

FIRST'EXPAT+//RELAIS'EXPAT+

// NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES



SOMMAIRE

1. / PRÉSENTATION D'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE MSH INTERNATIONAL ET OBJET DU CONTRAT	2
1.1. / PRESENTATION DE L'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE (MSH).....	2
1.2. / OBJET DU CONTRAT	2
1.3. / DIFFERENTES OPTIONS DE COUVERTURE	3
1.4. / DETAILS DES FRANCHISES	4
1.4. / ZONES DE COUVERTURE DU CONTRAT.....	4
2. / DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ	5
3. / GARANTIES SANTÉ : VOS PRESTATIONS EN DÉTAIL.....	12
3.1. / TABLEAU DES GARANTIES POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LES ZONES DE COUVERTURE 1, 2, 3 OU 4.....	12
3.2. / GARANTIES OPTIONNELLES POUR LES ASURES (ZONE DE COUVERTURE 1, 2, 3 OU 4).....	22
3.3. / GARANTIES SANTE POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA	24
3.4. / GARANTIES OPTIONNELLES POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA	30
4. / EXCLUSIONS DES GARANTIES SANTÉ (CE QUI N'EST PAS COUVERT).....	32
5. / MODALITÉS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT	35
5.1. / VOTRE CONTRAT	35
5.2. / LA VIE DE VOTRE CONTRAT	36
5.3. / REMBOURSEMENTS	40
5.4. / LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT.....	40
5.5. / INFORMATIONS LEGALES	41
6. / CONTACTER MSH	47
7. ANNEXE 1: LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE	48

1. / PRÉSENTATION D'ASFE, DE SON GESTIONNAIRE MSH ET OBJET DU CONTRAT

1.1. / PRÉSENTATION DE L'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE (MSH)

Vous avez choisi une couverture d'assurance santé Internationale souscrite par L'Association of Services for Expatriates (ASFE), auprès de Groupama Gan Vie et gérée par MSH International et nous vous en remercions.

ASFE, Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une Association de loi 1901.

Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale / rapatriement, et responsabilité civile. L'ASFE sera ci-après dénommée « ASFE » ou « l'Association contractante ».

MSH International, concepteur et Gestionnaire des contrats ASFE, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale Internationale, avec plus de 500 000 personnes couvertes en situation de mobilité Internationale à travers le Monde. MSH International met à votre service une équipe dédiée disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien. MSH International, organisme mandaté par l'Assureur pour gérer le contrat sera ci-après dénommé « MSH International », « le Gestionnaire », « l'Organisme Gestionnaire » chaque fois que ce terme s'inscrit dans le cadre de la gestion administrative du contrat.

Le contrat est souscrit auprès de Groupama Gan Vie - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros (entièrement versé) - RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS Cedex 08 - Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 ci-après dénommée « l'Assureur ».

1.2. / OBJET DU CONTRAT

Les Contrats d'assurance souscrits par l'ASFE sont des contrats dit « de groupe ouvert » auquel vous adhérez. Ils proposent une couverture au 1^{er} euro/ au 1^{er} dollar ou en complément des prestations servies par la CFE (Caisse des Français de l'Étranger), à l'exclusion de tout autre régime de protection sociale.

Ils ont pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de Prestations, dès le 1^{er} euro / le 1^{er} dollar ou en complément des prestations servies par la CFE, en remboursement des frais de santé engagés par un membre Adhérent de l'ASFE vivant hors de son Pays d'origine, dans un cadre privé ou professionnel, ainsi que par ses éventuels Ayants droit ci-après définis, résidant ou non dans le même pays étranger, s'ils sont inscrits au contrat.

Votre adhésion à l'un de ces contrats sera ci-après désignée sous le terme « Votre adhésion ». Vous et vos éventuels ayants droit inscrits au contrat serez ci-après dénommés « Assuré ».

Chaque contrat prévoit des garanties santé de base qui peuvent être complétées par des garanties optionnelles ainsi que 4 niveaux de prestations, Quartz, Pearl, Sapphire, Diamond (se reporter au paragraphe 1.3/ DIFFERENTES OPTIONS DE COUVERTURE p.3). Chaque contrat comporte également 5 zones de couverture (se reporter au paragraphe 1.5/ ZONES DE COUVERTURE DU CONTRAT p.4).

Ces contrats sont numérotés comme suit :

FIRST' EXPAT+ (1^{er} euro / 1^{er} dollar):

- n° 0210/863689/00010, n° 0210/863689/00020, n° 0210/863689/00030, n° 0210/863689/00040 et n° 0210/863689/55555 ; n° 0210/644144/00000 (1^{er} euro hospi) ;
- n° 0210/863691/00020, n° 0210/863691/00030, n° 0210/863691/00040 et n° 0210/863691/55555 ; n° 0210/644144/55555 (1^{er} dollar américain hospi) ;

RELAIS' EXPAT+ (en complément CFE) :

- n° 0210/863690/00010, n° 0210/863690/00020, n° 0210/863690/00030, n° 0210/863690/00040 et n° 0210/863690/55555 ; n° 0210/644145/00000 (hospi).
- n° 0210/863692/00020, n° 0210/863692/00030, n° 0210/863692/00040 et n° 0210/863692/55555.

Dans le cadre de cette adhésion, vos garanties santé sont systématiquement complétées par des garanties d'assistance médicale. Europ Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances, garantit et exécute les Prestations d'Assistance.

Les contrats proposent ainsi une offre très complète et modulable adaptée aux besoins de chacun. Vous pouvez également souscrire des garanties de prévoyance en cas de décès et d'arrêt de travail.

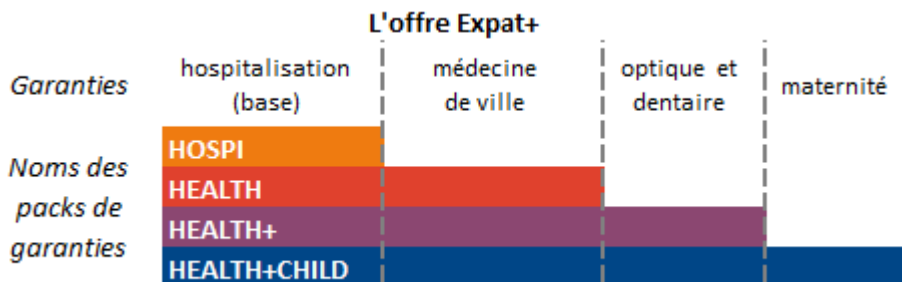
1.3. / DIFFERENTES OPTIONS DE COUVERTURE

Le contrat prévoit :

- Un NIVEAU DE GARANTIE DE BASE (dénommée commercialement HOSPI) relative aux soins d'hospitalisation.
- Trois GARANTIES OPTIONNELLES qui viennent compléter la GARANTIE DE BASE (HOSPI ci-dessus), au choix de chaque Adhérent, relatives à la prise en charge des frais suivants :
 - GARANTIE OPTIONNELLE NIVEAU 1 (dénommée commercialement HEALTH) : Médecine courante, Médecine ambulatoire courante, Médecine préventive et alternative, pharmacie, d'appareillage et de Prothèses médicales,
 - GARANTIE OPTIONNELLE NIVEAU 2 (dénommée commercialement HEALTH+) : Optique et Dentaire
 - GARANTIE OPTIONNELLE NIVEAU 3 (dénommée commercialement HEALTH+CHILD) : Maternité.

Attention :

- Le niveau 2 ne peut être retenu que si la garantie optionnelle Niveau 1 est elle-même retenue.
- Le niveau 3 ne peut être retenu que si la garantie optionnelle Niveau 2 est elle-même retenue



Au sein de chacune de ces garanties, quatre formules - Quartz, Pearl, Sapphire et Diamond - accordant des niveaux de prestations croissants, sont proposées à l'adhésion par chaque Adhérent.

Le contrat prévoit également, au titre de la Garantie de base (HOSPI), et des Garanties optionnelles Niveau 1 (HEALTH) et niveau 2 (HEALTH+) (garantie optionnelle Niveau 3 Maternité exclue), la possibilité pour l'Adhérent de retenir ou non une Franchise telle que définie dans le chapitre 3/ GARANTIES SANTÉ : VOS PRESTATIONS EN DÉTAIL p.12. Outre la possibilité de ne pas avoir de Franchise, quatre montants de Franchise sont proposés :

Franchise exprimée en € (EURO)	Franchise exprimée en \$ (DOLLAR US)
350 €	500 \$
750 €	1 000 \$
2 000 €	2 500 \$
4 000 €	5 000 \$

Voir conditions spécifiques en fonction des zones et formules choisies au paragraphe 1.4/ DETAILS DES FRANCHISES p.4.

Pour la Zone 5 (USA), le contrat propose également différents montants de co-paiement.

Il est précisé que :

- les garanties optionnelles, lorsqu'elles sont retenues par l'Adhérent, s'appliquent également à l'ensemble de ses Ayants droit inscrits sur le Certificat d'adhésion,
- l'Adhérent qui souscrit les garanties optionnelles n'aura la possibilité de résilier ultérieurement son adhésion aux garanties optionnelles qu'une seule fois pendant toute la durée du contrat pour ne retenir que les garanties de base.
- Pour la zone 5 (USA), il n'est pas possible de souscrire au pack de garanties HOSPI : les assurés doivent souscrire au minimum à la formule HEALTH.

1.4. / DETAILS DES FRANCHISES

Le contrat prévoit, en fonction des zones et formules choisies, 4 montants de Franchise définis comme suit :

	Franchises			
QUARTZ	350 € / 500 \$	750 €/ 1 000 \$	2 000 €/2 500 \$	4000 €/5000 \$
Zone 4	OUI	OUI	OUI	NON
Zone 3	OUI	OUI	NON	NON
Zone 2	OUI	OUI	NON	NON
Zone 1	OUI	OUI	NON	NON

PEARL	350 € / 500 \$	750 €/ 1 000 \$	2 000 €/2 500 \$	4000 €/5000 \$
Zone 5 (USA)	OUI	OUI	OUI	OUI
Zone 4	OUI	OUI	OUI	NON
Zone 3	OUI	OUI	OUI	NON
Zone 2	OUI	OUI	NON	NON
Zone 1	OUI	OUI	NON	NON

SAPPHIRE	350 € / 500 \$	750 €/ 1 000 \$	2 000 €/2 500 \$	4000 €/5000 \$
Zone 5 (USA)	OUI	OUI	OUI	OUI
Zone 4	OUI	OUI	OUI	OUI
Zone 3	OUI	OUI	OUI	NON
Zone 2	OUI	OUI	NON	NON
Zone 1	OUI	OUI	NON	NON

DIAMOND	350 € / 500 \$	750 €/ 1 000 \$	2 000 €/2 500 \$	4000 €/5000 \$
Zone 5 (USA)	OUI	OUI	OUI	OUI
Zone 4	OUI	OUI	OUI	OUI
Zone 3	OUI	OUI	OUI	NON
Zone 2	OUI	OUI	OUI	NON
Zone 1	OUI	OUI	OUI	NON

1.5. / ZONES DE COUVERTURE DU CONTRAT

Le contrat prévoit 5 Zones de couverture différentes, définies comme suit :

- Zone 5 : USA et territoires relevant des USA (Porto Rico, Iles Vierges des Etats-Unis, Îles Mariannes du Nord, Îles mineures éloignées des États-Unis, Samoa américaines), ainsi que les pays des Zones 1, 2, 3 et 4,
- Zone 4 : Bahamas, Brésil, Chine, Hong Kong, Jersey, Mexique, Royaume-Uni, Saint-Barthélemy, Saint Martin, Suisse et Singapour ainsi que les pays des Zones 1, 2 et 3,
- Zone 3 : Australie, Autriche, Canada, Émirats Arabes Unis, Espagne, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Polynésie Française, Portugal, Qatar, Saint Pierre et Miquelon, Taiwan, Turquie et Vanuatu, ainsi que les pays des Zones 1 et 2,
- Zone 2 : Afrique du Sud, Andorre, Angola, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Équateur, Finlande, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Monaco, Mozambique, Norvège, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, République Dominicaine, République Tchèque, Slovaquie, Suède, Thaïlande, Uruguay, Vietnam et Wallis et Futuna, ainsi que les pays de la Zone 1,
- Zone 1 : Monde entier (dont la France) hors pays des Zones 2 à 5.

Rappel : Pour la zone de couverture 5, seuls les packs garanties HEALTH, HEALTH+ et HEALTH+CHILD sont disponibles (le pack HOSPI n'est pas disponible pour une couverture en zone 5)

2. / DÉFINITIONS DES GARANTIES SANTÉ

Vous trouverez ci-dessous les définitions des termes utilisés dans ce document (Notice d'information valant Conditions Générales).

Accident: Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Il appartient à l'Assuré d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

Accouchement sans complication : Désigne un accouchement ne nécessitant pas un geste chirurgical complémentaire décidé en Urgence : souffrance fœtale pendant le travail, rétention placentaire, hémorragie du post-partum. Toute césarienne non Médicalement nécessaire sera considérée comme Accouchement sans complication.

Acupuncture: Branche de la Médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps d'un patient pour soulager différentes Maladies ou provoquer un effet analgésique.

Adhérent :

- **pour les assurés ayant choisi le niveau HOSPI :**

Personne, âgée de moins de 61 ans à la date d'adhésion quel que soit le statut, membre d'ASFE ayant présenté une Demande d'adhésion au contrat acceptée par écrit telle que définie à l'article 5.2/ La vie de votre contrat p.21 au chapitre VOTRE ADHESION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES, pour elle-même et ses éventuels Ayants droit et qui s'engage aux obligations correspondantes, notamment le paiement de la Cotisation prévue à l'adhésion au contrat.

- **pour les assurés ayant choisi les niveaux HEALTH, HEALTH+ ou HEALTH+CHILD :**

Personne, âgée de moins de 71 ans à la date d'adhésion quel que soit le statut, membre d'ASFE ayant présenté une Demande d'adhésion au contrat acceptée par écrit telle que définie à l'article 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT p.36 au chapitre VOTRE ADHESION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES, pour elle-même et ses éventuels Ayants droit et qui s'engage aux obligations correspondantes, notamment le paiement de la Cotisation prévue à l'adhésion au contrat.

Affection de longue durée : Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. La liste des affections de longue durée ou ALD est définie par l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale. Cette liste est reportée en annexe.p.48.

Analyses : Examens y compris les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés ou dans le cadre du suivi de la pathologie.

Année d'assurance: L'Année d'assurance couvre la période à compter de la Date d'effet de l'Adhésion au contrat jusqu'au 365^e jour suivant cette date, avec renouvellement à chaque date anniversaire par tacite reconduction.

Appel de cotisation: Un Appel de cotisation (également parfois appelé avis d'échéance) est un document qui vous indique le montant de vos Cotisations d'assurance et la période couverte. C'est à la date fixée par l'Appel de cotisation que le règlement des Cotisations d'assurance s'effectue.

Association contractante : ASFE. Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses Adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.

Assuré ou bénéficiaire : Désigne de manière générique l'Adhérent et ses Ayants droit inscrits au contrat qui bénéficient des garanties du contrat. Il reçoit la Prestation couverte par l'Assureur au titre d'un sinistre déclaré et garanti par le contrat d'assurance. Dans le contrat, les assurés/bénéficiaires sont également désignés par le terme « Vous ».

Assureur : Dans le contrat, Groupama Gan Vie, entreprise régie par le code des assurances, est l'Assureur des garanties d'assurance du contrat.

Attestation d'assurance: Document ayant vocation à servir de preuve quant à la couverture d'assurance de la personne qui la présente et reprenant les informations suivantes: nom de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit, Date d'effet de l'adhésion au contrat, numéro et type d'adhésion souscrite, Assureur du contrat, garanties, Zone de couverture sélectionnée et Franchise choisie.

Ayant(s) droit: Peuvent être considérés comme ayant(s) droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat: le Conjoint, Partenaire d'un pacte civil de solidarité ou Concubin de l'Adhérent et Enfant(s) à charge tels que définis au présent article.

Auxiliaire médical: Professionnel de santé diplômé qui exerce une profession paramédicale et qui est officiellement agréé, qualifié et reconnu dans le pays dans lequel les actes sont administrés et dans lequel il exerce et qui dispose de l'expérience et des qualifications complémentaires nécessaires à sa pratique. Les auxiliaires médicaux sont les kinésithérapeutes, les infirmiers, les pédicures-podologues, les orthophonistes et les orthoptistes.

Bilans de santé : Examens ou Analyses, réalisés tout au long de la vie, entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent (se référer au tableau des garanties santé pour connaître la liste exacte des examens pris en charge au titre de cette garantie).

Certificat d'adhésion : Document unique, édité uniquement à l'adhésion, qui constate l'adhésion au contrat de l'Adhérent et précise, outre les nom et adresse de l'Adhérent, ceux des éventuels Ayants droit garantis, la Date d'effet de l'adhésion, les garanties choisies, la Zone de couverture sélectionnée et la Franchise choisies et la Cotisation correspondante. Le Certificat d'adhésion correspond aux conditions particulières de l'adhésion au contrat.

Certificat de radiation: Document fourni afin d'attester de la fin de l'adhésion au contrat. Ce certificat est généralement demandé par votre nouvel organisme d'assurance santé si l'Adhérent change de contrat d'assurance santé.

CFE: Caisse des Français de l'Étranger, organisme français de sécurité sociale, qui a pour vocation et mission d'assurer les expatriés dans le monde entier.

Chambre particulière, semi-particulière ou partagée : Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans :

- une chambre individuelle (chambre particulière),

- une chambre pour 2 personnes seulement (chambre semi-particulière),
- ou une chambre pour 3 personnes et plus (chambre partagée).

Les chambres de luxe, VIP et les suites ne sont pas couvertes.

Chiropractie: Méthode thérapeutique visant à soigner différentes affections par manipulations.

Chirurgie ambulatoire: Chirurgie réalisée dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le même jour.

Chirurgie dentaire: Désigne tout acte médical de Chirurgie dentaire avec anesthésie incluant l'extraction dentaire, la greffe osseuse ou gingivale.

Chirurgie réfractive : Traitements chirurgicaux, généralement par laser, des défauts visuels de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatie et de kératocône.

Complications à l'accouchement : Terme servant à désigner les pathologies suivantes susceptibles de survenir durant l'accouchement et pour lesquelles une procédure obstétrique s'avère indispensable : souffrance fœtale pendant le travail, rétention placentaire et hémorragie du post-partum. Elles incluent également la césarienne dès lors que celle-ci est Médicalement nécessaire. Les Complications à l'accouchement ne sont prises en charge que si le Bénéficiaire est couvert par la garantie Maternité (option commercialement connue sous le nom de « HEALTH+CHILD »).

Concubinage : Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple.

Concubin :

- **pour les assurés ayant choisi le niveau HOSPI :**

Personne âgée de moins de 61 ans à la date d'adhésion, vivant en Concubinage avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, si et seulement si l'Adhérent et son Concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS). En cas de concubins multiples, seul le plus âgé sera retenu..

- **pour les assurés ayant choisi les niveaux HEALTH, HEALTH+ ou HEALTH+CHILD :**

Personne âgée de moins de 71 ans à la date d'adhésion, vivant en Concubinage avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, si et seulement si : l'Adhérent et son Concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS),

En cas de concubins multiples, seul le plus âgé sera retenu.

Condition médicale préexistante: Les pathologies préexistantes : toute Maladie, affection ou blessure, ou symptômes liés à celles-ci, qui se sont manifesté(e)s avant la date d'adhésion au contrat, dont l'Adhérent ou ses Ayants droit ont eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance.

Conjoint :

- **pour les assurés ayant choisi le niveau HOSPI :**

Conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle et âgé de moins de 61 ans à la date d'adhésion. Pour faciliter la lecture de la présente notice d'information valant conditions générales, le terme « Conjoint » désignera dans celui-ci de manière générique, le Conjoint, partenaire ou Concubin de l'Adhérent.

- **pour les assurés ayant choisi les niveaux HEALTH, HEALTH+ ou HEALTH+CHILD :**

Conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle et âgé de moins de 71 ans à la date d'adhésion. Pour faciliter la lecture de la présente notice d'information valant conditions générales, le terme « Conjoint » désignera dans celui-ci de manière générique, le Conjoint, partenaire ou Concubin de l'Adhérent.

Contrat au 1^{er} Euro/Dollar : Contrat dont le remboursement des frais de santé se fait dès le 1^{er} euro/dollar dépensé (dans la limite des garanties souscrites), c'est à dire sans l'intervention d'un quelconque organisme de base (comme un régime de protection sociale).

Contrat d'assurance de groupe ouvert : Concerne les contrats d'assurance dont l'adhésion est ouverte à titre individuel et facultatif. Les personnes se réunissent alors en groupe à travers une Association contractante, et souscrivent une adhésion au contrat d'assurance.

Co-paiement : Montant fixe défini au contrat par acte ou par visite et qui reste à la charge de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit, applicable par personne.

Cotisation : Somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur.

Coûts usuels et raisonnables : Ne sont considérés comme Coûts usuels et raisonnables et donc remboursés que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues. Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels, compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés, peuvent faire l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie. L'abréviation CUR sera utilisée dans la présente notice d'information valant conditions générales pour faciliter la lecture.

Date d'effet de l'adhésion : Date spécifiée dans le Certificat d'adhésion à laquelle les garanties prévues au contrat prennent effet.

Date d'effet des garanties : Date spécifiée dans le Certificat d'adhésion à laquelle les garanties prévues au contrat prennent effet, après application des Délais de carence.

Date de résiliation : Date à laquelle les garanties prévues au contrat d'assurance prennent fin, à l'initiative de l'Adhérent, de l'Assureur ou de l'Association contractante (voir article 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT p.38 au chapitre CESSATION DE L'ADHÉSION ET FIN DES GARANTIES (droit à la résiliation, radiation)).

Date de reconduction annuelle : Chaque date d'anniversaire d'entrée en vigueur de l'adhésion au contrat.

