avoir marqué cette substance avec un émetteur de positrons (traceur). La concentration d'un tel traceur dans une tumeur peut également être chiffrée. La substance est injectée en intraveineuse et le rayonnement est capté par des détecteurs externes. La méthode *TEP* permet de visualiser des processus biologiques importants qui se déroulent dans les tumeurs.

Tomographie par résonance magnétique (TRM)

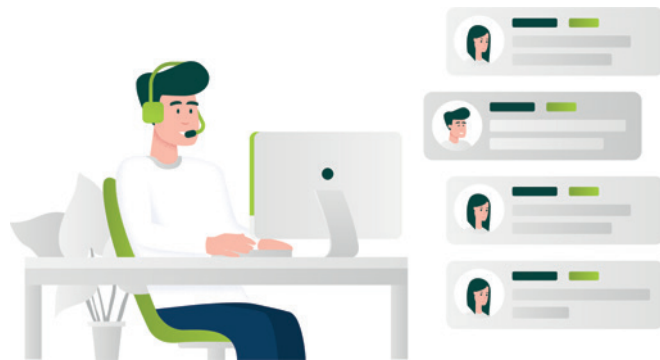
La *TRM* est une technique de diagnostic pour reproduire les images des organes et des tissus internes en utilisant les champs magnétiques et les ondes radio.

Traitement

Par *traitement*, nous entendons toutes mesures diagnostiques ou thérapeutiques relevant du champ d'action des *médecins* et servant à déceler, atténuer ou guérir des troubles de la santé, des maladies ou des blessures. Une mesure de *traitement* est médicalement nécessaire si, sur la base de résultats d'exams médicaux objectifs et de faits scientifiques, il était justifiable au moment du *traitement* de le considérer comme médicalement nécessaire.

Urgence

Par *urgence*, nous entendons l'intervention soudaine et aiguë d'une maladie, ou une détérioration aiguë de l'état de santé, représentant une menace immédiate de la santé de l'*assuré* concerné.



Contactez-nous

N'hésitez pas à nous contacter en cas de questions concernant nos conditions générales d'assurance :

Nos lignes téléphoniques sont ouvertes du lundi au vendredi de 08:00 à 17:00 (HEC).

Téléphone : +352 270 444 35 03

Télécopie : +352 270 444 35 99

Ou écrivez-nous quand vous voulez:
service-cogenio@globality-health.com

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg

www.globality-health.com
R.C.S. Luxembourg B 134.471