Délai de carence / délai d'attente : Période définie au contrat et reprise dans le Tableau des garanties, pendant laquelle l'adhésion est en vigueur et les garanties ne le sont pas encore. Les Délais de carence s'appliquent à compter de la Date d'effet de l'adhésion de chaque personne garantie par celle-ci.

Délai de renonciation : Un Délai de renonciation est accordé à une personne qui vient d'adhérer à un contrat d'assurance à adhésion facultative. Un Adhérent peut ainsi revenir sur sa décision de souscrire au contrat d'assurance pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son Certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (voir article 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT p.37 au chapitre ANNULER L'ADHESION AU CONTRAT AVANT SA PRISE D'EFFET : LE DELAI DE RENONCIATION)

Demande d'adhésion : Désigne le document matérialisant la Demande d'adhésion de l'Adhérent au contrat, et toute autre déclaration faite par l'Adhérent principal pour lui-même et ses éventuels Ayants droit listés dans la Demande d'adhésion.

Demande d'accord préalable : Avant d'engager certains types de frais, de soins ou de Prestations comme l'hospitalisation, les traitements en série, les traitements onéreux ou les Prothèses de toute nature, l'Assuré doit préalablement et obligatoirement demander et disposer de l'accord de l'Assureur ou du Gestionnaire pour obtenir la Prise en charge effective (sur présentation d'un rapport médical détaillé et circonstancié selon les cas et d'un devis chiffré).

Diététicien : Professionnel de santé diplômé expert en nutrition et alimentation qui est officiellement agréé, qualifié et reconnu dans le pays dans lequel il exerce et qui dispose de l'expérience et des qualifications complémentaires nécessaires à sa pratique.

Durée de l'adhésion : Période de couverture du contrat de la date effective de l'adhésion indiquée au certificat d'adhésion à la date de cessation de l'adhésion telle que définie à l'article 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT p.38 au chapitre CESSATION DE L'ADHESION ET FIN DES GARANTIES (droit à la résiliation, radiation).

Enfant à charge : Enfant de l'Adhérent, de son Conjoint, Partenaire ou Concubin :

- Dans le cadre d'un contrat FIRST'EXPAT+ (1^{er} Euro/Dollar) : l'enfant, âgé de moins de 26 ans, s'il poursuit des études et est couvert par le contrat sera considéré comme à charge
- Dans le cadre d'un contrat RELAIS'EXPAT+ (complément CFE) : l'enfant âgé de moins de 20 ans, s'il poursuit des études et est couvert par le contrat, sera considéré comme à charge

Dans tous les cas, pour les enfants de plus de 18 ans, qui poursuivent des études et sont inscrits au contrat comme Ayants droit, un certificat de scolarité est requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année universitaire.

Envoi recommandé électronique : Équivalent à l'envoi par lettre recommandée dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L100 du Code des postes et communications électroniques.

Franchise : Désigne le montant à la charge de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit, qui est déduit de la somme remboursable, applicable par personne et par Année d'assurance. Si cette option est sélectionnée elle sera indiquée dans le Certificat d'adhésion.

Gestionnaire du contrat (organisme gestionnaire) : Désigne MSH International, société française de courtage d'assurance, enregistrée à l'ORIAS sous le n°07 002 751, qui gère les contrats souscrits par ASFE.

Grossesse : Période s'échelonnant entre la date de conception et la date d'accouchement.

Homéopathie : Méthode thérapeutique consistant à prescrire à un malade, sous une forme fortement diluée et dynamisée, une substance capable de produire des troubles semblables à ceux qu'il présente.

Hôpital : Désigne un établissement de soins ou une institution médicale qui est enregistré(e) ou agréé(e) en tant qu'Hôpital médical ou chirurgical au titre de la réglementation locale dans le pays dans lequel il se situe et où l'Assuré est quotidiennement soigné ou sous la surveillance d'un Médecin ou d'une infirmière qualifié(e). **Ne peuvent prétendre au titre d'Hôpitaux les établissements suivants : centres de cure et de remise en forme, centres thermaux, maisons de repos, maisons de retraite, maisons de convalescence.**

Hospitalisation de jour : Soins administrés dans le cadre d'une admission de jour au sein d'un Hôpital ou un centre médical, comprenant l'usage d'une chambre d'Hôpital et les soins infirmiers, mais ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

Hospitalisation d'urgence : Soins administrés dans le cadre d'une admission au sein d'un Hôpital ou un centre médical, faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, suite à Maladie, Accident, infection...

Hospitalisation à domicile : Soins administrés au domicile du patient, comme une alternative à l'hospitalisation classique, avec au minimum le passage d'une infirmière une fois par jour, soumis à l'accord du service médical/entente préalable.

Imagerie médicale : L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'Imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser, tomographie...

Kinésithérapie : Ensemble des soins dispensés par un kinésithérapeute agréé pour lesquels l'ordonnance d'un Médecin a été délivrée avant le début du traitement. La couverture est limitée au nombre de séances et au plafond de remboursement spécifique à ce poste, tels qu'indiqué sur le Tableau des Garanties. Si davantage de séances sont requises, un rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra être produit. La kinésithérapie exclut certains traitements dont la fangothérapie, la méthode Pilates, les massages de bien-être, le Rolfing et la thérapie MILTA ainsi que toutes autres méthodes

non reconnues par la communauté médicale scientifique.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie inopinée : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, soudaine et imprévisible nécessitant l'intervention d'un Médecin sous 48h.

Maternité : Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La Maternité n'est considérée ni comme une Maladie, ni comme un Accident.

Médecin : Professionnel de santé titulaire d'un diplôme de docteur en médecine, autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lesquels les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée, qui n'est pas membre de la famille d'une personne couverte en vertu de ce contrat.

Médecin conseil : Médecin attaché à un organisme public ou privé (compagnie d'assurances, caisse d'assurance Maladie etc.) chargé de donner à celui-ci un avis médical motivé sur les cas qui lui sont soumis.

Médecin généraliste : Le Médecin généraliste prend en charge le suivi durable, le bien-être et les soins médicaux généraux primaires d'une communauté, sans se limiter à des groupes de Maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier. Le Médecin généraliste est donc souvent consulté pour diagnostiquer les symptômes avant de traiter la Maladie ou de référer le patient à un Médecin spécialiste.

Médecin spécialiste : Désigne un Médecin diplômé qui est officiellement agréé, qualifié et reconnu dans le pays dans lequel les soins sont administrés et dans lequel il exerce et qui dispose de l'expérience et des qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité médicale reconnue: techniques de diagnostic, de traitement et de prévention spécifiques dans un domaine particulier de la médecine.

Médecine alternative : Désigne ici dans le cadre du contrat: l'Homéopathie, l'Acupuncture et la Médecine chinoise traditionnelle.

Médecine courante : Traitements, hors Soins dentaires courants pratiqués par un Médecin généraliste ou un Médecin spécialiste, titulaire d'un diplôme de docteur en médecine et autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lesquels les soins sont administrés, dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessitent pas l'admission du patient dans un Hôpital.

Médecine traditionnelle chinoise : Méthode thérapeutique asiatique qui n'établit pas une différence stricte entre le corps et l'esprit et repose sur une approche globale de la personne. Le traitement se base sur cinq piliers principaux : Acupuncture, diététique, thérapie médicamenteuse avec des substances végétales, minérales et animales, des massages et des mouvements.

Médicalement nécessaire / nécessité médicale / nécessité absolue : Désigne au titre de ce contrat, les soins, services, fournitures et matériels recommandés par un professionnel de santé diplômé qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires.

Ils doivent pour cela respecter les critères suivants :

- être nécessaires dans le but de diagnostiquer ou traiter une Maladie et/ou une blessure d'un patient ;
- être appropriés au diagnostic, aux symptômes ou au traitement du patient (dans le sens de la prise en compte de la sécurité du patient et du coût du traitement) ;
- être conformes aux normes et aux connaissances médicales et scientifiques au moment de l'administration des soins;
- n'être pas fournis principalement pour le confort du patient et/ou de son Médecin ;
- être justifiés sur le plan clinique en termes d'ampleur, de durée, d'effet médical prouvé et démontré, de fréquence, de niveau et de type ;
- être dispensés dans un établissement de soins et une salle appropriés et être du niveau de qualité approprié pour traiter l'état médical du patient.

Médicaments prescrits : Désigne l'ensemble des produits (y compris les aiguilles hypodermiques, l'insuline et les seringues) dont la délivrance nécessite une ordonnance délivrée par un Médecin afin de traiter une Maladie dont le diagnostic a été confirmé ou dans l'objectif de compenser une carence dans une substance vitale pour l'organisme. Ces Médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la Maladie traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils ont été prescrits.

Notice d'information valant conditions générales : Le document présent définissant les garanties, les exclusions et les conditions d'utilisation du contrat d'assurance (avec notamment toutes les informations relatives aux procédures de remboursement), et devant être lu conjointement avec le Certificat d'adhésion et le Tableau des garanties.

Orthodontie : L'Orthodontie est une spécialité dentaire vouée à la correction des mauvaises positions des mâchoires et des dents afin d'optimiser la fermeture de la bouche (l'occlusion), pour un fonctionnement et un alignement correct.

Orthophonie : L'Orthophonie est une discipline paramédicale qui traite les personnes présentant des troubles de la communication et du langage parlé ou écrit par des actes de rééducation orthophoniques.

Orthoptie : Spécialité paramédicale ayant pour but d'évaluer et de mesurer les déviations oculaires, puis d'assurer la rééducation des yeux en cas de troubles de la vision binoculaire : strabisme, hétérophorie (déviations des axes visuels) ou insuffisance de convergence.

Ostéodensitométrie : Examen médical visant à la mesure de la densité osseuse par évaluation du contenu minéral des os (essentiellement du calcium), qui s'effectue le plus souvent par un type particulier de radiographie des vertèbres lombaires et/ou du col du fémur. Elle permet le dépistage de l'ostéoporose.

Ostéopathie : Méthode thérapeutique manuelle utilisant des techniques de manipulations vertébrales ou musculaires du système musculo-squelettique et myofascial permettant de soulager certains troubles fonctionnels.

Parodontologie : Traitement dentaire indiqué dans le cas de Maladie de soutienement de la dent (gencive notamment).

Partenaire :

- pour les assurés ayant choisi le niveau HOSPI :

Personne âgée de moins de 61 ans à l'adhésion liée à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS). Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil). Voir aussi *Concubin et Conjoint*.

- pour les assurés ayant choisi les niveaux HEALTH, HEALTH+ ou HEALTH+CHILD :

Personne âgée de moins de 71 ans à l'adhésion liée à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS). Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil). Voir aussi *Concubin et Conjoint*.

Participation aux frais de santé : La participation aux frais de santé représente le pourcentage de chaque demande de remboursement non prise en charge par votre contrat d'assurance.

Participation maximale annuelle aux frais de santé : La participation maximale annuelle aux frais de santé est le montant maximum de participation aux frais de santé que vous devrez régler pendant l'Année d'assurance.

Pays de nationalité : Tout pays dont l'Assuré possède un passeport en cours de validité et dont il est citoyen, ressortissant ou sujet, comme indiqué dans la Demande d'adhésion.

Pays de résidence principale / pays d'expatriation : Pays de résidence indiqué par l'Assuré dans sa Demande d'adhésion et mentionné dans son Certificat d'adhésion, ou porté par écrit à la connaissance de l'Assureur durant la vie du contrat, dans lequel l'Adhérent principal et ses éventuels Ayants droit vivent pendant au moins six mois de l'année. Ce pays ainsi indiqué par l'Adhérent doit correspondre au Pays de résidence principale pris en compte par les autorités de ce pays (notamment par les autorités fiscales). Le Pays de résidence principale sert dans le cadre de ce contrat à déterminer la Zone de couverture minimale devant être souscrite à l'adhésion.

Pays d'origine : Pays pour lequel l'Assuré possède un passeport en cours de validité et/ou vers lequel il souhaiterait le cas échéant être rapatrié.

Pays exclus : En fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection...) qui pourraient s'y dérouler et, en tout état de cause, selon la classification des pays à risque effectuée par le Ministère des Affaires Etrangères Français, la couverture peut être exclue pour certains pays ou zones classifiés fortement déconseillés (zone rouge) ou déconseillé (zone orange) par ce Ministère.

Période de garantie / période de couverture : Période de 365 jours continus au cours de laquelle l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit sont couverts en vertu de l'adhésion au contrat. Celle-ci démarre à la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat comme indiqué sur le Certificat d'assurance (sauf si celle-ci est résiliée par anticipation et conformément aux règles du contrat 5.2.9 CESSATION DE L'ADHESION ET FIN DES GARANTIES (DROIT A RESILIATION, RADIATION) p.38).

Physiothérapie : Par Physiothérapie, il faut entendre au titre de ce contrat l'ensemble des soins tels qu'ils peuvent être dispensés par un kinésithérapeute agréé. Cela exclut donc au titre de ce contrat certains traitements comme la fangothérapie, la méthode Pilates, les massages, le Rolfing et la thérapie MILTA.

Plafond global (des garanties santé) : Le Tableau des garanties du contrat prévoit 2 types de plafonds de garantie :

- le Plafond global des garanties santé désigne le montant maximal que l'assureur paiera pour l'ensemble des garanties santé (hospitalisation & Médecine courante ainsi que les options Dentaire/Optique et Maternité si souscrites), par Bénéficiaire, par Année d'assurance, pour un niveau de couverture santé sélectionné;

- à ce Plafond global des garanties santé viennent s'ajouter pour certaines garanties en particulier (Médecine courante + options Optique/Dentaire et Maternité) ou certains actes en particulier (consultations, Vaccinations, verres et montures...) des plafonds propres en valeur et/ou en nombre de jours ou d'actes/séances, qui sont appliqués soit par Année d'assurance, soit pour toute la vie du contrat, soit par acte ou consultation, soit par jour. Tous les plafonds s'appliquent par principe par Bénéficiaire et par Année d'assurance, sauf indication contraire dans le Tableau des garanties.

Prise en charge : Accord de Prise en charge effective formalisé par écrit et délivré à l'Assuré par l'Assureur ou le Gestionnaire avant d'engager certains types de frais de soins ou de prestations comme l'hospitalisation, les traitements en série, les traitements onéreux ou les prothèses de toute nature (sur présentation d'un rapport médical détaillé et circonstancié selon les cas et d'un devis chiffré).

Prestation : Toute(s) Prestation(s) indiquée(s) dans le Tableau des garanties du contrat.

Procréation médicalement assistée : Voir Traitement de l'infertilité.

Prothèses, dispositifs chirurgicaux et médicaux internes et externes : Fait référence à tout appareil, prothèse ou dispositif nécessaire ou utilisé dans le cadre d'une opération chirurgicale ou étant considéré comme Médicalement nécessaire au traitement.

Prothèses et implants dentaires : Désigne les appareils de reconstruction ou de réparation collée, bridges, couronnes, dentiers et implants, inlays, onlays, inlays core ainsi que tous les traitements auxiliaires nécessaires.

Psychiatrie : La Psychiatrie est la médecine des Maladies mentales, quelles que soient leurs causes : psychiques, neurologiques ou psychosociologiques. Le psychiatre n'est pas psychanalyste, psychologue ou psychothérapeute (sauf s'il a une formation complémentaire), mais son diplôme de Médecin lui permet de prescrire des médicaments ou de décider d'une hospitalisation psychiatrique. Les consultations et prescriptions de Psychiatrie sont couvertes au titre de ce contrat (avec un Délai de carence de 12 mois).

Questionnaire médical (de santé) : Dans le cadre de la demande d'adhésion au contrat d'assurance, ensemble de questions portant sur la santé de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit permettant au Médecin conseil de l'Assureur d'évaluer leur état de santé et de fixer les conditions d'assurance. En cas de risques accrus pour l'Assureur, le remplissage du Questionnaire médical de santé peut se traduire par un complément de Cotisation (aussi appelé « surprime ») pour l'Adhérent et/ou l'un de ses ayants-droit, une exclusion de garantie(s) ou un refus total de la Demande d'adhésion au contrat. La durée de validité du

Questionnaire Médical est de 4 mois.

Rééducation immédiate suite à hospitalisation : Rééducation s'inscrivant en continuité directe de l'hospitalisation, débutée dans les 30 jours au maximum qui suivent la fin de l'hospitalisation, sous la forme d'une combinaison de thérapies, pouvant comprendre l'ergothérapie, la thérapie physique et l'Orthophonie, dans le but de restaurer une fonction et/ou une forme normale après une blessure ou une Maladie grave.

Réseau médical : Désigne l'ensemble des Hôpitaux ou établissements de soins apparentés ainsi que les praticiens de santé, qui sont officiellement répertoriés par le Gestionnaire de votre contrat (MSH International) ou par les partenaires de service sélectionnés par celui-ci (comme UnitedHealthcare et Optum RX aux États-Unis par exemple) pour recevoir un traitement éligible au contrat.

Résiliation : La Résiliation est la procédure formelle par laquelle l'Assureur, l'Association contractante ou l'Adhérent mettent fin au contrat ou à l'adhésion au contrat qui les lie, voir chapitre 5.2.9 CESSATION DE L'ADHESION ET FIN DES GARANTIES (DROIT A RESILIATION, RADIATION) p.38.

Risque aggravé de santé : Les personnes présentant un Risque aggravé de santé sont les personnes malades, ayant été malades ou particulièrement susceptibles d'être malades et qui présentent un risque de Maladie (morbidity) ou de décès (mortalité) supérieur au risque de la moyenne des personnes de même âge. De ce fait, ces personnes ne peuvent pas être assurées aux conditions habituelles.

Soins (hospitaliers) de jour : Voir Hospitalisation de jour.

Soins dentaires courants : Ensemble des Soins dentaires courants incluant le bilan dentaire annuel, les dévitalisations, le détartrage, le scellement des sillons, le traitement d'une carie (amalgame), l'application de fluor, la radiologie dentaire, à l'exclusion des actes de blanchiment dentaire.

Soins dentaires et ophtalmologiques d'urgence avec hospitalisation : Terme désignant les seuls soins dentaires et ophtalmologiques d'extrême Urgence délivrés suite à un Accident grave ou l'apparition d'une infection soudaine et nécessitant une hospitalisation. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'Accident ou l'infection. Cette garantie ne couvre pas la Chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les Prothèses dentaires, les soins ophtalmologiques de routine, les dispositifs de correction visuelle, la correction visuelle au laser ainsi que les soins d'Orthodontie et de Parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Optique/Dentaire).

Soins dentaires et ophtalmologiques d'urgence sans hospitalisation : Terme désignant les seuls soins dentaires et ophtalmologiques d'extrême Urgence ne nécessitant pas une hospitalisation mais devant être administrés d'Urgence pour faire face à une douleur difficilement supportable. Cette garantie ne couvre pas la Chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les Prothèses dentaires, les soins ophtalmologiques de routine, les dispositifs de correction visuelle, la correction visuelle au laser ainsi que les soins d'Orthodontie et de Parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Optique/Dentaire).

Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture : Désignent les soins d'Urgence reçus dans une zone supérieure à la Zone de couverture sélectionnée, que ce soit au cours d'un voyage à titre professionnel ou touristique.

La couverture est acquise pour une durée maximale de 60 jours par voyage et limitée au Plafond global et ne prend uniquement en charge que les traitements nécessités en cas d'Accident, ou d'apparition d'une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou de dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Adhérent et/ou de ses Ayants droit. Les soins dispensés par un Médecin généraliste ou Spécialiste doivent démarrer dans la période de 24 heures faisant suite au début de l'événement déclencheur.

Ne sont donc pas couverts au titre de cette garantie les soins thérapeutiques non urgents, non consécutifs à un Accident ou une maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré et les soins de suivi, et ce même dans l'hypothèse où l'Adhérent ou ses éventuels Ayants droit n'étaient pas en mesure de se rendre dans un pays de leur Zone de couverture sélectionnée. Sont également exclus au titre de cette garantie les frais liés à la Grossesse, la Maternité, l'accouchement ou toute autre Complication durant la Grossesse ou l'accouchement. Il est recommandé aux Adhérents et leurs éventuels ayants-droit de contacter le Gestionnaire MSH INTERNATIONAL en cas de déplacements prévus de plus de 60 jours en dehors de la Zone de couverture sélectionnée.

Soins de ville / soins médicaux courants : Ensemble des Prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet... Les consultations dispensées à l'Hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des Soins de ville.

Soins intensifs : Désigne un service hospitalier spécialisé ayant pour mission de prendre en charge les patients en état critique, c'est-à-dire qui présentent une défaillance d'une ou plusieurs de leurs fonctions vitales, ou qui sont à risque de développer des complications sévères. Le service dispose de moyens techniques très spécialisés. Ceux-ci sont mis en œuvre de façon continue par une équipe multidisciplinaire afin de déceler, prévenir et corriger les déséquilibres aigus et présumés réversibles liés à l'affection sous-jacente (Maladie, chirurgie, traumatisme, intoxication). On parle ainsi notamment d'unités de Soins intensifs, d'unités de soins critiques, d'unités de services intensifs thérapeutiques ou d'unités de traitement intensif.

Soins palliatifs : Désigne, dans le cadre d'une Maladie évolutive et incurable, un traitement qui ne permet pas d'améliorer sensiblement la condition ou de guérir la pathologie mais qui vise à apaiser les souffrances physiques et psychologiques liées aux symptômes de la Maladie et à maintenir une « qualité de vie » relative. Sont pris en charge au titre de cette garantie les traitements ambulatoires et hospitaliers administrés suite à un diagnostic établissant le caractère terminal et incurable de la Maladie ainsi que le remboursement des soins physiques, des frais de chambre en Hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.

Soins postnataux : Ensemble des soins médicaux post-partum reçus par la mère dans une période s'étendant jusqu'à six

semaines après l'accouchement.

Soins prénataux : Désigne l'ensemble des actions de dépistage et examens de suivi classiques d'usage à l'occasion d'une Grossesse. S'agissant de maternités pour lesquelles la grossesse est diagnostiquée à risque, les Soins prénataux peuvent inclure:

- les amniocentèses et les Analyses ADN si directement en liaison avec une amniocentèse couverte au titre du contrat d'assurance;
- les tests pour le Spina Bifida;
- les tests triples (Bart's) ou quadruples.

Souscripteur : Par Souscripteur, on entend l'ASFE qui souscrit le présent contrat collectif au bénéfice de ses Adhérents assurés.

Subrogation : Désigne le droit que le Gestionnaire (MSH International) peut exercer au nom de l'assureur afin de recouvrer tous les frais ou coûts auprès d'une autre compagnie d'assurance, de tout régime d'assurance maladie national ou de toute source qui aurait un lien avec le remboursement du traitement assuré au titre de ce contrat.

Tableau des garanties : Document indiquant pour le niveau de couverture santé retenu par l'Adhérent pour lui et ses éventuels Ayants droit, les garanties détaillées dont il(s) bénéficie(nt) au titre du contrat, avec l'indication des plafonds, limites en nombre d'actes, de consultations et/ou de journées couvertes pour une période donnée, Délais de carences, Franchises, Participation aux frais, Montant de participation maximale annuelle et Co-paiements applicables à celles-ci.

Traitement médical : Désigne toute intervention chirurgicale ou Traitement médical effectué par un Médecin, considéré(e) comme Médicalement nécessaire dans le but de diagnostiquer, guérir ou soulager une Maladie ou une blessure.

Traitement de l'infertilité : Les traitements de l'infertilité désignent l'ensemble des méthodes de procréation médicalement assistée (PMA) également appelée assistance médicale à la procréation (AMP) permettant à un couple diagnostiqué infertile d'avoir un enfant. Au titre du contrat, les méthodes prises en charge sont les suivantes : la fécondation in vitro (FIV), l'insémination artificielle, les traitements hormonaux et la chirurgie des trompes.

Traitement du cancer (soins oncologiques) : Désigne les honoraires de spécialistes, les examens, frais de radiothérapie, chimiothérapie et frais hospitaliers occasionnés dans le cadre d'un traitement d'une tumeur, des tissus ou des cellules malins, caractérisés par la croissance incontrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus.

Traitements et soins psychiatriques : Gestion et soin d'une personne qui souffre d'un problème de santé mentale sévère, nécessitant l'hospitalisation dans une structure spécialisée.

Transport local en ambulance : Désigne le transport en ambulance d'un patient, requis en cas de Nécessité médicale ou d'Urgence, à destination de l'Hôpital ou de l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation, en ambulance ou en véhicule sanitaire terrestre.

Urgence : Désigne la condition médicale ou les symptômes résultant d'une Maladie ou d'une blessure qui surviennent soudainement et qui, de toute évidence, nécessitent un traitement immédiat, généralement dans les 24 heures suivant l'apparition, sans quoi il y a risque de mise en danger de la santé de la personne concernée.

Vaccinations : Désigne l'ensemble des vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel la Vaccination est administrée et toute Vaccination médicalement nécessaire avant un voyage dans un pays étranger, ainsi que le traitement préventif anti-paludisme. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont inclus.

Zone de couverture sélectionnée : Désigne la Zone de couverture sélectionnée par l'Adhérent pour lui-même et ses éventuels Ayants droit, et pour laquelle une Cotisation adaptée a été fixée par l'Assureur en fonction des Coûts usuels et raisonnables de santé constatés dans cet ensemble de pays du monde. Moyennant le paiement de la Cotisation adaptée, l'Adhérent peut opter pour lui-même et ses éventuels ayants-droit pour une Zone de couverture sélectionnée plus élevée que celle correspondant à son Pays de résidence principale. Il ne peut en revanche à l'inverse opter pour une Zone de couverture sélectionnée moins élevée que celle correspondant à son Pays de résidence principale. Le contrat prévoit 5 zones de couverture (voir paragraphe 1.5/ ZONES DE COUVERTURE).

3. / GARANTIES SANTÉ : VOS PRESTATIONS EN DÉTAIL

3.1. / TABLEAU DES GARANTIES POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LES ZONES DE COUVERTURE 1, 2, 3 OU 4¹

3.1.1. NIVEAU DE GARANTIE : HOSPI (HOSPITALISATION)

A la souscription, vous avez le choix entre 4 niveaux de couverture. Vous pouvez également choisir dans quelle devise vous souhaitez payer votre prime d'assurance et vous faire rembourser les frais de soins.

Dans le cas d'un contrat RELAIS'EXPAT+, les garanties ci-dessous sont exprimées avec la part CFE incluse.

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ (€)	500 000 €	1 000 000 €	1 600 000 €	3 000 000 €
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ (\$)	625 000 \$	1 250 000 \$	2 000 000 \$	3 750 000 \$

HOSPITALISATION

Sur la base des Coûts usuels et raisonnables constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance

Pas de délai d'attente pour la garantie hospitalisation, à l'exception des traitements et soins psychiatriques (12 mois) et des soins et frais médicaux liés à la COVID-19 (4 semaines).

Nous prenons en charge les frais hospitaliers lorsque :

- Le bénéficiaire reste à l'Hôpital, que ce soit en Hôpital de jour, ou pour plusieurs jours consécutifs,
- L'indication d'hospitalisation a été établie par un Médecin généraliste ou un Médecin Spécialiste
- La durée de votre séjour est médicalement appropriée, et validée suite à une Demande d'accord préalable.
- Votre traitement est administré ou surveillé par un Médecin généraliste et/ou Spécialiste.

Si vous devez rester à l'Hôpital plus longtemps que la durée prévue dans l'accord préalable, ou si votre traitement évolue, votre Médecin généraliste ou Spécialiste doit nous faire parvenir un rapport médical le plus vite possible. Ce rapport médical doit inclure :

- Le diagnostic,
- Le traitement que vous avez déjà reçu,
- Le traitement dont vous avez besoin,
- La durée encore nécessaire de votre séjour en Hôpital.

Nous ne prenons pas en charge les frais hospitaliers lorsque l'hospitalisation est due à une ou plusieurs des raisons suivantes :

- Convalescence,
- Gestion de la douleur (sauf en cas de soins palliatifs),
- Soins paramédicaux sans traitement de Spécialiste, sauf les soins palliatifs dispensés dans un établissement de soins,
- Services d'aide à la personne, comme l'aide pour se déplacer, faire sa toilette ou préparer ses repas, etc.,
- Soins qui pourraient être assimilés à de la Médecine courante.

	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Transport en véhicule sanitaire terrestre				
Transport d'urgence à l'hôpital	100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$	100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$	100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$	100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$
Transfert médicalement nécessaire (ambulance, taxi)				
Chambre d'Hôpital	Chambre Particulière, Semi-particulière ou partagée 100 €/125 \$ par jour	Chambre Particulière, Semi-particulière ou partagée 150 €/190 \$ par jour	Chambre Particulière, Semi-particulière ou partagée 250 €/310 \$ par jour	Chambre Particulière, Semi-particulière ou partagée 100% CUR
Le type de chambre, ainsi que le montant par nuit que nous prenons en charge, sont indiqués par formule dans le présent Tableau des garanties .				
Frais de séjour pour un parent accompagnant un enfant ayant-droit de moins de 16 ans à l'Hôpital	100 % CUR jusqu'à 300 €/375 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 400 €/500 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 700 €/875 \$ par an	100 % CUR
Nous prenons en charge les frais raisonnables de séjour d'un parent dans le même Hôpital que son enfant Bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, en cas d'hospitalisation de plus d'une journée et dans la limite du montant maximum indiqué dans le présent Tableau des garanties .				
Hospitalisation de jour (dont Chirurgie ambulatoire)	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
Nous prenons en charge toute dépense hospitalière couverte pour une hospitalisation ne nécessitant pas la garde d'un Bénéficiaire pendant la nuit.				
Hospitalisation d'urgence dans la zone de couverture sélectionnée (y compris ambulance)	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
Nous prenons en charge les soins administrés dans le cadre d'une hospitalisation au sein d'un Hôpital ou d'un centre médical, faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévisible nécessitant un traitement immédiat, sous 24 heures, à seule fin de prévenir un risque vital. Toutes prestations effectuées dans un service d'urgences non suivies d'une hospitalisation seront prises en charge au titre de la médecine courante . Nous devons être prévenus dans les 48 heures qui suivent l'admission pour les hospitalisations d'urgence .				
	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND

¹ Donc hors zone 5, seule zone qui inclut les Etats-Unis

Hospitalisation d'urgence suite à un accident ou à une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une hospitalisation d'urgence en dehors de la zone de couverture sélectionnée, pour tout déplacement de moins de 30 jours consécutifs

Toutes zones hors États-Unis :	Toutes zones hors États-Unis :	Toutes zones hors États-Unis :	Toutes zones hors États-Unis :
100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
aux États-Unis :	aux États-Unis :	aux États-Unis :	aux États-Unis :
80% CUR (dans la limite de 15 jours d'hospitalisation)	80% CUR (dans la limite de 15 jours d'hospitalisation)	80% CUR (dans la limite de 15 jours d'hospitalisation)	80% CUR (dans la limite de 15 jours d'hospitalisation)

Les garanties sont également acquises dans le monde entier (hors des États-Unis), quelle que soit la zone géographique de couverture, pour les soins d'hospitalisation ou les soins à prodiguer d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident ou à une maladie inopinée tel(le) que défini(e) à l'article 2 et surviennent lors d'un séjour ou déplacement ponctuel d'une durée inférieure à 30 jours consécutifs hors de la zone géographique de couverture. Les conditions d'application sont prévues au paragraphe Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture.

Toutefois, en cas d'urgence lors d'un séjour temporaire ou d'un déplacement ponctuel d'une durée inférieure à 30 jours consécutifs sur le territoire des États-Unis, suite à un accident ou à une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré, l'hospitalisation sera prise en charge dans la limite de 15 jours d'hospitalisation et dans la limite d'un montant de dépenses égal à 80% du plafond global de couverture santé prévu au titre de la formule retenue (Quartz, Pearl, Sapphire ou Diamond).

A cet égard, vous devez conserver tous justificatifs attestant de la durée de votre séjour temporaire en dehors de votre zone de couverture habituelle, car ceux-ci vous seront réclamés à titre de contrôle par le gestionnaire du contrat en cas de demande de remboursements de soins d'hospitalisation ou de soins à prodiguer d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident ou à une maladie inopinée tel(le) que défini(e) à l'article 2 et qu'ils surviennent lors d'un séjour ou déplacement ponctuel d'une durée inférieure à 30 jours consécutifs hors de la zone géographique de couverture. L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'assuré s'il n'est pas en mesure de présenter ces justificatifs.

Nous devons être prévenus dans les 24 heures qui suivent l'admission pour les hospitalisations d'urgence hors zone de couverture.

Hospitalisation - Soins intensifs	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les frais hospitaliers en cas de traitement en service de soins intensifs polyvalents ou cardiologiques (y compris en Unité de soins critiques) pour les patients présentant une défaillance vitale ou des risques de complications sévères.			
Hospitalisation - Actes de chirurgie, incluant les honoraires chirurgicaux, de bloc opératoire et d'anesthésie	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge, en cas d'hospitalisation, les frais de: - bloc opératoire - salle de réveil - médicaments et pansements utilisés dans le bloc opératoire et la salle de réveil - médicaments et pansements utilisés pendant votre séjour en hôpital. Nous prenons en charge les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, ainsi que les traitements nécessaires immédiatement avant et après l'opération (le même jour). Cela inclut également les opérations effectuées en hôpital de jour.			
Hospitalisation - Consultations de médecins généralistes et spécialistes effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat (hors physiothérapie et médecine alternative) incluant également les actes de spécialistes	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les consultations de médecins généralistes ou spécialistes pendant votre séjour à l'hôpital suite à un Événement couvert.			
Hospitalisation - Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les soins d'urgence dentaires reçus en hôpital lorsque ceux-ci sont médicalement nécessaires suite à un accident nécessitant une hospitalisation. Ces soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'Accident. Cette garantie ne couvre pas la chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les prothèses dentaires, implantologies, les soins d'orthodontie et de parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Health+).			
Hospitalisation - Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat, nous prenons en charge toute dépense liée à des: - actes d'imagerie médicale, comme les radiologies, les scanners, les IRM, etc., - examens comme par exemple les prises de sang ou les échantillons d'urines... - diagnostics comme les électrocardiogrammes. Si ces examens sont prescrits par votre médecin généraliste ou spécialiste pour aider à diagnostiquer ou à évaluer votre santé pendant votre hospitalisation.			
Hospitalisation - Médicaments prescrits	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
Nous prenons en charge toute dépense de médicaments prescrits par le médecin généraliste ou spécialiste en charge de votre traitement pendant votre hospitalisation.				
QUARTZ PEARL SAPPHIRE DIAMOND				

Hospitalisation - Dialyse rénale	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement de la dialyse rénale, à l'exception des frais de transport vers et depuis l'établissement de soins où celle-ci a lieu.			
Hospitalisation - Soins oncologiques (Traitement du cancer)	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les traitements médicalement justifiés que vous recevez dans le cadre du traitement d'un cancer , y compris la chimiothérapie, la radiothérapie, les soins oncologiques , les examens diagnostiques et les médicaments, dans le cadre d'une hospitalisation (de jour ou non). Les examens de laboratoire ou d'imagerie préventifs permettant de diagnostiquer le cancer ne seront pas pris en charge.			
Hospitalisation - Traitement du SIDA	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement des pathologies liées au VIH.			
Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux internes	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les dépenses liées à la mise en place de prothèses, de dispositifs ou d'appareils mis en place lors d'une intervention chirurgicale			
Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux externes	100 % CUR jusqu'à 1 200 €/1 500 \$	100 % CUR jusqu'à 1 800 €/2 250 \$	100 % CUR jusqu'à 2 500 €/3 100 \$	100 % CUR
	Par prothèse – max. 2 prothèses	Par prothèse – max. 2 prothèses	Par prothèse – max. 2 prothèses	Max. 2 prothèses
Nous prenons en charge: - les prothèses ou dispositifs indispensables dans le cadre des soins suivant immédiatement une opération chirurgicale si médicalement nécessaire. - les prothèses ou les dispositifs médicalement nécessaires et faisant partie du processus de récupération à court terme. Pour les adultes et enfant(s) de plus de 20 ans, nous prenons en charge une prothèse externe par Année d'assurance, et pour les enfants jusqu'à 20 ans, nous prenons en charge la première prothèse et au maximum deux changements de prothèse, dans la limite du montant maximum indiqué pendant toute la durée de l'adhésion contrat.				
Hospitalisation - Soins palliatifs	100 % CUR jusqu'à 10 000€/12 500\$	100 % CUR jusqu'à 15 000€/19 000\$	100 % CUR jusqu'à 25 000€/31 000\$	100 % CUR
	Si un bénéficiaire est atteint d'une maladie terminale et qu'il ne peut plus recevoir de traitement en vue d'une guérison, nous prenons en charge les: - frais de chambre d'hôpital ou d'hospice, - frais de soins palliatifs à domicile, - frais d'infirmiers - médicaments prescrits			
Hospitalisation - Greffe d'organe : frais de séjour, de soins et honoraires d'hospitalisation lors d'une greffe d'organe	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
Hospitalisation - Frais médicaux en vue d'une greffe d'organe (y compris pour le donneur d'organe: prise en charge des dépenses médicales et de transport jusqu'au lieu d'hospitalisation)	Non couvert	100 % CUR jusqu'à 3 000 €/3 800 \$ par greffe	100 % CUR jusqu'à 4 500 €/5 600 \$ par greffe	100 % CUR jusqu'à 6 000 €/7 500 \$ par greffe
	Nous prenons en charge les frais médicaux en vue d'une greffe d'organe sur un bénéficiaire provenant d'un donneur vérifié et certifié. Nous prenons également en charge les dépenses médicales pour un don de moelle osseuse (en utilisant soit votre propre moelle osseuse soit celle d'un donneur compatible) ou un don de cellules souches, avec ou sans chimiothérapie lorsque ces opérations sont effectuées dans le cadre d'un cancer. Nous prenons en charge les dépenses du donneur suivantes, pour chaque événement nécessitant un don d'organe, que le donneur soit ou non un bénéficiaire du contrat : - transport de l'organe sur un donneur, - les coûts de test de compatibilité des tissus, - les coûts d'opération et d'hôpital du donneur. Nous ne prenons pas en charge les frais d'acquisition d'organe et les médicaments "antirejet".			
Hospitalisation - Physiothérapie/kinésithérapie, Chiropractie et Ostéopathie	100 % CUR jusqu'à 1 000 €/1 250 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 2 500 €/3 100 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 5 000 €/6 200 \$ par an	100 % CUR
	Nous prenons en charge les consultations et actes de physiothérapie/kinésithérapie , de chiropractie et d' ostéopathie prescrits pendant votre hospitalisation .			
Hospitalisation - Traitements et soins psychiatriques Délai d'attente : 12 mois	Non couvert	100 % CUR jusqu'à 3 500 €/4 400 \$ (dans la limite de 10 jours par an)	100 % CUR jusqu'à 7 000 €/8 750 \$ (dans la limite de 20 jours par an)	100 % CUR (dans la limite de 30 jours par an)
	Nous prenons en charge, après expiration du délai d'attente de 12 mois, les traitements et les soins psychiatriques en Hôpital (de jour ou non), incluant les frais de séjour (dans la limite définie dans la partie 'Chambre d'Hôpital prise en charge') pour traiter l'événement couvert. Par événement couvert, nous entendons au titre de cette garantie tout traitement des maladies et des troubles mentaux.			

SOINS CONSÉCUTIFS À UNE HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE

	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Hospitalisation à domicile (sur prescription)	Non couvert	100 % CUR jusqu'à 1 500 €/1 900 \$ par an	100 % CUR, jusqu'à 20 jours par an	100 % CUR, jusqu'à 30 jours par an
	Nous prenons en charge les soins infirmiers à domicile faisant suite à une hospitalisation prise en charge par le contrat, lorsque ces soins : - sont prescrits par votre médecin spécialiste, - commencent immédiatement après que vous ayez quitté l'Hôpital, - réduisent la durée de votre séjour à l'Hôpital, - sont effectués dans le cadre d'un soin médical, et ne constituent pas une aide à la personne.			
Chirurgie réparatrice suite à un Accident survenant pendant la Période de couverture	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense de chirurgie réparatrice Médicalement nécessaire et validée par notre Médecin conseil faisant suite à un Accident ou une Maladie couverte survenu pendant la période d'assurance			
Rééducation immédiate suite à une hospitalisation, entamée dans les 30 jours qui suivent l'hospitalisation	100 % CUR jusqu'à 20 jours par an	100 % CUR jusqu'à 30 jours par an	100 % CUR jusqu'à 40 jours par an	100 % CUR jusqu'à 50 jours par an
	Nous prenons en charge toute rééducation, incluant les frais de séjour et les soins comme la kinésithérapie, l'ergothérapie ou l'orthophonie qui suivent un événement couvert comme par exemple un Accident cardio-vasculaire. Nous ne prenons pas en charge une dépense ou un soin de rééducation qui ne suit pas une hospitalisation prise en charge par le contrat. Nous prenons en charge la rééducation : - lorsque vous avez reçu notre validation d'accord préalable avant de commencer le traitement - qui débute dans un maximum de 30 jours qui suivent l'hospitalisation. Nous devons recevoir l'ensemble des éléments médicaux de votre Médecin ou chirurgien, incluant le diagnostic, les traitements reçus et prévus, ainsi que votre future date de sortie avant d'établir l'acceptation de notre couverture au titre de cette garantie.			

Les garanties sont également acquises dans le monde entier (hors des Etats-Unis), quelle que soit la zone géographique de couverture, **pour les soins d'hospitalisation ou les soins à prodiguer d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident ou à une maladie inopinée** tel(le) que défini(e) à l'article 2 et surviennent **lors d'un séjour ou déplacement ponctuel d'une durée inférieure à 30 jours consécutifs** hors de la zone géographique de couverture. Les conditions d'application sont prévues au paragraphe **Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture**.

Toutefois, en cas d'urgence lors d'un séjour temporaire ou d'un déplacement ponctuel d'une durée inférieure à 30 jours consécutifs sur le territoire des Etats-Unis, suite à un accident ou à une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré, l'hospitalisation sera prise en charge **dans la limite de 15 jours d'hospitalisation et dans la limite d'un montant de dépenses égal à 80% du plafond global de couverture santé prévu au titre de la formule retenue (Quartz, Pearl, Sapphire ou Diamond).**

A cet égard, vous devez conserver tous justificatifs attestant de la durée de votre séjour temporaire en dehors de votre zone de couverture habituelle, car ceux-ci vous seront réclamés à titre de contrôle par le gestionnaire du contrat en cas de demande de remboursements de soins d'hospitalisation ou de soins à prodiguer d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident ou à une maladie inopinée tel(le) que défini(e) à l'article 2 et qu'ils surviennent lors d'un séjour ou déplacement ponctuel d'une durée inférieure à 30 jours consécutifs hors de la zone géographique de couverture. L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'assuré s'il n'est pas en mesure de présenter ces justificatifs.

3.1.2. NIVEAU DE GARANTIE : HEALTH (HOSPITALISATION ET MEDECINE AMBULATOIRE)

A la souscription, vous avez le choix entre 4 niveaux de couverture. Vous pouvez également choisir dans quelle devise vous souhaitez payer votre prime d'assurance et vous faire rembourser les frais de soins.

Dans le cas d'un contrat RELAIS'EXPAT+, les garanties ci-dessous sont exprimées avec la part CFE incluse.

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ (€)	500 000 €	1 000 000 €	1 600 000 €	3 000 000 €
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ (\$)	625 000 \$	1 250 000 \$	2 000 000 \$	3 750 000 \$

La couverture de base, c'est-à-dire hors options, inclut une couverture des frais d'hospitalisation ainsi qu'une couverture des frais médicaux courants. Les tableaux ci-dessous détaillent les garanties et les niveaux de couverture pour ces deux catégories de frais remboursables.

HOSPITALISATION	Sur la base des Coûts usuels et raisonnables constatés par nos soins (« CUR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance
-----------------	--

Pas de délai d'attente pour la garantie hospitalisation, à l'exception des traitements et soins psychiatriques (12 mois) et des soins et frais médicaux liés à la COVID-19 (4 semaines).

Nous prenons en charge les frais hospitaliers lorsque :

- Le bénéficiaire reste à l'Hôpital, que ce soit en Hôpital de jour, ou pour plusieurs jours consécutifs,
- L'indication d'hospitalisation a été établie par un Médecin généraliste ou un Médecin Spécialiste
- La durée de votre séjour est médicalement appropriée, et validée suite à une Demande d'accord préalable.
- Votre traitement est administré ou surveillé par un Médecin généraliste et/ou Spécialiste.

Si vous devez rester à l'Hôpital plus longtemps que la durée prévue dans l'accord préalable, ou si votre traitement évolue, votre Médecin généraliste ou Spécialiste doit nous faire parvenir un rapport médical le plus vite possible. Ce rapport médical doit inclure :

- Le diagnostic,
- Le traitement que vous avez déjà reçu,
- Le traitement dont vous avez besoin,
- La durée encore nécessaire de votre séjour en Hôpital.

Nous ne prenons pas en charge les frais hospitaliers lorsque l'hospitalisation est due à une ou plusieurs des raisons suivantes :

- Convalescence,
- Gestion de la douleur (sauf en cas de soins palliatifs),
- Soins paramédicaux sans traitement de Spécialiste, sauf les soins palliatifs dispensés dans un établissement de soins,
- Services d'aide à la personne, comme l'aide pour se déplacer, faire sa toilette ou préparer ses repas, etc.,
- Soins qui pourraient être assimilés à de la Médecine courante.

	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Transport en véhicule sanitaire terrestre				
Transport d'urgence à l'hôpital	100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$	100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$	100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$	100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$
Transfert médicalement nécessaire (ambulance, taxi)				
Chambre d'Hôpital	Chambre Particulière, Semi-particulière ou partagée 100 €/125 \$ par jour	Chambre Particulière, Semi-particulière ou partagée 150 €/190 \$ par jour	Chambre Particulière Semi-particulière ou partagée 250 €/310 \$ par jour	Chambre Particulière Semi-particulière ou partagée 100% CUR
Le type de chambre, ainsi que le montant par nuit que nous prenons en charge, sont indiqués par formule dans le présent Tableau des garanties .				
Frais de séjour pour un parent accompagnant un enfant ayant-droit de moins de 16 ans à l'Hôpital	100 % CUR jusqu'à 300 €/375 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 400 €/500 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 700 €/875 \$ par an	100 % CUR
Nous prenons en charge les frais raisonnables de séjour d'un parent dans le même Hôpital que son enfant Bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, en cas d'hospitalisation de plus d'une journée et dans la limite du montant maximum indiqué dans le présent Tableau des garanties .				
Hospitalisation de jour (dont Chirurgie ambulatoire)	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
Nous prenons en charge toute dépense hospitalière couverte pour une hospitalisation ne nécessitant pas la garde d'un Bénéficiaire pendant la nuit.				
Hospitalisation d'urgence dans la zone de couverture sélectionnée (y compris ambulance)	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
Nous prenons en charge les soins administrés dans le cadre d'une hospitalisation au sein d'un Hôpital ou d'un centre médical, faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévisible nécessitant un traitement immédiat, sous 24 heures, à seule fin de prévenir un risque vital. Toutes prestations effectuées dans un service d'urgences non suivies d'une hospitalisation seront prises en charge au titre de la médecine courante . Nous devons être prévenus dans les 48 heures qui suivent l'admission pour les hospitalisations d'urgence .				

	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Hospitalisation d'urgence dans une zone de couverture supérieure à la zone de couverture sélectionnée, pour tout déplacement de moins de 60 jours consécutifs	100 % CUR jusqu'à 60 jours par an	100 % CUR jusqu'à 60 jours par an	100 % CUR jusqu'à 60 jours par an	100 % CUR jusqu'à 60 jours par an
	Nous prenons en charge tous les frais d'Hospitalisation d'urgence (seulement s'ils font suite à un Accident ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le pays de résidence principale ou une dégradation d'une maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'assuré) dans un pays situé dans une zone de couverture supérieure à la zone de couverture sélectionnée, pour tout déplacement de moins de 60 jours consécutifs. Sont exclus de cette couverture tout déplacement pour motif médical, et par conséquent tous les soins programmés dans une zone de couverture supérieure à la zone de couverture sélectionnée (sauf avis du médecin conseil). Il est recommandé aux Adhérents et leurs éventuels ayants droit de contacter le gestionnaire MSH International en cas de déplacements prévus de plus de 60 jours dans une zone de couverture supérieure à la zone de couverture sélectionnée, afin d'adapter le niveau de couverture de l'adhésion au contrat.			
Hospitalisation - Soins intensifs	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les frais hospitaliers en cas de traitement en service de soins intensifs polyvalents ou cardiologiques (y compris en Unité de soins critiques) pour les patients présentant une défaillance vitale ou des risques de complications sévères.			
Hospitalisation - Actes de chirurgie, incluant les honoraires chirurgicaux, de bloc opératoire et d'anesthésie	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge, en cas d'hospitalisation, les frais de: - bloc opératoire - salle de réveil - médicaments et pansements utilisés dans le bloc opératoire et la salle de réveil - médicaments et pansements utilisés pendant votre séjour en hôpital. Nous prenons en charge les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, ainsi que les traitements nécessaires immédiatement avant et après l'opération (le même jour). Cela inclut également les opérations effectuées en hôpital de jour.			
Hospitalisation - Consultations de médecins généralistes et spécialistes effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat (hors physiothérapie et médecine alternative) incluant également les actes de spécialistes	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les consultations de médecins généralistes ou spécialistes pendant votre séjour à l'hôpital suite à un Événement couvert.			
Hospitalisation - Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les soins d'urgence dentaires reçus en hôpital lorsque ceux-ci sont médicalement nécessaires suite à un accident nécessitant une hospitalisation. Ces soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'Accident. Cette garantie ne couvre pas la chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les prothèses dentaires, implantologies, les soins d'orthodontie et de parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Health+).			
Hospitalisation - Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat, nous prenons en charge toute dépense liée à des: - actes d'Imagerie médicale, comme les radiologies, les scanners, les IRM, etc., - examens comme par exemple les prises de sang ou les échantillons d'urines... - diagnostics comme les électrocardiogrammes. Si ces examens sont prescrits par votre médecin généraliste ou spécialiste pour aider à diagnostiquer ou à évaluer votre santé pendant votre hospitalisation.			
Hospitalisation - Médicaments prescrits	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense de médicaments prescrits par le médecin généraliste ou spécialiste en charge de votre traitement pendant votre hospitalisation.			
Hospitalisation - Dialyse rénale	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement de la dialyse rénale, à l'exception des frais de transport vers et depuis l'établissement de soins où celle-ci a lieu.			

	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Hospitalisation - Soins oncologiques (Traitement du cancer)	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les traitements médicalement justifiés que vous recevez dans le cadre du traitement d'un cancer , y compris la chimiothérapie, la radiothérapie, les soins oncologiques , les examens diagnostiques et les médicaments, dans le cadre d'une hospitalisation (de jour ou non). Les examens de suivi à distance seront pris en charge au titre du poste « médecine courante ».			
Hospitalisation - Traitement du SIDA	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement des pathologies liées au VIH.			
Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux internes	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge les dépenses liées à la mise en place de prothèses, de dispositifs ou d'appareils mis en place lors d'une intervention chirurgicale			
Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux externes	100 % CUR jusqu'à 1 200 €/1 500 \$	100 % CUR jusqu'à 1 800 €/2 250 \$	100 % CUR jusqu'à 2 500 €/3 100 \$	100 % CUR
	Par prothèse – max. 2 prothèses	Par prothèse – max. 2 prothèses	Par prothèse – max. 2 prothèses	Max. 2 prothèses
	Nous prenons en charge: - les prothèses ou dispositifs indispensables dans le cadre des soins suivant immédiatement une opération chirurgicale si médicalement nécessaire. - les prothèses ou les dispositifs médicalement nécessaires et faisant partie du processus de récupération à court terme. Pour les adultes et enfant(s) de plus de 20 ans, nous prenons en charge une prothèse externe par Année d'assurance, et pour les enfants jusqu'à 20 ans, nous prenons en charge la première prothèse et au maximum deux changements de prothèse, dans la limite du montant maximum indiqué pendant toute la durée de l'adhésion contrat.			
Hospitalisation - Soins palliatifs	100 % CUR jusqu'à 10 000€/12 500\$	100 % CUR jusqu'à 15 000€/19 000\$	100 % CUR jusqu'à 25 000€/31 000\$	100 % CUR
	Si un bénéficiaire est atteint d'une maladie terminale et qu'il ne peut plus recevoir de traitement en vue d'une guérison, nous prenons en charge les: - frais de chambre d'hôpital ou d'hospice, - frais de soins palliatifs à domicile, - frais d'infirmiers - médicaments prescrits			
Hospitalisation - Greffe d'organe : frais de séjour, de soins et honoraires d'hospitalisation lors d'une greffe d'organe	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
Hospitalisation - Frais médicaux en vue d'une greffe d'organe (y compris pour le donneur d'organe: prise en charge des dépenses médicales et de transport jusqu'au lieu d'hospitalisation)	Non couvert	100 % CUR jusqu'à 3 000 €/3 800 \$ par greffe	100 % CUR jusqu'à 4 500 €/5 600 \$ par greffe	100 % CUR jusqu'à 6 000 €/7 500 \$ par greffe
	Nous prenons en charge les frais médicaux en vue d'une greffe d'organe sur un bénéficiaire provenant d'un donneur vérifié et certifié. Nous prenons également en charge les dépenses médicales pour un don de moelle osseuse (en utilisant soit votre propre moelle osseuse soit celle d'un donneur compatible) ou un don de cellules souches, avec ou sans chimiothérapie lorsque ces opérations sont effectuées dans le cadre d'un cancer. Nous prenons en charge les dépenses du donneur suivantes, pour chaque événement nécessitant un don d'organe, que le donneur soit ou non un bénéficiaire du contrat : - transport de l'organe sur un donneur, - les coûts de test de compatibilité des tissus, - les coûts d'opération et d'hôpital du donneur. Nous ne prenons pas en charge les frais d'acquisition d'organe et les médicaments "antirejet".			
Hospitalisation - Physiothérapie/kinésithérapie, Chiropractie et Ostéopathie	100 % CUR jusqu'à 1 000 €/1 250 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 2 500 €/3 100 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 5 000 €/6 200 \$ par an	100 % CUR
	Nous prenons en charge les consultations et actes de physiothérapie/kinésithérapie , de chiropractie et d' ostéopathie prescrits pendant votre hospitalisation .			
Hospitalisation - Traitements et soins psychiatriques Délai d'attente : 12 mois	Non couvert	100 % CUR jusqu'à 3 500 €/4 400 \$ (dans la limite de 10 jours par an)	100 % CUR jusqu'à 7 000 €/8 750 \$ (dans la limite de 20 jours par an)	100 % CUR (dans la limite de 30 jours par an)
	Nous prenons en charge, après expiration du délai d'attente de 12 mois, les traitements et les soins psychiatriques en Hôpital (de jour ou non), incluant les frais de séjour (dans la limite définie dans la partie 'Chambre d'Hôpital prise en charge') pour traiter l'événement couvert. Par événement couvert, nous entendons au titre de cette garantie tout traitement des maladies et des troubles mentaux.			

QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
--------	-------	----------	---------

SOINS CONSÉCUTIFS À UNE HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE

Hospitalisation à domicile (sur prescription)	Non couvert	100 % CUR jusqu'à 1 500 €/1 900 \$ par an	100 % CUR, jusqu'à 20 jours par an	100 % CUR, jusqu'à 30 jours par an
	Nous prenons en charge les soins infirmiers à domicile faisant suite à une hospitalisation prise en charge par le contrat, lorsque ces soins : - sont prescrits par votre médecin spécialiste, - commencent immédiatement après que vous ayez quitté l'Hôpital, - réduisent la durée de votre séjour à l'Hôpital, - sont effectués dans le cadre d'un soin médical, et ne constituent pas une aide à la personne.			
Chirurgie réparatrice suite à un Accident survenant pendant la Période de couverture	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense de chirurgie réparatrice Médicalement nécessaire et validée par notre Médecin conseil faisant suite à un Accident ou une Maladie couverte survenu pendant la période d'assurance			
Rééducation immédiate suite à une hospitalisation, entamée dans les 30 jours qui suivent l'hospitalisation	100 % CUR jusqu'à 20 jours par an	100 % CUR jusqu'à 30 jours par an	100 % CUR jusqu'à 40 jours par an	100 % CUR jusqu'à 50 jours par an
	Nous prenons en charge toute rééducation, incluant les frais de séjour et les soins comme la kinésithérapie, l'ergothérapie ou l'orthophonie qui suivent un événement couvert comme par exemple un Accident cardio-vasculaire. Nous ne prenons pas en charge une dépense ou un soin de rééducation qui ne suit pas une hospitalisation prise en charge par le contrat. Nous prenons en charge la rééducation : - lorsque vous avez reçu notre validation d'accord préalable avant de commencer le traitement - qui débute dans un maximum de 30 jours qui suivent l'hospitalisation. Nous devons recevoir l'ensemble des éléments médicaux de votre Médecin ou chirurgien, incluant le diagnostic, les traitements reçus et prévus, ainsi que votre future date de sortie avant d'établir l'acceptation de notre couverture au titre de cette garantie.			

MÉDECINE COURANTE

Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance

Délai d'attente de 4 semaines pour les soins et frais médicaux liés à la COVID-19.

	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Consultations de médecins généralistes et de médecins spécialistes (sauf dentistes et psychiatres), actes de spécialistes	100 % CUR jusqu'à 80 €/100 \$ par acte ou consultation	100 % CUR jusqu'à 130 €/160 \$ par acte ou consultation	100 % CUR jusqu'à 180 €/225 \$ par acte ou consultation	100 % CUR
	Nous prenons en charge les consultations de Médecins généralistes et de Médecins spécialistes (sauf dentistes et psychiatres), ainsi que les actes de Médecins spécialistes. Nous prenons en charge ces consultations au titre de la Médecine courante, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile, ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation).			
Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation	100% CUR Jusqu'à 200 €/250\$ par an	100% CUR Jusqu'à 300 €/375\$ par an	100 % CUR Jusqu'à 500 €/625 \$ par an	100 % CUR Jusqu'à 750 €/950 \$ par an
	Nous prenons en charge les consultations pour des soins dentaires d'Urgence, comme par exemple une rage de dents soudaine, qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Les dépenses de frais dentaires non urgents (ex. bilan dentaire, détartrage, prothèses etc.) sont couvertes au titre de l'Option Health+ si vous l'avez souscrite. Les soins dentaires effectués au cours d'une consultation avec un stomatologue seront couverts uniquement au titre de l'option Health+.			
Séances prescrites d'orthophonie, d'orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers	100 % CUR jusqu'à 500€/625\$ par an	100 % CUR jusqu'à 1 500€/1 900\$ par an	100 % CUR jusqu'à 2 000€/2 500\$ par an	100 % CUR Limité à 52 séances/an
	Nous prenons en charge les séances prescrites d'Orthophonie, d'Orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers. Nous prenons en charge ces séances au titre de la Médecine courante, qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation).			
Kinésithérapie et physiothérapie, sur prescription	100 % CUR jusqu'à 1 000 €/1 250 \$ par an limité à 12 séances par an	100 % CUR jusqu'à 2 000 €/2 500 \$ par an limité à 17 séances par an	100 % CUR jusqu'à 3 500 €/4 400 \$ par an limité à 22 séances par an	100 % CUR limité à 32 séances par an
	Nous prenons en charge les consultations de kinésithérapie/physiothérapie, prescrites au titre de la Médecine courante. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.			
Ostéopathie et chiropractie	100 % CUR jusqu'à 10 séances, avec un maximum de 50 €/60 \$ par séance	100 % CUR jusqu'à 15 séances, avec un maximum de 100 €/125 \$ par séance	100 % CUR jusqu'à 25 séances, avec un maximum de 150 €/190 \$ par séance	100 % CUR jusqu'à 35 séances
	Nous prenons en charge les consultations d'Ostéopathie et Chiropractie sans prescription. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.			

	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
Homéopathie, acupuncture, médecine traditionnelle chinoise	100 % CUR jusqu'à 3 séances par an, avec un maximum de 50 €/60 \$ par séance	100 % CUR jusqu'à 5 séances par an, avec un maximum de 100 €/125 \$ par séance	100 % CUR jusqu'à 7 séances par an, avec un maximum de 150 €/190 \$ par séance	100 % CUR jusqu'à 10 séances par an
	Nous prenons en charge les séances d'Acupuncture et Médecine traditionnelle chinoise et les consultations avec un Homéopathe . La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.			
Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire	100 % CUR jusqu'à 2 000 €/2 500 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 3 500 €/4 400 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 7 500 €/9 400 \$ par an	100 % CUR
	Nous prenons en charge tous les types d'Analyses et d'examens médicaux reconnus par la communauté scientifique médicale, comme par exemple des radiologies, scanners, IRM, prises de sang, etc. prescrits par un Médecin généraliste ou Spécialiste dans un but de diagnostic ou dans le cadre de votre suivi médical.			
Médicaments prescrits	100 % CUR jusqu'à 3 000 €/3 800 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 9 000 €/11 200 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 15 000 €/18 800 \$ par an	100 % CUR
	Nous prenons en charge, au titre de la Médecine courante , les dépenses de médicaments: - prescrits par votre Médecin généraliste ou Spécialiste , - qui ne sont utilisés qu'en cas de pathologie ou de blessure.			
	100% CUR jusqu'à 80 €/100 \$ par an	100% CUR jusqu'à 100 €/125 \$ par an	100% CUR jusqu'à 200 €/250 \$ par an	100% CUR jusqu'à 300 €/375 \$ par an
Contraception prescrite	Nous prenons en charge les moyens de contraception mécaniques, médicamenteux ou prescrits par un médecin généraliste ou spécialiste. Ceci comprend la pilule, les préservatifs, le diaphragme, le stérilet, les implants et les patchs.			
Médicaments sur prescription pour affection de longue durée (ALD) Délai de carence : 12 mois	100 % jusqu'à 10 000 €/12 600 \$ par an, avec max. pour la durée de l'adhésion de 50 000 €/63 000 \$	100 % jusqu'à 15 000 €/18 800 \$ par an, avec maximum pour la durée de l'adhésion 75 000 €/94 000 \$	100 % jusqu'à 20 000 €/25 000 \$ par an, avec maximum pour la durée de l'adhésion 100 000 €/126 000 \$	100 % CUR
	Nous prenons en charge les médicaments sur prescription pour affection de longue durée après une durée minimale d'adhésion d'un an , et qui ont été prescrits pour une durée minimale de 6 mois. Si l'affection de longue durée est inscrite dans la liste annexée au contrat, un justificatif de votre médecin spécialiste ou généraliste sera demandé. Dans les autres cas l'accord de l'assureur est requis, un rapport médical sera donc demandé précisant : la condition médicale nécessitant la prise de ces médicaments, et la nécessité pour vous de prendre ce traitement pour une durée d'au moins 6 mois. Pendant le délai de carence de 12 mois, le plafond médicaments prescrits peut être utilisé.			
Psychiatrie Délai de carence : 12 mois	100 % CUR Max 5 sessions par an	100 % CUR Max 10 sessions par an	100 % CUR Max 15 sessions par an	100 % CUR Max 20 sessions par an
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les consultations de psychiatre dans la limite du nombre de consultations figurant dans votre Tableau des garanties .			
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour adultes et enfants de 20 ans et plus	100 % CUR jusqu'à 200 €/250 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 350 €/440 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 500 €/625 \$ par an	100 % CUR
	Nous prenons en charge les vaccins obligatoires ou recommandés ainsi que les traitements préventifs prescrits dans le cadre de l'expatriation, comme par exemple les antipaludéens ou le vaccin contre la fièvre jaune.			
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour enfants de moins de 20 ans	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR	100 % CUR
	Nous prenons en charge tous les vaccins et traitements préventifs prescrits pour les enfants âgés de moins de 20 ans inscrits au contrat.			
	100 % CUR jusqu'à 1 000 €/1 250 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 1 500 €/1 900 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 2 500 €/3 100 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 4 000 €/5 000 \$ par an
Equipeement médical prescrit	Nous prenons en charge toutes dépenses, d'appareillage et de Prothèses médicales , orthopédiques et auditives. Cela concerne par exemple l'achat d'un appareil auditif en cas de problème d'audition validé par un Médecin généraliste ou Spécialiste . Ceci n'inclut pas les éventuels consommables (pile, batterie, réparation, etc.) liés aux appareillages pris en charge.			

WELLBEING (PRÉVENTION) & WELLNESS (BIEN-ÊTRE)

	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
	Non couvert	100 % CUR jusqu'à 150 €/190 \$ tous les 3 ans	100 % CUR jusqu'à 500 €/625 \$ tous les 3 ans	100 % CUR jusqu'à 1 000 €/1 250 \$ tous les 3 ans
Bilan de santé	Nous prenons en charge, pour tout Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans, un Bilan de santé. Ce Bilan de santé a pour but de faire le point sur l'état de santé, de privilégier la prévention et se limite aux examens suivants : - Prise de sang (formule sanguine complète, Analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale) - Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle) - Examen neurologique (examen physique) - Radiologie pulmonaire			
Prévention, pour tous les actes listés ci-dessous	Non couvert	100 % CUR jusqu'à 500 €/625 \$	100 % CUR jusqu'à 800 €/1 000 \$	100 % CUR
Frottis cervico-utérin (1 par an)	Nous prenons en charge un frottis cervico-utérin par an pour toute Bénéficiaire âgée de 16 ans et plus.			
Mammographie pour les femmes de 45 ans et + (tous les 2 ans)	Nous prenons en charge, à titre préventif c'est-à-dire sans présence d'aucun symptôme ou d'aucune douleur, une mammographie pour le dépistage du cancer du sein ou pour des raisons diagnostiques à partir de 45 ans. Si un examen de mammographie est prescrit par un Médecin généraliste ou Spécialiste en cas de Nécessité médicale, il sera couvert, s'il s'ajoute à cet examen de prévention, au titre de la garantie « Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire ».			
Dépistage du cancer de la prostate pour les hommes de 45 ans et + (tous les ans)	Nous prenons en charge un dépistage annuel du cancer de la prostate pour les hommes âgés de 45 ans et +.			
Dépistage du cancer de la cavité buccale (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la cavité buccale tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires.			
Dépistage du cancer de la peau (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge un dépistage du cancer de la peau tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires.			
Coloscopie , à partir de 50 ans (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge une coloscopie tous les 5 ans, pour tous les Bénéficiaires âgés de 50 ans et plus.			
Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles	Nous prenons en charge un test annuel de recherche de sang occulte dans les selles, pour tous les Bénéficiaires.			
Ostéodensitométrie , pour les femmes de 45 ans et + (tous les 5 ans)	Nous prenons en charge une Ostéodensitométrie tous les 5 ans, pour toutes les Bénéficiaires âgées de 45 ans et +.			
Consultations avec un Diététicien	Non couvert	Non couvert	100 % CUR maximum 2 séances par an, jusqu'à 150 €/190 \$ par consultation	100 % CUR maximum 3 séances par an, jusqu'à 200 €/250 \$ par consultation
	Nous ne prenons en charge que la consultation en elle-même, et ne couvrons donc pas des éventuelles cures d'amincissement, ou par exemple toute dépense liée à des compléments alimentaires.			
Substituts nicotiniques	Non couvert	100 % CUR jusqu'à 50 €/60 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 75 €/90 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 100 €/125 \$ par an
	Nous prenons en charge les dépenses liées à l'aide à l'arrêt du tabac suivantes: - patchs nicotiniques - gommes nicotiniques - comprimés nicotiniques			
Cure thermique prescrite médicalement	Non couvert	100% CUR limité à 11€ /jour et limité à 1 cure par an et 21 jours par cure.	100% CUR limité à 11€ /jour et limité à 1 cure par an et 21 jours par cure	100% CUR limité à 11€ /jour et limité à 1 cure par an et 21 jours par cure

3.2. / GARANTIES OPTIONNELLES POUR LES ASSURES (ZONE DE COUVERTURE 1, 2, 3 ou 4²)

3.2.1. NIVEAU DE GARANTIES HEALTH+ : AJOUT DES GARANTIES OPTIONNELLES DENTAIRE + OPTIQUE

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
DENTAIRE	Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins («CUR»), par bénéficiaire et par année d'assurance			
PLAFOND ANNUEL GLOBAL DE LA GARANTIE DENTAIRE €/ \$ pour les actes listés ci-dessous (sauf Orthodontie avec plafond propre)	100% CUR jusqu'à 250 € par dent et 1000 € par an ou 310 \$ par dent et 1250 \$ par an	100% CUR jusqu'à 400 € par dent et 1500 € par an ou 500 \$ par dent et 1900 \$ par an	100% CUR jusqu'à 500 € par dent et 2000 € par an ou 625 \$ par dent et 2500 \$ par an	100% CUR jusqu'à 600 € par dent et 3500 € par an ou 750 \$ par dent et 4400 \$ par an
Soins dentaires courants (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus) Délais de carence : 3 mois	100% CUR	100% CUR	100% CUR	100% CUR
	Nous prenons en charge, les consultations avec un dentiste ainsi que tous les actes effectués dans le cadre de ces consultations et cités ci-dessous : -Détartrage -Traitement d'une carie (amalgame) -Scellement de sillon -Radiologie dentaire -Inlays / onlays -application de fluor. Le blanchiment des dents n'est pas couvert par le Contrat.			
Prothèses et implants dentaires (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus) Délais de carence : 6 mois	100% CUR	100% CUR	100% CUR	100% CUR
	Nous prenons en charge les Inlays core, pivots, bridges, couronnes, dentiers, bases de l'implant. Les facettes ne sont pas prises en charge.			
Chirurgie dentaire (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus) Délais de carence : 6 mois	100% CUR	100% CUR	100% CUR	100% CUR
	Nous prenons en charge tout acte chirurgical, avec anesthésie ou non, incluant l'extraction dentaire, la greffe osseuse ou gingivale, la pose d'implant.			
Parodontologie (dans la limite du plafond annuel global ci-dessus) Délais de carence : 3 mois	Non couvert	100% CUR	100% CUR	100% CUR
	Nous prenons en charge tout soin de traitement de la Maladie de tissu de soutien de la dent, notamment de la gencive.			
Orthodontie jusqu'à 16 ans Délais de carence : 12 mois	100% CUR jusqu'à 400€/ 500\$ par an pendant 3 ans	100% CUR jusqu'à 800€/ 1000\$ par an pendant 3 ans	100% CUR jusqu'à 1200€ par an / 1 500\$ par an pendant 3 ans	100% CUR jusqu'à 1500€ par an / 1900\$ par an pendant 3 ans
	Nous prenons en charge l' Orthodontie , pour tout traitement commencé avant l'âge de 16 ans et pendant une durée maximale de 3 ans consécutifs.			
	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
OPTIQUE	Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR »), par Bénéficiaire et par Année d'assurance.			
Verres et monture , dans la limite d'une paire tous les 2 ans Délai de carence: 6 mois	100 % CUR jusqu'à 100 €/125 \$	100 % CUR jusqu'à 250 €/310 \$	100 % CUR jusqu'à 400 €/500 \$	100 % CUR jusqu'à 600 €/750 \$
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente , les frais de verres et de monture de lunettes de vue prescrites avec correction visuelle, dans la limite d'une paire tous les 2 ans. Les lunettes de protection (solaire ou autres) sans correction visuelle ne sont pas prises en charge			
Frais de traitements chirurgicaux des corrections visuelles – chirurgie réfractive aucun frais de verre ou de lentilles ne sont pris en charge dans l'année qui suit la prise en charge de la chirurgie réfractive Délai de carence: 6 mois	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie « Verres et montures »	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie « Verres et montures »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures »	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures »
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente , les frais de traitements chirurgicaux de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatie et de kératocône. Cette garantie ne peut être utilisée qu'une seule fois par œil pour toute la durée de l'adhésion.			
Lentilles correctrices y compris les lentilles jetables Délai de carence: 6 mois	100 % CUR jusqu'à 100 €/125 \$ / an	100 % CUR jusqu'à 200 €/250 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 300 €/375 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 400 €/500 \$ par an
	Nous prenons en charge après expiration du Délai d'attente , les frais de lentilles de contact correctrices qui ont été prescrites.			

Les pathologies oculaires telles que la cataracte, le détachement de la rétine, glaucome, DLMA etc. sont couvertes au titre de la **Médecine courante** ou de l'hospitalisation si nécessaire.

² Donc hors zone 5, seule zone qui inclut les Etats-Unis

3.2.2. NIVEAU DE GARANTIES HEALTH+CHILD: AJOUT DES GARANTIES OPTIONNELLES MATERNITE

Accessible si la GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+ (DENTAIRE + OPTIQUE) a été souscrite

4 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	QUARTZ	PEARL	SAPPHIRE	DIAMOND
MATERNITÉ	Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance			
	100 % CUR jusqu'à 3 500 €/4 400 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 5 000 €/6 250 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 8 000 €/10 000 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 11 000 €/13 800 \$ par an
Maternité et séances de préparation à l'accouchement, soins pré et postnataux reçus par la mère et Soins immédiats du nouveau-né Délai de carence : 10 mois	Nous prenons en charge les coûts de Maternité et d'accouchement. Cela inclut: - les frais d'hospitalisation, les honoraires d'anesthésie et de chirurgie pour un Accouchement sans complication - les Soins postnataux nécessaires immédiatement après l'Accouchement sans complication (ablation des fils dans le cadre d'une épisiotomie...) - les séances de préparation à l'accouchement, - les diagnostics de Maladies chromosomiques, - les soins de routine du nouveau-né dans les 7 jours qui suivent sa naissance Ne sont pas couverts au titre de cette garantie mais pris en charge au sein de la garantie Hospitalisation les traitements dus à: - Une croissance anormale de cellules dans l'utérus (Grossesse molaire) - Le fœtus grandissant en dehors de l'utérus (Grossesse extra-utérine).			
Accouchement (simple ou multiple) sans complication Délai de carence : 10 mois	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus	Niveau de couverture et plafond partagé avec la garantie ci-dessus
	Nous prenons en charge les coûts de sage-femme ou autres Spécialistes pour l'accouchement à domicile ou dans un centre de naissance.			
	Plafond annuel Maternité doublé	Plafond annuel Maternité doublé	Plafond annuel Maternité doublé	Plafond annuel Maternité doublé
Complications à l'accouchement (les césariennes ne sont prises en compte que lorsqu'elles sont reconnues comme nécessaires et justifiées) Délai de carence : 10 mois	Nous prenons en charge les frais de séjour, les honoraires d'obstétriciens et tout autre frais médical pour un accouchement par césarienne lorsque la césarienne a été reconnue comme médicalement nécessaire et justifiée par exemple lors d'une stagnation du processus classique d'accouchement (dystocie, souffrance fœtale, hémorragie...). Note: si nous sommes dans l'incapacité de déterminer que la césarienne n'était pas médicalement nécessaire et justifiée, nous vous couvrirons dans la limite du plafond de la garantie Maternité.			
	Non couvert	100% CUR 900€/1100\$ par tentative (dans la limite de 3600€/4400\$ pour toute la vie de l'adhésion)	100% CUR 1200€/1500\$ par tentative (dans la limite de 4800€/6000\$ pour toute la vie de l'adhésion)	100% CUR 1500€/1900\$ par tentative (dans la limite de 6000€/7600\$ pour toute la vie de l'adhésion)
Traitement de l'infertilité Délai de carence : 12 mois	Nous prenons en charge, les frais de pharmacie, d'Analyses et d'exams de suivi et de fécondation dans le cadre du Traitement de l'infertilité. Au titre de ce contrat, les traitements de l'infertilité désignent l'ensemble des méthodes de Procréation Médicalement Assistée suivantes: • fécondations in Vitro (FIV), • insémination artificielle, • traitements hormonaux, • chirurgie des trompes, • cryoconservation des ovocytes.			
Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) Pour les expatriés en Suisse uniquement	Non couvert	90 % CUR dans la limite de 1 000 € / acte	90 % CUR dans la limite de 1 000 € / acte	90 % CUR dans la limite de 1 000 € / acte
	IVG effectuée dans les délais légaux Limité à 1 acte par an			

Couverture en cas d'urgence

Les garanties sont acquises dans le monde entier pour les seuls soins à prodiguer d'urgence lors de séjours ponctuels (voyage à titre professionnel ou touristique) d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs.

Est entendu par urgence médicale, une urgence faisant suite à un accident ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le retour dans le pays de résidence principale ou une dégradation d'une maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'assuré.

En cas d'urgence médicale telle que définie au contrat veuillez prendre contact au plus vite avec votre centre de gestion. Si l'assuré s'est rendu dans une zone de couverture supérieure afin d'y recevoir un traitement, si les symptômes de la pathologie étaient connus du bénéficiaire avant son adhésion au contrat ou si les traitements ne font pas suite à un accident, ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale, les traitements reçus dans cette zone, même en cas d'urgence ne seront pas couverts.

3.3. / GARANTIES SANTE POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA

3.3.1. GARANTIE PRINCIPALE HEALTH : HOSPITALISATION + SOINS MEDICAUX COURANTS POUR LES ASSURES AYANT SOUSCRIT UN CONTRAT EN ZONE 5 (USA)

NB : la garantie de base frais d'hospitalisation / pack HOSPI, n'est pas disponible en zone 5 (USA)

INFORMATION IMPORTANTE POUR LES SOINS REÇUS AUX USA

Si vous avez opté pour la Zone de couverture des États-Unis et que vous devez recevoir un traitement sur place, y être hospitalisé ou consulter un Médecin sur place, votre contrat vous permet de bénéficier des accords spécifiques mis en place par MSH International auprès de 2 partenaires locaux: UnitedHealthcare et Optum RX.

Ces accords vous permettent:

- d'accéder à une sélection d'Hôpitaux et de praticiens de santé (UnitedHealthcare) et de pharmacies (Optum RX),
- d'éviter de procéder à l'avance des frais médicaux et d'obtenir de vos prescriptions médicales sur présentation de la carte UnitedHealthcare/OptumRx/MSH en amont.

IMPORTANT : Votre couverture aux États-Unis vous laisse toujours la liberté de choisir l'hôpital ou la pharmacie qui convient le mieux pour votre traitement (y compris hors réseaux). Toutefois, si vous décidez de recevoir des soins ou d'acheter des médicaments prescrits aux États-Unis auprès d'un prestataire ne faisant pas partie des réseaux, tous les paiements que nous effectuons seront réduits de 20 %.

Néanmoins, dans l'hypothèse où il ne serait matériellement pas possible de passer par un prestataire membre des réseaux, soit pour des raisons géographiques ou en cas d'Urgence, la réduction de remboursement prévue au contrat de 20% ne sera pas appliquée. Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus sans que la Demande d'accord préalable n'ait été effectuée. L'exception géographique se définit comme les cas où dans un rayon de 50 kilomètres autour du domicile de l'Assuré:

- Il n'y a pas d'Hôpital, de Médecin, de clinique ou de pharmacie des réseaux UnitedHealthcare International et Optum Rx;
- Les soins ou médicaments dont l'Assuré a besoin ne sont pas disponibles dans les Hôpitaux, chez les Médecins et dans les cliniques ou dans les pharmacies des réseaux.

CO-PAIEMENT (POUR ZONE DE COUVERTURE USA UNIQUEMENT)

Un principe de Co-paiement s'applique à certains actes couverts au titre du contrat, pour vos soins reçus aux USA.

Le Co-paiement consiste en un montant fixe défini au contrat par acte ou par visite et qui reste à la charge de l'Adhérent et de chacun de ses éventuels Ayants droit, applicable pour chaque acte ou visite concerné(e).

Il est de la responsabilité de tout Assuré de payer le montant du Co-paiement directement au Médecin, à l'Hôpital ou à la clinique.

Pour connaître dans le détail les actes concernés, reportez-vous au tableau des garanties ci-dessous. Si vous avez opté pour une franchise, celle-ci s'appliquera après le co-paiement. La franchise n'est pas incluse dans la participation aux frais.

PARTICIPATION AUX FRAIS ET PARTICIPATION MAXIMALE ANNUELLE

Un principe de Participation aux frais de santé s'applique aux frais d'hospitalisation, pour vos soins reçus aux USA, sur les formules Pearl et Sapphire, ainsi que sur la formule Diamond pour des soins reçus en dehors du Réseau médical.

La participation aux frais de santé représente le pourcentage de chaque demande de remboursement non pris en charge par votre adhésion au contrat d'assurance.

La participation maximale annuelle aux frais est le montant maximum de participation aux frais de santé que vous devrez régler pendant l'Année d'assurance.

Le montant de la participation aux frais est calculé sous déduction de l'application du co-paiement et d'une éventuelle franchise. Seuls les montants que vous réglez effectivement relatifs à la participation aux frais contribuent à la participation maximale.

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
PLAFOND GLOBAL COUVERTURE SANTÉ (\$)	1 250 000 \$		2 000 000 \$		3 750 000 \$	
	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
Participation maximale aux frais, par an	4 000 \$	6 000 \$	2 000 \$	4 000 \$	1 500 \$	3 000 \$
Co-paiement, par hospitalisation	400 \$	800 \$	200 \$	400 \$	100 \$	200 \$

La couverture de base, c'est-à-dire hors options, inclut une couverture des frais d'hospitalisation ainsi qu'une couverture des frais médicaux courants. Les tableaux ci-dessous détaillent les garanties et les niveaux de couverture pour ces deux catégories de frais remboursables.

HOSPITALISATION

Sur la base des Coûts usuels et raisonnables constatés par nos soins (« CUR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance

Pas de délai d'attente pour la garantie Hospitalisation, à l'exception des traitements et soins psychiatriques (12 mois) et des soins et frais médicaux liés à la COVID-19 (4 semaines).

Nous prenons en charge les frais hospitaliers lorsque :

- Le bénéficiaire reste à l'Hôpital, que ce soit en Hôpital de jour, ou pour plusieurs jours consécutifs,
- L'indication d'hospitalisation a été établie par un Médecin généraliste ou un Médecin Spécialiste
- La durée de votre séjour est médicalement appropriée, et validée suite à une Demande d'accord préalable.
- Votre traitement est administré ou surveillé par un Médecin généraliste et/ou Spécialiste.

Si vous devez rester à l'Hôpital plus longtemps que la durée prévue dans l'accord préalable, ou si votre traitement évolue, votre Médecin généraliste ou Spécialiste doit nous faire parvenir un rapport médical le plus vite possible. Ce rapport médical doit inclure : le diagnostic, le traitement que vous avez déjà reçu, le traitement dont vous avez besoin, la durée encore nécessaire de votre séjour en Hôpital.

Nous ne prenons pas en charge les frais hospitaliers lorsque l'hospitalisation est due à une ou plusieurs des raisons suivantes : Convalescence, Gestion de la douleur (sauf en cas de soins palliatifs), Soins paramédicaux sans traitement de Spécialiste, sauf les soins palliatifs dispensés dans un établissement de soins, Services d'aide à la personne, comme l'aide pour se déplacer, faire sa toilette ou préparer ses repas, etc., Soins qui pourraient être assimilés à de la Médecine courante.

	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
Transport en véhicule sanitaire terrestre	100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$		100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$		100 % CUR dans la limite de 550 €/690 \$	
Transport d'urgence à l'hôpital						
Transfert médicalement nécessaire (ambulance, taxi)						
Chambre d'hôpital	Chambre Particulière semi-particulière ou partagée 80 % CUR	Chambre Particulière semi-particulière ou partagée 60 % CUR	Chambre Particulière semi-particulière ou partagée 90 % CUR	Chambre Particulière semi-particulière ou partagée 70 % CUR	Chambre Particulière semi-particulière ou partagée 100 % CUR	Chambre Particulière semi-particulière ou partagée 80 % CUR
	Le type de chambre, ainsi que le montant par nuit que nous prenons en charge, sont indiqués par formule dans le présent tableau de garanties .					
Frais de séjour pour un parent accompagnant un enfant ayant-droit de moins de 16 ans à l'hôpital	80 % CUR jusqu'à 500 \$ par an	60 % CUR jusqu'à 500 \$ par an	90 % CUR jusqu'à 875 \$ par an	70 % CUR jusqu'à 875 \$ par an	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge les frais raisonnables de séjour d'un parent dans le même hôpital que son enfant bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, en cas d'hospitalisation de plus d'une journée et dans la limite du montant maximum indiqué dans le présent tableau de garanties .					
Hospitalisation de jour (dont chirurgie ambulatoire)	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense hospitalière couverte pour une hospitalisation ne nécessitant pas la garde d'un Bénéficiaire pendant la nuit.					
	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
Hospitalisation d'urgence dans la zone de couverture sélectionnée (y compris ambulance)	Nous prenons en charge les soins administrés dans le cadre d'une admission au sein d'un Hôpital ou d'un centre médical de jour, faisant suite à l'apparition d'un problème de santé soudain et imprévisible nécessitant un traitement immédiat, sous 24 heures, à seule fin de prévenir un risque vital. Toutes prestations effectuées dans un service d'Urgences non suivies d'une admission seront prises en charge au titre de la médecine courante . Nous devons être prévenus dans les 48 heures qui suivent l'admission pour les hospitalisations d'Urgence .					
	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
Hospitalisation - Soins intensifs	Nous prenons en charge les frais hospitaliers en cas de traitement en Service de soins intensifs polyvalents ou cardiologiques (y compris en Unité de soins critiques) pour les patients présentant une défaillance vitale ou des risques de complications sévères.					
	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
Hospitalisation - Actes de chirurgie, incluant les honoraires chirurgicaux, de bloc opératoire et d'anesthésie	Nous prenons en charge, en cas d'hospitalisation, les frais de: Bloc opératoire, Salle de réveil, Médicaments et pansements utilisés dans le bloc opératoire et la salle de réveil, Médicaments et pansements utilisés pendant votre séjour en hôpital . Nous prenons en charge les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, ainsi que les traitements nécessaires immédiatement avant et après l'opération (le même jour). Cela inclut également les opérations effectuées en hôpital de jour.					
Hospitalisation - Consultations de Médecins généralistes et Spécialistes effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat (hors Physiothérapie et Médecine alternative) incluant également les actes de Spécialistes	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge les consultations de Médecins généralistes ou Spécialistes pendant votre séjour à l' Hôpital suite à un Événement couvert.					

	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
Hospitalisation - Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge les soins d'urgence dentaires reçus en Hôpital lorsque ceux-ci sont médicalement nécessaires suite à un accident nécessitant une hospitalisation. Ces soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'Accident. Cette garantie ne couvre pas la chirurgie dentaire de routine, les soins dentaires de routine, les prothèses dentaires, les soins implantologiques, les soins d'Orthodontie et de Parodontologie (ces soins ne sont couverts qu'au titre de la garantie optionnelle Health+).					
Hospitalisation - Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie effectuées dans le cadre de votre hospitalisation couverte par ce contrat	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense liée à des: - actes d'imagerie médicale, comme les radiologies, les scanners, les IRM, etc., - examens comme par exemple les prises de sang ou les échantillons d'urines, - diagnostics comme les électrocardiogrammes. Si ces examens sont prescrits par votre médecin généraliste ou spécialiste pour aider à diagnostiquer ou à évaluer votre santé pendant votre hospitalisation.					
Hospitalisation - Médicaments prescrits	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense de médicaments prescrits par le médecin généraliste ou spécialiste en charge de votre traitement pendant votre hospitalisation.					
Hospitalisation - Dialyse rénale	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement de la dialyse rénale, à l'exception des frais de transport vers et depuis l'établissement de soins où celle-ci a lieu.					
Hospitalisation - Soins oncologiques (Traitement du cancer)	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge les traitements médicalement justifiés que vous recevez dans le cadre du traitement d'un cancer, y compris la chimiothérapie, la radiothérapie, les soins oncologiques, les examens diagnostiques et les médicaments, dans le cadre d'une hospitalisation (de jour ou non). Les examens de suivi à distance seront pris en charge au titre du poste « médecine courante ».					
Hospitalisation - Traitement du SIDA	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense liée au traitement des pathologies liées au VIH.					
Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux internes	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge les dépenses liées à la mise en place de prothèses, de dispositifs ou d'appareils mis en place lors d'une intervention chirurgicale					
Hospitalisation - Prothèses / dispositifs chirurgicaux et médicaux externes	80 % CUR jusqu'à 2 250 \$	60 % CUR jusqu'à 2 250 \$	90 % CUR jusqu'à 3 100 \$	70 % CUR jusqu'à 3 100 \$	100 % CUR	80 % CUR
	Par prothèse – max. 2 prothèses Nous prenons en charge: - les prothèses ou dispositifs indispensables dans le cadre des soins suivant immédiatement une opération chirurgicale si Médicalement nécessaire, - les Prothèses ou les dispositifs Médicalement nécessaires et faisant partie du processus de récupération à court terme. Pour les adultes et enfant(s) de plus de 20 ans, nous prenons en charge une prothèse externe par Année d'assurance, et pour les enfants jusqu'à 20 ans, nous prenons en charge la première prothèse et au maximum deux changements de prothèse. Dans la limite du montant maximum indiqué par période de contrat.					
Hospitalisation - Soins palliatifs*	80 % CUR jusqu'à 19 000 \$	60 % CUR jusqu'à 19 000 \$	90 % CUR jusqu'à 31 000 \$	70 % CUR jusqu'à 31 000 \$	100 % CUR	80 % CUR
	Si un bénéficiaire est atteint d'une maladie terminale et qu'il ne peut plus recevoir de traitement en vue d'une guérison, nous prenons en charge les: - frais de chambre d'hôpital ou d'hospice (même si les soins palliatifs à domicile sont également pris en charge), - frais d'infirmiers, - médicaments prescrits					

* Pas de co-paiement à régler pour ces garanties.

	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
Hospitalisation - Greffe d'organe: frais de séjour, de soins et honoraires d'hospitalisation lors d'une greffe d'organe*	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	80 % CUR jusqu'à 3 800 \$ par greffe	60 % CUR jusqu'à 3 800 \$ par greffe	90 % CUR jusqu'à 5 600 \$ par greffe	70 % CUR jusqu'à 5 600 \$ par greffe	100 % CUR jusqu'à 7 500 \$ par greffe	80 % CUR jusqu'à 7 500 \$ par greffe
	Nous prenons en charge les frais médicaux en vue d'une greffe d'organe sur un bénéficiaire provenant d'un donneur vérifié et certifié.					
Hospitalisation - Frais médicaux en vue d'une greffe d'organe (y/c pour le donneur d'organe: prise en charge des dépenses médicales et de transport jusqu'au lieu d'hospitalisation)*	Nous prenons également en charge les dépenses médicales pour un don de moelle osseuse (en utilisant soit votre propre moelle osseuse soit celle d'un donneur compatible) ou un don de cellules souches, avec ou sans chimiothérapie lorsque ces opérations sont effectuées dans le cadre d'un cancer.					
	Nous prenons en charge les dépenses du donneur suivantes, pour chaque événement nécessitant un don d'organe, que le donneur soit ou non un bénéficiaire du contrat : transport de l'organe sur un donneur, les coûts de test de compatibilité des tissus, les coûts d'opération et d'hôpital du donneur.					
	Nous ne prenons pas en charge les frais d'acquisition d'organe et les médicaments "antirejet".					
Hospitalisation - Physiothérapie/kinésithérapie, chiropractie et ostéopathie*	80 % CUR jusqu'à 3 100 \$ par an	60 % CUR jusqu'à 3 100 \$ par an	90 % CUR jusqu'à 6200 \$ par an	70 % CUR jusqu'à 6200 \$ par an	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge les consultations et actes de physiothérapie/kinésithérapie, de chiropractie et d'ostéopathie prescrits pendant votre hospitalisation.					
Traitements et soins psychiatriques* Délai d'attente : 12 mois	80 % CUR jusqu'à 4 400 \$ (max. 10 jours/ an)	60 % CUR jusqu'à 4 400 \$ (max. 10 jours / an)	90 % CUR jusqu'à 8 750 \$ (max. 20 jours par an)	70 % CUR jusqu'à 8 750 \$ (max. 20 jours par an)	100 % CUR (max. 30 jours par an)	80 % CUR (max. 30 jours par an)
	Nous prenons en charge, après expiration du délai d'attente de 12 mois, les traitements et les soins psychiatriques en hôpital (de jour ou non), incluant les frais de séjour (dans la limite définie dans la partie 'Chambre d'hôpital prise en charge') pour traiter l'événement couvert. Par événement couvert, nous entendons au titre de cette garantie tout traitement des maladies et des troubles mentaux.					

SOINS CONSÉCUTIFS À UNE HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE

Hospitalisation à domicile (sur prescription)*	80 % CUR jusqu'à 1 900 \$ par an	60 % CUR jusqu'à 1 900 \$ par an	90 % CUR, jusqu'à 20 jours / an	70 % CUR, jusqu'à 20 jours /an	100 % CUR, jusqu'à 30 jours / an	80 % CUR Jusqu'à 30 jours / an
	Nous prenons en charge les soins infirmiers à domicile faisant suite à une hospitalisation prise en charge par le contrat, lorsque ces soins: - sont prescrits par votre médecin spécialiste , - commencent immédiatement après que vous ayez quitté l' hôpital , - réduisent la durée de votre séjour à l' hôpital , - sont effectués dans le cadre d'un soin médical, et ne constituent pas une aide à la personne.					
Chirurgie réparatrice suite à un accident survenant pendant la période de couverture*	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge toute dépense de chirurgie réparatrice médicalement nécessaire et validée par notre Médecin conseil faisant suite à un Accident ou une Maladie couverte survenu pendant la période d'assurance.					
Rééducation immédiate suite à une hospitalisation , entamée dans les 30 jours qui suivent l'hospitalisation*	80 % CUR jusqu'à 20 jours par an	60 % CUR jusqu'à 20 jours par an	90 % CUR jusqu'à 30 jours par an	70 % CUR jusqu'à 30 jours par an	100 % CUR jusqu'à 30 jours par an	80 % CUR jusqu'à 30 jours par an
	Nous devons recevoir l'ensemble des éléments médicaux de votre médecin ou chirurgien, incluant le diagnostic, les traitements reçus et prévus, ainsi que votre future date de sortie avant d'établir l'acceptation de notre couverture au titre de cette garantie.					
	Nous prenons en charge toute rééducation, incluant les frais de séjour et les soins comme la kinésithérapie, l'ergothérapie ou l' orthophonie qui suivent un événement couvert comme par exemple un Accident cardio-vasculaire. Nous ne prenons pas en charge une dépense ou un soin de rééducation qui ne suit pas une hospitalisation prise en charge par le contrat. Nous prenons en charge la rééducation: - lorsque vous avez reçu notre validation d'accord préalable avant de commencer le traitement - qui débute dans un maximum de 30 jours qui suivent l'hospitalisation.					

* Pas de co-paiement à régler pour ces garanties.

MÉDECINE COURANTE	Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance					
Co-paiement, par visite ou par acte	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$

Délai d'attente de 4 semaines pour les soins et frais médicaux liés à la COVID-19.

Consultations de médecins généralistes et de médecins spécialistes (sauf dentistes et psychiatres), actes de spécialistes	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge les consultations de médecins généralistes et de médecins spécialistes (sauf dentistes, psychiatres), ainsi que les actes de médecins spécialistes . Nous prenons en charge ces consultations au titre de la médecine courante , qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile, ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation).					
Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation*	80% CUR	60% CUR	90% CUR	70% CUR	100% CUR	80% CUR
	Nous prenons en charge les consultations pour des soins dentaires d' urgence qui ne nécessitent pas une hospitalisation, comme par exemple une rage de dents soudaine. Les éventuelles dépenses de frais dentaires non urgents (ex. bilan dentaire, détartrage, prothèses etc.) seront couverts au titre de l'option Health+ si vous l'avez souscrite, et ne seront pas couvertes si vous ne l'avez pas souscrite. Les soins dentaires effectués au cours d'une consultation avec un stomatologue seront couverts uniquement au titre de l'option Health+.					
Séances prescrites d'Orthophonie, d'Orthoptie, d'ergothérapie et de soins infirmiers*	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge jusqu'à 52 séances par an prescrites d' orthophonie , d' orthoptie , d' ergothérapie et de soins infirmiers. Nous prenons en charge ces séances au titre de la médecine courante , qu'elles soient effectuées en cabinet médical, à domicile ou en milieu hospitalier (en dehors d'une période d'hospitalisation).					
Kinésithérapie et physiothérapie sur prescription*	80 % CUR limité à 17 séances par an	60 % CUR limité à 17 séances par an	90 % CUR limité à 22 séances par an	70 % CUR limité à 22 séances par an	100 % CUR limité à 32 séances par an	80 % CUR limité à 32 séances par an
	La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.					
Ostéopathie et chiropractie*	80 % CUR jusqu'à 15 séances	60 % CUR jusqu'à 15 séances	90 % CUR jusqu'à 25 séances	70 % CUR jusqu'à 25 séances	100 % CUR jusqu'à 35 séances	80 % CUR jusqu'à 35 séances
	Nous prenons en charge les consultations d' ostéopathie et chiropractie non prescrites. La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.					
Homéopathie, Acupuncture, Médecine traditionnelle chinoise*	80 % CUR jusqu'à 5 séances par an	60 % CUR jusqu'à 5 séances par an	90 % CUR jusqu'à 7 séances par an	70 % CUR jusqu'à 7 séances par an	100 % CUR jusqu'à 10 séances par an	80 % CUR jusqu'à 10 séances par an
	Nous prenons en charge les séances d'Acupuncture, homéopathie et médecine traditionnelle chinoise . La limite du nombre de séances s'entend toutes spécialités confondues.					
Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire*	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge tous les types d'Analyses et d'examens médicaux reconnus par la communauté scientifique médicale, comme par exemple des radiologies, scanners, IRM, prises de sang, etc. prescrits par un médecin généraliste ou spécialiste dans un but de diagnostic ou dans le cadre de votre suivi médical.					
Médicaments prescrits	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge, au titre de la médecine courante , les dépenses de médicaments: - prescrits par votre médecin généraliste ou spécialiste , - qui ne sont utilisés qu'en cas de pathologie ou de blessure.					
Contraception prescrite	80% CUR Jusqu'à 125\$/an	60% CUR Jusqu'à 125\$/an	90% CUR Jusqu'à 250\$/an	70% CUR Jusqu'à 250\$/an	100% CUR Jusqu'à 375\$/an	80% CUR Jusqu'à 375\$/an
	Nous prenons en charge les moyens de contraception mécaniques, médicamenteux ou prescrits par un médecin généraliste ou spécialiste. Ceci comprend la pilule, les préservatifs, le diaphragme, le stérilet, les implants et les patches.					

*Pas de co-paiement à régler pour ces garanties.

	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
Psychiatrie Délai de carence : 12 mois	80 % CUR Maximum de 10 consultations par an	60 % CUR Maximum de 10 consultations par an	90 % CUR Maximum de 15 consultations par an	70 % CUR Maximum de 15 consultations par an	100 % CUR Maximum de 20 consultations par an	80 % CUR, Maximum de 20 consultations par an
	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les consultations de psychiatre dans la limite du nombre de consultations figurant dans votre tableau de garanties .					
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour adultes et enfants de 20 ans et plus	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge les vaccins obligatoires ou recommandés ainsi que les traitements préventifs prescrits dans le cadre de l'expatriation, comme par exemple les antipaludéens ou le vaccin contre la fièvre jaune.					
Vaccinations et traitements préventifs prescrits pour enfants de moins de 20 ans	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge tous les vaccins et traitements préventifs prescrits pour les enfants âgés de moins de 20 ans inscrits au contrat.					
	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
Equipement médical prescrit	Nous prenons en charge toutes dépenses, dans la limite prévue dans le tableau de garanties , d'appareillage et de prothèses médicales , orthopédiques et auditives. Cela concerne par exemple l'achat d'un appareil auditif en cas de problème d'audition validé par un médecin généraliste ou spécialiste . Ceci n'inclut pas les éventuels consommables (pile, batterie, réparation, etc.) liés aux appareillages pris en charge .					
WELLBEING (PRÉVENTION) & WELLNESS (BIEN-ÊTRE)						
	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
Co-paiement, par visite ou par acte	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$
Bilan de santé	80 % CUR jusqu'à 190 \$ tous les 3 ans	60 % CUR jusqu'à 190 \$ tous les 3 ans	90 % CUR jusqu'à 625 \$ tous les 3 ans	70 % CUR jusqu'à 625 \$ tous les 3 ans	100 % CUR jusqu'à 1 250 \$ tous les 3 ans	80 % CUR jusqu'à 1 250 \$ tous les 3 ans
	Nous prenons en charge, pour tout bénéficiaire âgé de plus de 20 ans, un bilan de santé . Ce bilan de santé a pour but de faire le point sur l'état de santé, de privilégier la prévention et se limite aux examens suivants: Prise de sang (formule sanguine complète, analyse biochimique, bilan lipidique, fonction, hyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale), examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle), examen neurologique (examen physique), et radiologie pulmonaire					
Forfait Prévention, pour tous les actes listés ci-dessous	80 % CUR jusqu'à 625 \$	60 % CUR jusqu'à 625 \$	90 % CUR jusqu'à 1 000 \$	70 % CUR jusqu'à 1 000 \$	100 % CUR	80 % CUR
Frottis cervico-utérin (1 par an)	Nous prenons en charge un frottis cervico-utérin par an pour toute bénéficiaire âgée de 16 ans et plus.					
Mammographie pour les femmes de 45 ans et + (tous les 2 ans)	Nous prenons en charge, à titre préventif c'est-à-dire sans présence d'aucun symptôme ou d'aucune douleur, une mammographie pour le dépistage du cancer du sein ou pour des raisons diagnostiques à partir de 45 ans. Si un examen de mammographie est prescrit par un médecin généraliste ou spécialiste en cas de nécessité médicale , il sera couvert, s'il s'ajoute à cet examen de prévention, au titre de la garantie « Analyses, IRM, radiologie, scanographie, tomographie et examens diagnostiques physiques dans un cadre ambulatoire ».					
Dépistage du cancer de la prostate	Tous les ans pour les hommes âgés de 45 ans et plus.					
Dépistage du cancer de la cavité buccale	Tous les 5 ans, pour tous les bénéficiaires .					
Dépistage du cancer de la peau	Tous les 5 ans, pour tous les bénéficiaires .					
Coloscopie, à partir de 50 ans (tous les 5 ans)	Tous les 5 ans, pour tous les bénéficiaires âgés de 50 ans et plus.					
Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles	Nous prenons en charge un test annuel de recherche de sang occulte dans les selles, pour tous les bénéficiaires .					
Ostéodensitométrie	Tous les 5 ans, pour toutes les femmes bénéficiaires âgées de 45 ans et plus.					
Diététicien	Non couvert	Non couvert	90 % CUR, 2 séances/ an	70 % CUR, 2 séances/an	100 % CUR, 3 séances/an	80 % CUR, 3 séances/an
	Nous prenons en charge les consultations avec un diététicien ayant un diplôme reconnu dans le pays dans lequel il exerce. Nous ne prenons en charge que la consultation en elle-même, et ne couvrons donc pas des éventuelles cures d'amincissement, ou toute dépense liée à des compléments alimentaires.					
	80 % CUR 60 \$ par an	60 % CUR 60 \$ par an	90 % CUR 90 \$ par an	70 % CUR 90 \$ par an	100 % CUR 125 \$ par an	80 % CUR 125 \$ par an
Substituts nicotiniques	Nous prenons en charge les dépenses liées à l'aide à l'arrêt du tabac suivantes: - patchs nicotiniques - gommes nicotiniques - comprimés nicotiniques					
Cure thermique prescrite médicalement	100% CUR limité à 11€/jour et limité à 1 cure par an et 21 jours par cure.					

* Pas de co-paiement à régler pour ces garanties.

3.4. / GARANTIES OPTIONNELLES POUR LES ASSURES AYANT CHOISI LA ZONE DE COUVERTURE USA

3.4.1. GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+ : DENTAIRE + OPTIQUE

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
DENTAIRE	Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance					
PLAFOND ANNUEL GLOBAL DE COUVERTURE DENTAIRE POUR LES ACTES LISTÉS CI-DESSOUS (SAUF ORTHODONTIE AVEC PLAFOND PROPRE)	80 % CUR jusqu'à 500 \$ par dent et 1 900 \$ par an	60 % CUR jusqu'à 500 \$ par dent et 1 900 \$ par an	90 % CUR jusqu'à 625 \$ par dent et 2 500 \$ par an	70 % CUR jusqu'à 625 \$ par dent et 2 500 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 750 \$ par dent et 4400 \$ par an	80 % CUR jusqu'à 750 \$ par dent et 4400 \$ par an
Co-paiement, par visite ou par acte	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$
	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
Soins dentaires courants Délais de carence : 3 mois	Nous prenons en charge, les consultations avec un dentiste diplômé et apte à exercer dans le pays où il se trouve, ainsi que tous les actes effectués dans le cadre de ces consultations et cités ci-dessous: détartrage, traitement d'une carie (amalgame), scellement de sillon, radiologie dentaire, inlays / onlays, application de fluor. Le blanchiment des dents n'est pas couvert par le contrat.					
Prothèses et implants dentaires Délais de carence : 6 mois	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
Nous prenons en charge, les Inlays core, pivots, bridges, couronnes, dentiers, bases de l'implant. Les facettes ne sont pas prises en charge.						
Chirurgie dentaire Délais de carence : 6 mois	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
	Nous prenons en charge, tout acte chirurgical, avec anesthésie ou non, incluant l'extraction dentaire, la greffe osseuse ou gingivale, la pose d'implant.					
Parodontologie Délais de carence : 3 mois	80 % CUR	60 % CUR	90 % CUR	70 % CUR	100 % CUR	80 % CUR
Nous prenons en charge, tout soin de traitement de la maladie de tissu de soutènement de la dent, notamment de la gencive.						
Orthodontie jusqu'à 16 ans Délais de carence : 12 mois	80 % CUR jusqu'à 1 000 \$ par an pendant 3 ans	60 % CUR jusqu'à 1 000 \$ par an pendant 3 ans	90 % CUR jusqu'à 1 500 \$ par an pendant 3 ans	70 % CUR jusqu'à 1 500 \$ par an pendant 3 ans	100 % CUR jusqu'à 1 900 \$ par an pendant 3 ans	80 % CUR jusqu'à 1 900 \$ par an pendant 3 ans
	Nous prenons en charge l' orthodontie , pour tout traitement commencé avant l'âge de 16 ans et pendant une durée maximale de 3 ans consécutifs.					
OPTIQUE	Sur la base des Coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR»), par bénéficiaire et par année d'assurance.					
Co-paiement, par visite ou par acte	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$
Verres et monture, dans la limite d'une paire tous les 2 ans Délai de carence: 6 mois	80 % CUR jusqu'à 310 \$ par an	60 % CUR jusqu'à 310 \$ par an	90 % CUR jusqu'à 500 \$ par an	70 % CUR jusqu'à 500 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 750 \$ par an	80 % CUR jusqu'à 750 \$ par an
	Nous prenons en charge les frais de verres et de monture de lunettes de vue prescrites avec correction visuelle, dans la limite d'une paire tous les 2 ans. Les lunettes de protection (solaire ou autres) sans correction visuelle ne sont pas prises en charge					
Chirurgie réfractive (frais de traitements chirurgicaux des corrections visuelles) Délai de carence: 6 mois	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures»	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures»	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures»	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures»	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures»	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie « Verres et montures»
	Nous prenons en charge les frais de traitements chirurgicaux de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatie et de kératocône. Cette garantie ne peut être utilisée qu'une seule fois par œil pour toute la durée du contrat. Aucun frais de verres, de monture ou de lentilles ne seront pris en charge dans l'année qui suit la prise en charge de la chirurgie réfractive.					
Lentilles correctrices y compris les lentilles jetables Délai de carence: 6 mois	80 % CUR jusqu'à 250 \$ par an	60 % CUR jusqu'à 250 \$ par an	90 % CUR jusqu'à 375 \$ par an	70 % CUR jusqu'à 375 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 500 \$ par an	80 % CUR jusqu'à 500 \$ par an
	Nous prenons en charge les frais de lentilles de contact correctrices qui ont été prescrites.					

Les pathologies oculaires telles que la cataracte, le détachement de la rétine, glaucome, DLMA etc. sont couvertes au titre de la **médecine courante** ou de l'hospitalisation si nécessaire.

3.4.2. GARANTIE OPTIONNELLE HEALTH+CHILD : MATERNITÉ

Accessible si la garantie optionnelle HEALTH+ (DENTAIRE + OPTIQUE a été souscrite)

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX	PEARL		SAPPHIRE		DIAMOND	
MATERNITÉ	Sur la base des coûts habituels et raisonnables, constatés par nos soins (« CUR»), par Bénéficiaire et par Année d'assurance					
Co-paiement, par visite ou par acte	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau	Au sein du réseau	Hors réseau
	35 \$	45 \$	25 \$	35 \$	15 \$	25 \$
Maternité et séances de préparation à l'accouchement, soins pré et postnataux reçus par la mère et soins immédiats du nouveau-né Délai de carence: 10 mois	80 % CUR jusqu'à 6250 \$ par an	60 % CUR jusqu'à 6250 \$ par an	90 % CUR jusqu'à 10 000 \$ par an	70 % CUR jusqu'à 10 000 \$ par an	100 % CUR jusqu'à 13 800 \$ par an	80 % CUR jusqu'à 13 800 \$ par an
	Nous prenons en charge les coûts de Maternité et d'accouchement après expiration du Délai d'attente de 10 mois. Cela inclut: - les frais d'hospitalisation, les honoraires d'anesthésie et de chirurgie pour un Accouchement sans complication - les Soins postnataux nécessaires immédiatement après l'Accouchement sans complication (ablation des fils dans le cadre d'une épisiotomie...) - les séances de préparation à l'accouchement, - les diagnostics de Maladies chromosomiques, - les soins de routine du nouveau-né dans les 7 jours qui suivent sa naissance. Ne sont pas couverts au titre de cette garantie mais pris en charge au sein de la garantie Hospitalisation les traitements dus à: - Une croissance anormale de cellules dans l'utérus (Grossesse molaire) - Le fœtus grandissant en dehors de l'utérus (Grossesse extra-utérine).					
Accouchement sans complication (simple ou multiple) Délai de carence: 10 mois	Niveau de couverture et plafond partagé avec garantie ci-dessus Nous prenons en charge les coûts de sage-femme ou autres Spécialistes pour l'accouchement à domicile ou dans un centre de naissance après expiration du Délai de carence de 10 mois.					
Complications à l'accouchement (les césariennes ne sont prises en compte que lorsqu'elles représentent une nécessité absolue) Délai de carence: 10 mois	Plafond annuel Maternité doublé					
	Veuillez prendre contact avec nous pour un accord préalable dès que possible. Si vous avez besoin d'une admission en Urgence pour un événement dû à votre Grossesse ou l'accouchement merci de nous contacter dans les 48h qui suivent votre admission à l' Hôpital . Nous prenons en charge les frais de séjour, les honoraires d'obstétriciens et tout autre frais médical pour un accouchement par césarienne, après expiration du Délai de carence de 10 mois, lorsque la césarienne a été reconnue comme médicalement nécessaire par exemple lors d'une stagnation du processus classique d'accouchement (dystocie, souffrance fœtale, hémorragie...). Note: si nous sommes dans l'incapacité de déterminer que la césarienne n'était pas Médicalement nécessaire / justifiée, nous vous couvrirons dans la limite du plafond de la garantie Maternité .					
Traitement de l'infertilité Délai de carence: 12 mois	80 % CUR jusqu'à 1100 \$ par tentative (dans la limite de 4400 \$ pour toute la vie)	60 % CUR jusqu'à 1100 \$ par tentative (dans la limite de 4400 \$ pour toute la vie)	90 % CUR jusqu'à 1500 \$ par tentative (dans la limite de 6000 \$ pour toute la vie)	70 % CUR jusqu'à 1500 \$ par tentative (dans la limite de 6000 \$ pour toute la vie)	100 % CUR jusqu'à 1900 \$ par tentative (dans la limite de 7600 \$ pour toute la vie)	80 % CUR jusqu'à 1900 \$ par tentative (dans la limite de 7600 \$ pour toute la vie)
	Nous prenons en charge, après expiration du Délai d'attente de 12 mois, les frais de pharmacie, d'Analyses et d'examens de suivi et de fécondation dans le cadre du Traitement de l'infertilité . Au titre de ce contrat, les Traitements de l'infertilité désignent l'ensemble des méthodes de Procréation Médicalement Assistée suivantes: • fécondations in Vitro (FIV), • insémination artificielle, • traitements hormonaux, chirurgie des trompes.					

4. / EXCLUSIONS DES GARANTIES SANTÉ (CE QUI N'EST PAS COUVERT)

Bien que prenant en charge la majeure partie des traitements médicalement nécessaires, votre contrat ne couvre pas les dépenses liées aux traitements et procédures médicales indiquées ci-dessous, sauf indication contraire dans le Tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit. En cas de doute sur quelque exclusion répertoriée ci-dessous, merci systématiquement de nous contacter au préalable avant d'engager tout traitement ou procédure médicale.

Sont exclus de l'assurance :

- les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties;
- les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins;
- les dépenses pour frais d'ambulance ou taxi pour des visites planifiées, les retours au domicile après intervention sous anesthésie, hormis dans le cas de la chimiothérapie.
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical prescrite par une autorité médicale non reconnue (praticiens, thérapeutes, cliniques, hôpitaux, centres médicaux non reconnus):
 - par les autorités en vigueur dans le pays où le traitement a lieu, comme disposant d'une compétence particulière pour le traitement de l'Accident ou de la maladie concernés,
 - par le Médecin conseil comme correctement qualifiés, compétents ou autorisés à prescrire un traitement et qui en ont été notifiés par écrit par celui-ci;
- les médicaments non prescrits;
- les traitements, consultations, médicaments prescrits par l'Adhérent, ses Ayants droit ou toute personne de sa famille;
- les frais jugés non nécessaires et ou inappropriés par le Médecin conseil de l'Assureur;
- en cas d'hospitalisation, les frais accessoires n'ayant pas une vocation médicale directe tels que les frais de téléphone, de télévision, d'accès internet, les journaux, les frais de taxi, les repas fournis aux visiteurs... ;
- les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés. Ne sont donc ainsi pris en charge et remboursés au titre du contrat que les Coûts usuels et raisonnables, à savoir les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues;
- pour la kinésithérapie/physiothérapie, seuls les traitements conventionnels validés par le médecin conseil sont pris en charge. les drainages lymphatiques, les massages, et l'hydrothérapie du colon sont exclus ;
- les coûts d'une hospitalisation en chambre de luxe, chambre VIP et autres suites;
- les traitements ou médicaments expérimentaux, à savoir toutes formes de traitements ou de médicaments qui du point de vue des Médecins conseils ne sont pas conventionnels ou dont l'efficacité n'a pas été prouvée;
- au titre du poste pharmacie, les produits qui ne seraient pas reconnus comme médicaments, tels que les crèmes solaires, les produits de maquillage, la parapharmacie, les laits infantiles, vitamines, probiotiques, produits sans gluten, etc.;
- les frais de traitement cosmétique, esthétique ou de reconstruction prodigués par un chirurgien plasticien, visant à améliorer ou transformer l'apparence - même pour des raisons psychologiques - sauf si ce traitement est lié au rétablissement d'un aspect physique ou d'une fonction faisant suite à un Accident défigurant ou à la suite d'une intervention chirurgicale liée au Traitement d'un cancer, intervenus durant la Période de couverture d'assurance;
- le traitement prophylactique préexposition au HIV (pre-exposure);
- les hormones de croissance sans justificatif médical approuvé par le médecin conseil ;
- médicaments et traitement des troubles de l'érection;
- les traitements et séjours en centres de remise en forme, établissements de convalescence ou maisons de repos, spas, et autres institutions semblables qui ne sont pas reconnues comme des Hôpitaux;
- tous les tests et traitements contre l'obésité/l'anorexie, ou nécessaires en raison de l'obésité ou de l'anorexie, incluant notamment les cours et frais de cure d'amaigrissement/d'engraissement, les aides et prescriptions médicamenteuses contre l'obésité / l'anorexie. Dans certains cas cliniques, après avis du Médecin conseil, peuvent être pris en charge les actes de chirurgie pour obésité morbide (IMC=Indice de Masse Corporelle > 40);
- les produits classés comme vitamines ou minéraux ainsi que les compléments alimentaires (sauf pour traiter une déficience majeure en vitamines), les produits de parapharmacie, les produits cosmétiques;
- les consultations pour des Maladies ou troubles mentaux (hors consultations de Psychiatres, si couverts au titre du contrat et dans la limite du nombre de jours/sessions prévus au contrat) ou troubles du comportement (chapitre V de la Classification Internationale des Maladies version 10 de l'OMS);
- les soins, traitements et toutes les conséquences résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de blessures ou Maladies auto-infligées, soit de l'usage de stupéfiants hors prescription médicale;
- toutes consultations de psychologie, psychothérapie et/ou de psychanalyse avec un thérapeute ou conseiller familial (même si ces consultations sont effectuées par un Psychiatre);
- le retard de développement cognitif, sauf pour un enfant de moins de 20 ans n'ayant pas atteint le niveau de développement cognitif prévu pour un enfant de son âge. Les traitements ne sont pas pris en charge lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard de développement cognitif doit avoir été mesuré quantitativement par une personne qualifiée;
- l'Orthophonie ne sera couverte que dans la langue maternelle de l'Ayant droit, sauf avis contraire du Médecin conseil;
- les dépenses occasionnées lors de la réception d'un don d'organe ou de l'achat d'un organe, à savoir:
- les organes mécaniques ou d'origine animale, sauf dans les cas où un dispositif mécanique est temporairement utilisé dans le seul objectif de conserver les fonctions vitales dans l'attente d'une transplantation;
- tout achat d'organe auprès d'un donneur quelle qu'en soit l'origine;
- la culture et le stockage de cellules souches, de manière préventive, pour hypothétique utilisation future dans le cas d'une possible Maladie;
- les frais engendrés par des complications causées directement par une blessure ou une Maladie non prise en charge, ou prise en charge partiellement, par le contrat;
- les pathologies préexistantes : toute Maladie, affection ou blessure, ou symptômes liés à celles-ci, qui se sont manifesté(s) avant la date d'adhésion au contrat, dont l'Adhérent ou ses Ayants droit ont eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance et que nous n'avons pas expressément accepté de couvrir;
- les frais de rapatriement, et d'évacuation, y compris l'évacuation médicale depuis un navire vers un centre médical terrestre. Toutefois, certains seront pris en charge par l'assistant aux conditions prévues par les garanties « Evacuation Médicale, Transport Médical » ainsi que par l'option « Assistance Rapatriement » si souscrite;
- les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium lorsque les établissements

qui ont accueilli l'Assuré ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente;

- les soins des pieds par un pédicure ou podologue, tels que: traitements pour cors / durillons, ongles épaissis et/ou difformes, sauf en cas de Nécessité médicale validée par le Médecin conseil;
- la chirurgie fœtale, c'est-à-dire le traitement ou la chirurgie mise en œuvre dans l'utérus avant la naissance, sauf s'il s'agit du résultat de complications déclarées pendant la Grossesse;
- les frais de GPA (Gestation Pour Autrui), à savoir tous traitements directement liés au recours de mères porteuses (gestation pour autrui), que l'Assurée soit la mère porteuse ou le parent d'accueil;
- l'interruption de grossesse (sauf s'il y a une menace pour la santé de la mère et sauf pour les assurées expatriées en Suisse ayant souscrit au pack HEALTH+CHILD avec le niveau de couverture PEARL, SAPPHIRE ou DIAMOND, dans les limites fixées au contrat) ;
- tous les dispositifs, opérations et traitements concernant les dysfonctionnements sexuels (déficiences sexuelles, tels que l'impuissance, quelle qu'en soit la cause) ou les troubles liés au genre (troubles liés aux changements de sexe ou de réaffectations de genre);
- les frais de traitements de l'infertilité (et notamment la Procréation médicalement assistée) sauf si la garantie optionnelle Health+Child (Maternité) a été souscrite par l'Adhérent et/ou ses Ayants droit;
- les troubles du sommeil, y compris l'insomnie, sauf s'il est déclaré que l'Assuré souffre d'apnée du sommeil sévère;
- les frais de soins pré et postnataux pendant la période de carence ou lorsque la garantie Maternité n'a pas été souscrite;
- les conséquences de l'infraction à la législation du pays dans lequel séjourne l'Assuré;
- les frais de psychomotricité;
- les troubles de l'articulation temporomandibulaire (ATM), sauf en cas de Nécessité médicale validée par le Médecin conseil;
- les frais pour lesquels la Demande d'accord préalable n'a pas été faite par l'Assuré, le remboursement des soins prévus par le contrat peut être diminué. Le gestionnaire applique une pénalité pouvant aller de 40% à 100% sur le montant de la prestation. Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus en zone 5 en dehors du réseau médical UnitedHealthcare International;
- les traitements de maintien en vie, sauf avis contraire du Médecin conseil;
- les frais administratifs;
- les honoraires de Médecin dans un but uniquement administratif (par exemple dans l'obtention d'un visa, pour compléter un formulaire de remboursement, etc.);
- les soins prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un Médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical;
- les admissions non médicales ou séjours hospitaliers qui incluent:
 - un traitement qui pourrait avoir lieu en journée ou en ambulatoire,
 - un traitement non médicalement justifié après avis du Médecin conseil,
 - une convalescence.
- le traitement d'une condition sujette à exclusion spécifique. Les exclusions spécifiques sont listées sur votre Certificat d'adhésion;
- les frais qui ont été payés par un autre organisme d'assurance, une personne, une organisation ou un programme public;
- tous soins, traitements et consultations prévus au titre des garanties HEALTH (médecine courante), HEALTH+ (Optique/dentaire) et/ou HEALTH+CHILD (Maternité), si l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit n'a pas / n'ont pas souscrit à ces options,
- tous soins, traitements et consultations en dehors de la Zone géographique de couverture sélectionnée si celle-ci est supérieure à la Zone de couverture souscrite, à moins qu'il ne s'agisse d'une Urgence faisant suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré ou que nous en ayons exceptionnellement autorisé le traitement, avec accord auprès du Médecin conseil;
- tous les soins, traitements et consultations reçus au sein d'une Zone de couverture supérieure à la Zone sélectionnée, notamment aux États-Unis dans les cas suivants:
 - Si l'Adhérent n'a pas opté pour la Zone de couverture supérieure correspondant à celle où les soins ont été prodigués, nous ne prendrons pas en charge les soins, traitements et consultations reçus dans cette zone, sauf en cas d'Urgence médicale telle que définie au contrat (urgence faisant suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le retour dans le Pays de résidence principale ou une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré).
 - Si l'Adhérent a opté pour la Zone de couverture « États-Unis », nous ne prendrons pas en charge les soins, traitements et consultations reçus aux États-Unis s'il est déterminé que l'Adhérent (et ses éventuels Ayants droit) a / ont adhéré au contrat dans l'unique but de se rendre aux États-Unis afin d'y recevoir des soins, traitements et consultations et si les symptômes de la pathologie concernée étaient connus par celui-ci avant son adhésion au contrat.

Sont également exclues de l'assurance les conséquences:

- des faits intentionnels de l'Adhérent ou de l'Ayant droit;
- d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une rébellion (avec ou sans déclaration de guerre), d'une émeute, d'un coup d'état militaire ou toute usurpation de pouvoir, d'une loi martiale ou les actes de toute autorité constituée illégalement, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf en cas de légitime défense;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'une contamination chimique, de la radioactivité ou de tout matériau nucléaire,
- des explosions et de n'importe quel conflit ou désastre, si l'Assuré s'est mis en danger en entrant dans une zone de conflit reconnue par le Gouvernement du pays de sa nationalité, a activement participé au conflit ou a manifesté un mépris flagrant vis-à-vis de sa propre sécurité;
- d'un usage nocif, dangereux ou addictif de l'alcool, des stupéfiants et/ou des médicaments ainsi que tous traitements découlant d'un usage nocif, dangereux ou addictif de ces substances;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'Adhérent ou Ayant droit;

- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements à ces compétitions, ainsi que de toute pratique de sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération;
- de la pratique de sports à titre professionnel
- de la pratique de sports énumérés ci-dessous:
 - les sports extrêmes: saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump,
 - les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel sans sécurité), varappe, randonnée et trek nécessitant un matériel spécifique (cordes, piolets, crampons), saut à ski, bobsleigh, Skeleton, ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning,
 - les sports aériens: voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing,
 - les sports nautiques : plongée avec bouteille dans le cadre d'une compétition sportive ou à titre de loisir, hydro speed, kite surf,
 - les sports de défense et de combat en compétition,
 - les sports automobiles: pilotage d'auto, de moto ou de karting.

Cependant, toute pratique de ces sports, même à titre d'initiation, de loisir ou de « baptême », lorsqu'elle est encadrée par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'État, est couverte à l'exception des sports « extrêmes ».

SONT ÉGALEMENT EXCLUS DE L'ASSURANCE LES FRAIS MÉDICAUX JUGÉS SOMPTUAIRES, DÉRAISONNABLES OU INHABITUELS, COMPTE TENU DU PAYS DANS LEQUEL ILS ONT ÉTÉ ENGAGÉS. ILS PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN REFUS DE PRISE EN CHARGE OU, APRÈS AVIS DU MÉDECIN CONSEIL DE L'ASSUREUR, D'UNE LIMITATION DE LA PRISE EN CHARGE EN FONCTION DES RECOMMANDATIONS DE CE MÉDECIN CONSEIL.

5. / MODALITÉS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

5.1. / VOTRE CONTRAT

5.1.1. ELIGIBILITE AU CONTRAT

Adhérent principal

Peut être inscrit à l'assurance, pour une zone de couverture déterminée correspondant à minima à son pays d'expatriation, chaque membre de l'association contractante, sous réserve de l'acceptation par l'assureur et :

- qu'il soit de nationalité différente de son Pays de résidence principale pendant la durée de l'adhésion au contrat,
- qu'il ait dûment complété et signé la Demande d'adhésion et le Questionnaire médical,
- qu'il soit âgé d'au moins 18 ans et de moins de 71 ans (pour les formules HEALTH, HEALTH+ et HEALTH+CHILD)
- qu'il soit âgé d'au moins 18 ans et de moins de 61 ans (pour les formules HOSPI).

Toutefois, certaines activités professionnelles dont la liste en vigueur à la Date d'effet du contrat est indiquée ci-dessous, sont soit soumises à l'acceptation préalable de l'Assureur, soit font l'objet d'un refus.

Les professions soumises à l'acceptation préalable de l'Assureur sont :

- les professions comprenant des activités de protection, de surveillance et de sauvetage de personnes,
- les professions comprenant des activités de surveillance et de gardiennage de biens,
- les professions comprenant des activités de transport ou d'achat de marchandises de valeur, métaux et pierres précieuses, objets d'art et/ou devises,
- les professions ayant pour objet l'enseignement de sports et la pratique de sports,
- toute profession nécessitant le port, l'utilisation ou le transport d'armes de quelque nature que ce soit,
- les professions nécessitant la manipulation de substances radioactives, corrosives ou toxiques,
- les professions ayant pour objet de conduire des enquêtes policières publiques ou privées, de recueillir des informations confidentielles, de négocier la libération d'otages,
- les professions ayant pour objet des activités pétrolières, minières, off-shore ou maritimes,
- les professions ayant pour objet des activités exercées à plus de 20 mètres de hauteur,
- les professions comprenant des activités sur plateformes pétrolières.

Les professions refusées par l'Assureur sont:

- les professions de garde du corps, pompier,
- les professions de convoyeur de fonds,
- les professions comprenant des activités de surveillance de banques, d'ambassades ou de consulats,
- les professions ayant pour objet l'enseignement et/ou la pratique de sports automobile, aérien, maritime, souterrain ou de combat,
- les professions nécessitant des travaux souterrains ou sous l'eau,
- les professions nécessitant la manipulation d'explosifs (dont déminage),
- les professions ayant pour conséquence de prendre part à un conflit (guerre, guerre civile, insurrection, émeute, libération d'otages), quels que soient les protagonistes concernés.

5.1.2. PAYS SPECIFIQUE DE RESIDENCE ET ZONE DE COUVERTURE DU CONTRAT

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

Il est précisé que:

- la Zone de couverture sélectionnée doit être la même pour l'Adhérent et ses Ayants droit.
- une Zone de couverture supérieure à celle du Pays de résidence principale ou d'expatriation peut être souscrite, notamment si le Pays d'origine est situé dans une Zone de couverture supérieure.

Le contrat prévoit 5 Zones de couverture différentes, définies comme suit :

- Zone 5 : USA et territoires relevant des USA (Porto Rico, Iles Vierges des Etats-Unis, Îles Mariannes du Nord, Îles mineures éloignées des États-Unis, Samoa américaines), ainsi que les pays des Zones 1, 2, 3 et 4
- Zone 4 : Bahamas, Brésil, Chine, Hong Kong, Jersey, Mexique, Royaume-Uni, Saint-Barthélemy, Saint Martin, Suisse et Singapour + Zones 1, 2, 3
- Zone 3 : Australie, Autriche, Canada, Émirats Arabes Unis, Espagne, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Polynésie Française, Portugal, Qatar, Saint Pierre et Miquelon, Taiwan, Turquie et Vanuatu + Zones 1, 2
- Zone 2 : Afrique du Sud, Andorre, Angola, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Équateur, Finlande, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Monaco, Mozambique, Norvège, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, République Dominicaine, République Tchèque, Slovaquie, Suède, Thaïlande, Uruguay, Vietnam et Wallis et Futuna + Zones 1
- Zone 1 : Monde entier (dont la France) hors pays des Zones 2 à 5

Il est précisé qu'en fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection...) qui pourraient s'y dérouler et, en tout état de cause, selon la classification des pays à risque effectuée par le ministère des affaires étrangères français, la couverture peut être exclue, **tant à l'affiliation qu'au cours de celle-ci**, pour certains pays ou zones classifiés fortement déconseillés (zone rouge) par ce ministère. **En cours d'adhésion, lorsqu'un pays ou zone classifié(e) fortement déconseillé(e) (zone rouge) sera exclu, la couverture sera suspendue pendant toute la durée de la classification en zone rouge par ce ministère. Lors de l'adhésion au contrat, celle-ci sera également soumise à l'acceptation préalable de l'Assureur si le pays est classifié déconseillé sauf pour raison impérative (zone orange) par ce ministère.**

Cette liste de pays ou zones varie et est mise à jour régulièrement par le ministère des affaires étrangères français.

Les garanties sont acquises dans la Zone de couverture sélectionnée. Toutefois, les séjours dans le pays d'origine, si celui-ci est dans la zone de couverture choisie, ne sont couverts que dans la mesure où les séjours n'excèdent pas une durée cumulée de 5 mois par an.

Les garanties sont également acquises, pour les seuls soins à prodiguer d'Urgence dans le monde entier, lors de séjours ponctuels (voyages à titre professionnel ou touristique) d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs, seulement s'ils font suite à un Accident ou une Maladie inopinée soudaine et imprévisible, nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre le rapatriement dans le Pays de résidence principale ou à une dégradation d'une Maladie grave représentant un danger immédiat et sérieux pour la santé de l'Assuré.

5.2. / LA VIE DE VOTRE CONTRAT

5.2.1. DATE D'EFFET ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT ENTRE L'ASFE ET L'ASSUREUR

Le Contrat d'assurance de groupe ouvert conclu entre l'Assureur et l'Association contractante a pris effet le 1^{er} juillet 2015, pour une première période se terminant le 31 décembre 2015. Il se reconduit tacitement le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties notifiée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement ou en cas d'exercice par l'association contractante de son droit de résiliation infra-annuelle conformément à l'article L.113-15-2 du code des assurances.

La demande de résiliation émanant de l'association contractante doit être adressée à l'assureur par lettre, courrier électronique ou, à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du code des assurances. La résiliation à l'initiative de l'assureur devra être formulée par lettre recommandée.

5.2.2. VOTRE ADHESION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES

L'adhésion peut être, au choix de l'Adhérent, souscrite pour ce dernier uniquement (Cotisation individuelle) ou pour lui et tout ou partie de ses Ayants droit tels que définis dans le chapitre 2 p.4 (autant de Cotisations individuelles que d'Ayants droit en plus de la Cotisation individuelle de l'Adhérent principal).

L'adhésion peut être également souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs enfants à charge, âgés de moins de 18 ans, sous réserve que cet (ces) enfant(s) soi(en)t expatrié(s) hors de son (leur) Pays de nationalité et hors du Pays de résidence de ses (leurs) parents et que la Demande d'adhésion soit dûment complétée et signée par l'Adhérent. Lors de son adhésion, l'Adhérent choisit la formule de garanties santé, de souscrire ou non aux garanties optionnelles, le niveau de garanties et le montant de la Franchise et du Co-paiement.

Il est précisé que pour tous les Ayants droit de l'Adhérent, la formule et le niveau de garantie ainsi que la franchise et les Co-paiement doivent être les mêmes que ceux retenus pour l'Adhérent lui-même, Ainsi:

- lorsqu'une garantie optionnelle est retenue par l'Adhérent, elle s'applique également à l'ensemble de ses Ayants droit inscrits à l'adhésion,
- tous les enfants Ayants droit de l'Adhérent doivent bénéficier des mêmes garanties.

Ces choix sont effectués par l'Adhérent lors de son adhésion au contrat.

Pour être garantis ou en cas de modification(s) des garanties souscrites, l'Adhérent et chaque Ayant droit doit remplir et signer un Questionnaire médical, l'inscription à l'adhésion ou les modifications de garanties étant subordonnées à l'acceptation médicale de l'Assureur.

Après étude du ou des Questionnaires médicaux, le Gestionnaire (MSH International) pourra demander des examens médicaux complémentaires.

Si un Adhérent ou Ayant droit présentait un Risque aggravé de santé, l'Assureur pourrait être amené soit à l'accepter mais à des conditions particulières, soit à le refuser.

Les conditions particulières d'acceptation de l'inscription au contrat ou pathologies déclarées au Questionnaire médical qui font l'objet d'un refus de garantie sont notifiées par lettre recommandée.

La durée minimale de souscription est de 6 mois incompressibles.

En cas de refus par le Gestionnaire (MSH International) d'une demande de modification(s) des garanties en cours d'adhésion, il est précisé que l'Adhérent et ses Ayants droit éventuellement inscrits à l'adhésion demeurent garantis dans les conditions antérieures à la demande de modification.

L'adhésion, ou sa modification, sont constatées par l'émission d'un Certificat d'adhésion sur lequel figurent outre les nom et adresse de l'Adhérent, ceux des Ayants droit garantis ainsi que la Date d'effet de l'adhésion, les garanties choisies, la Zone de couverture sélectionnée, la Franchise, le Co-paiement le cas échéant, la Cotisation correspondante et le cas échéant, la durée fixe de l'adhésion.

5.2.3. AJOUTER UN/DES AYANT(S) DROIT A VOTRE ADHESION AU CONTRAT

Vous pouvez demander l'ajout d'un Ayant droit de votre famille en cours d'adhésion au contrat en complétant la Demande d'adhésion prévue à cet effet. Tout ajout d'Ayant droit donne lieu à un nouveau calcul de la cotisation annuelle telle que défini au paragraphe 5.4.1 Calcul de la cotisation de votre contrat.

Les nouveau-nés peuvent être couverts dès la naissance sans Questionnaire médical de santé (sauf en cas de naissance multiple ou d'adoption d'un enfant placé en centre ou famille d'accueil), à condition que nous en soyons informés dans les 30 jours suivant la date de naissance de l'enfant.

Pour informer de votre intention d'ajouter un nouveau-né à votre contrat, veuillez en faire la demande par écrit dans les 30 jours suivant la naissance de l'enfant, et faire parvenir l'acte de naissance délivré par l'hôpital.

Si l'assureur est informé de l'ajout d'un nouveau-né plus de 30 jours après la naissance, les formalités médicales sont applicables pour cet enfant et ne sera couvert qu'à la date de l'acceptation de l'assureur.

Veuillez noter que tous les enfants issus de naissance multiple, les enfants adoptés, les enfants nés de GPA (gestion pour autrui), seront obligatoirement soumis à acceptation pour être inscrits à votre adhésion.

5.2.4. LES ELEMENTS MATERIALISANT VOTRE ADHESION

Votre adhésion au contrat FIRST'EXPAT+ ou RELAIS'EXPAT+ est matérialisée par l'ensemble des documents suivants :

- **Votre certificat d'adhésion** : il s'agit d'un document unique, édité à l'adhésion, qui constate l'adhésion au contrat de l'Adhérent et précise, outre les nom et adresse de l'Adhérent, ceux des éventuels Ayants droit garantis, la Date d'effet de l'adhésion, les garanties et formules choisies, la Zone de couverture sélectionnée, les Franchise(s) et Co-paiement(s) le cas échéant et la Cotisation correspondante. Le Certificat d'adhésion correspond aux conditions particulières de votre adhésion au contrat.
- **Votre attestation d'assurance** : il s'agit d'un document pouvant être réédité, ayant vocation à servir de preuve quant à la couverture d'assurance de la personne qui la présente et reprenant les informations suivantes : nom de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit, Date d'effet de l'adhésion, numéro et type de contrat souscrit, Assureur du contrat, garanties et formules souscrites et Zone de couverture sélectionnée.
- **Votre appel de cotisation** : il s'agit d'un document qui vous indique le montant de votre Cotisation d'assurance et la Période de couverture. C'est à la date fixée par l'Appel de cotisation que le règlement de la Cotisation d'assurance s'effectue.

- **La présente notice d'information valant conditions générales:** il s'agit du présent document définissant les garanties, les exclusions et les conditions d'utilisation du contrat d'assurance (avec notamment toutes les informations relatives aux procédures de remboursements), et devant être lu conjointement avec le Certificat d'adhésion.

IMPORTANT

Lors de votre adhésion, vous avez reçu une lettre d'accueil par email comprenant votre carte MSH International. Conservez-la, elle facilitera vos démarches auprès des professionnels de santé.

5.2.5. OBTENIR UN CERTIFICAT D'ADHESION POUR UN NOUVEL AYANT DROIT

Dès l'inscription d'un nouvel ayant droit, subordonnée le cas échéant à son acceptation suite au processus de formalités médicales par notre Médecin Conseil, nous vous enverrons un nouveau Certificat d'adhésion pour prendre en compte l'ajout du nouvel Ayant droit. Ce certificat remplacera toute autre version en votre possession.

5.2.6. ANNULER VOTRE ADHESION AU CONTRAT AVANT SA PRISE D'EFFET : LE DELAI DE RENONCIATION

- **Si l'adhérent a été démarché à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail :**

En application de l'article L.112-9 du Code des Assurances relatif au démarchage à domicile, toute personne physique qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile ou à sa résidence ou sur son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre, un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle, a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

- **Si l'adhésion a été conclue à distance (par internet, par téléphone, par courrier ou par fax) :**

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des Assurances relatif à la vente à distance, l'adhérent bénéficie de la faculté de renoncer à son adhésion au contrat dans un délai de 14 jours révolus à compter soit de la date d'adhésion, soit de la date d'envoi de son certificat d'adhésion si elle est postérieure, sans motif ni pénalité.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

- **Comment exercer son droit de renonciation dans les deux cas précités ?**

L'adhérent peut renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception adressé à l'assureur selon le modèle de rédaction ci-dessous :

« Je soussigné(e) (nom - prénoms) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat FIRST' EXPAT ou RELAIS' EXPAT n°210/ XXXX (nom du contrat et n° de l'adhésion au contrat à préciser) conclue suite à un démarchage à mon domicile^(*) ou - à distance^(*) le / / et demande le remboursement de la Cotisation versée, déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat était en vigueur. » (Date et signature). »

^(*) selon la situation

La résiliation de l'adhésion au contrat prend effet à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique par le Gestionnaire MSH International.

En cas de renonciation, l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la Date de résiliation.

L'assureur est tenu de lui rembourser le solde des cotisations au plus tard dans les 30 jours suivant la Date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la Cotisation reste due à l'Assureur si le droit de renonciation est exercé alors qu'un sinistre mettant en jeu une des garanties du contrat et dont l'Adhérent n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

5.2.7. DEBUT DE L'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Pour l'Adhérent:

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur) après réception par ce dernier:

- de la Demande d'adhésion et du ou des Questionnaire(s) médical(aux), dûment complété(s) et signé(s),
- et du règlement total de la première échéance mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle de la Cotisation.

L'adhésion prend effet, le 1^{er} ou le 15 du mois qui suit la date de notification de l'acceptation de l'adhésion. Cette date est indiquée au Certificat d'adhésion.

L'adhésion au contrat est souscrite soit pour une période fixe indiquée sur le Certificat d'adhésion dont la durée ne peut être inférieure à 6 mois soit pour une période annuelle se terminant après 365 jours de couverture, avec renouvellement annuel par tacite reconduction à la date anniversaire de l'adhésion dans les conditions du paragraphe 5.2.8 ci-après et sous réserve du paiement des Cotisations indiquées par l'Assureur.

Lorsque l'adhésion est souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs Enfants à charge, âgés de moins de 18 ans, expatrié(s) hors de son (leur) pays de nationalité et hors du Pays de résidence principale de ses (leurs) parents, l'adhésion prend également effet dans les conditions prévues ci-dessus.

Lorsque l'Adhérent demande son adhésion aux garanties optionnelles postérieurement à son adhésion au contrat et, au plus tôt, à la première date anniversaire de la prise d'effet de son adhésion à la Garantie de base, la ou les garanties optionnelles prendra(ont) effet, sous réserve du résultat des formalités médicales, à l'expiration des Délais de carence prévus au paragraphe ci-après. Les délais de carence seront décomptés à compter de la date d'acceptation de la modification par l'Assureur. Avant absorption de ces délais de carence, seules les garanties de base seront accordées à l'Adhérent.

Pour les Ayants droit de l'Adhérent:

Sous réserve de l'acceptation de l'assureur aux vues des formalités médicales demandées, l'inscription à l'adhésion des Ayants droit prend effet:

- à la même date que pour les Adhérents eux-mêmes lorsque leur inscription est demandée à l'origine de l'adhésion,
- lors de la modification de la situation de famille en cas de mariage, de conclusion d'un pacte civil de solidarité, de Concubinage, de naissance ou d'adoption d'enfant, le 1^{er} ou le 15 du mois qui suit la date d'acceptation de ce ou ces nouveaux Ayants droit par l'Assureur, **sous réserve d'une déclaration au Gestionnaire (MSH International) de cette modification dans les 90 jours qui suivent la modification.** À défaut, l'inscription de l'Ayant droit concerné sera reportée à la date anniversaire de l'exercice suivant la demande.

Les garanties prennent effet pour chaque Adhèrent et ses Ayants droit, sous réserve de l'application des Délais de carence suivants:

- immédiatement à la date d'adhésion telle qu'elle est prévue ci-dessus pour :
 - les frais médicaux au titre des garanties Hospitalisation médicale ou chirurgicale - Actes et frais de chirurgie, Médecine générale - Spécialités - Analyses, Pharmacie, Médecines préventives (hors Bilan de santé) et Médecines alternatives (sauf application du délai de carence ci-après pour les soins liés à la COVID-19),
 - les Consultations et soins dentaires/ophtalmologiques lorsqu'ils font suite à un Accident ou à une Maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un Traitement médical ne pouvant pas attendre l'expiration du Délai de carence,
- Ou après application des Délais de carence suivants (selon les garanties souscrites) détaillés ci-après :

Détail des délais de carence

- Délai de carence de 4 semaines pour les soins et frais médicaux liés à la COVID-19, au titre des garanties Hospitalisation médicale ou chirurgicale - Actes et frais de chirurgie, Médecine générale - Spécialités - Analyses, Pharmacie, Médecines préventives et Médecines alternatives,
- Délai de carence de 3 mois en ce qui concerne les garanties consultations dentaires et soins dentaires/ophtalmologiques courants (hors urgences) et parodontologie,
- Délai de carence de 6 mois en ce qui concerne les garanties Optique et Dentaire (HEALTH+) (hors consultations et soins dentaires): prothèses, implants dentaires, greffes osseuses et chirurgie dentaire,
- Délai de carence de 10 mois en ce qui concerne les garanties Maternité (HEALTH+CHILD) (y compris les soins prénataux et postnataux),
- Délai de carence de 12 mois en ce qui concerne les garanties orthodontie, traitement de l'infertilité (y compris procréation médicalement assistée), Médicaments sur prescription pour affection de longue durée (ALD) (Zone 1 à 4) et traitements et soins psychiatriques.

Lorsque l'adhésion fait suite à un contrat antérieur offrant des garanties équivalentes, tant en termes de garanties souscrites que de niveaux de remboursement, aucun Délai de carence ne sera appliqué. **Cette disposition n'est pas applicable en ce qui concerne les garanties Maternité (y compris les soins prénataux et postnataux) et traitement de l'infertilité, où les Délais de carence : 10 et 12 mois demeurent.**

Il est précisé que l'Assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la Date d'effet des garanties.

5.2.8. RENOUVELER OU METTRE FIN À VOTRE ADHESION AU CONTRAT

Excepté lorsque l'adhésion est à durée ferme, elle est souscrite pour une première période d'une année.

L'adhésion se reconduit tacitement à chaque date anniversaire pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation, par l'une des parties.

L'adhérent peut dénoncer l'adhésion par lettre, courrier électronique ou à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances :

- 2 mois au moins avant chaque date anniversaire de l'adhésion au contrat, conformément à l'article L113-12 du Code des Assurances,
- à tout moment, à compter d'un an d'assurance révolue conformément à l'article L113-15-2 du Code des Assurances, pour un effet un mois après la date d'expédition ou de remise de la notification à l'assureur.

Autres cas de résiliation :

L'adhésion prend fin en cas de résiliation notifiée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles prévues à l'article 5.2.9 « Cessation de l'adhésion et fin des garanties ».

L'assureur peut dénoncer l'adhésion au contrat conformément aux dispositions prévues :

- en cas de non-paiement des cotisations (article 5.4.5),
- en cas de refus de l'évolution de la cotisation (article 5.4.2)
- en cas de constat d'une fausse déclaration (article 5.5.8).

En outre, en cours d'adhésion, les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l'association contractante et l'assureur. L'adhérent sera dans ce cas informé des modifications, trois mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. Si l'adhérent n'accepte pas ces modifications, il peut, dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé, dénoncer son adhésion par lettre, courrier électronique, ou à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des Assurances.

5.2.9. CESSATION DE L'ADHESION ET FIN DES GARANTIES (DROIT A RESILIATION, RADIATION)

L'adhésion et les garanties cessent pour chaque Adhèrent et ses Ayants droit:

- **A la Date de résiliation du contrat :** Dans ce cas, l'Assureur proposera à l'Adhèrent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la Cotisation indiquée par l'Assureur.
- Lorsque l'Adhèrent n'adhère plus à l'Association contractante, cette dernière devant en aviser le Gestionnaire (MSH International) dans un délai d'un mois. Cette demande peut intervenir à tout moment mais au plus tôt après 6 mois d'adhésion au contrat.
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion telle que mentionnée à l'article 5.2.8 « Renouveler ou mettre fin à votre adhésion au contrat »,
- **En cas de non règlement des cotisations :** si la Cotisation relative à l'adhésion n'est plus réglée.
- **En cours d'année :** dès lors que l'assuré ne remplit plus les conditions d'adhésion au contrat comme par exemple

dans le cas d'un retour dans le pays d'origine, l'inscription par l'employeur à un contrat de même nature ou à la sécurité sociale française ou locale ; la résiliation de l'adhésion prendra effet le 1^{er} ou 15 du mois suivant la date de réception du courrier de résiliation accompagné d'un justificatif officiel. Aucune résiliation ne sera prise en compte sans justificatif officiel³. La date de fin de contrat sera déterminée par la date de réception du justificatif et ne pourra être effective avant un préavis minimal d'un mois. Par exemple, nous recevons une demande de résiliation avec un justificatif de retour officiel le 26 janvier, le contrat ne pourra prendre fin avant le 1^{er} mars. Le gestionnaire MSH International se donne le droit de vérifier la véracité des justificatifs officiels. Dans le cas où les justificatifs seraient faux, la résiliation en cours d'année ne pourra avoir lieu et les cotisations resteront dues jusqu'à une éventuelle résiliation infra-annuelle ou une résiliation à la date anniversaire de l'adhésion.

- **En cas de décès de l'Adhérent** : À cette date, son Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant, inscrit au contrat, pourra souscrire une adhésion au contrat pour lui-même et, le cas échéant, pour ses Ayants droit ; dans les conditions de la section 5.2.2 VOTRE ADHESION AU CONTRAT ET LES PERSONNES GARANTIES p. 36 au chapitre 5.2/ LA VIE DE VOTRE CONTRAT.

Toutefois, aucune formalité médicale ne sera exigée par l'Assureur.

L'adhésion et les garanties cessent en tout état de cause:

- au terme de la durée fixe indiquée au Certificat d'adhésion ou à la fin de la période couverte par la dernière Cotisation réglée, lorsque l'Adhérent demande la résiliation de son adhésion au contrat, notifiée par lettre adressée au Gestionnaire (MSH International) sous réserve d'un préavis de 2 mois. Cette demande peut intervenir à tout moment mais au plus tôt après 12 mois d'adhésion au contrat,
- à la date du retour définitif (séjour continu supérieur à 3 mois) dans le pays d'origine.
- Il est précisé que toute radiation est définitive. La cessation de l'adhésion de l'Adhérent entraîne en tout état de cause et à la même date, la cessation des garanties et la radiation de tous ses Ayants droit.

Lorsque l'adhésion est souscrite par l'Adhérent pour le seul compte d'un ou plusieurs enfants à charge, âgés de moins de 18 ans, expatrié(s) hors de son (leur) pays de nationalité et hors du Pays de résidence principale de ses (leurs) parents, l'adhésion et les garanties cessent, pour chacun des enfants concernés, dès qu'il atteint son 18^e anniversaire. À cette date, cette adhésion pourra être poursuivie, sans nouvelle formalité médicale, l'enfant acquérant la qualité d'Adhérent.

Les garanties prennent fin, en tout état de cause, pour les Ayants droit:

- pour le Conjoint: à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,
 - ou pour le Partenaire: à la date de rupture du pacte civil de solidarité,
 - ou pour le Concubin: à la date de cessation du Concubinage,
- pour les enfants: dès qu'ils cessent d'être à la charge de l'Adhérent et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 20^e anniversaire ou leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont couverts par le contrat au 1^{er} euro.

Il est précisé que l'Assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits antérieurement à la date de cessation des garanties.

Le contrat est sans effet lorsque l'exécution de celui-ci, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute Prestation ou service exposerait l'Assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États-Unis d'Amérique.

5.2.10. APPORTER DES MODIFICATIONS A VOTRE ADHESION

Nous vous adressons toutes les communications et informations importantes relatives à votre adhésion à l'adresse que vous nous avez indiquée dans le Bulletin d'adhésion (adresse privée de correspondance et adresse e-mail). Si vous souhaitez les modifier, vous pouvez le faire directement via votre **Espace Assuré**, rubrique **Votre Affiliation/Votre situation**. Vous devez nous informer si vous/vos ayants droit changez d'adresse, de pays de résidence principale, ou de nationalité.

- **CHANGEMENT DE LIEU DE RESIDENCE, D'ADRESSE POSTALE OU D'ADRESSE E-MAIL**

Merci de nous informer systématiquement par écrit le plus rapidement possible en cas de:

- changement d'adresse privée de correspondance, y compris si vous restez dans le même Pays de résidence principale.
- changement d'adresse e-mail,
- changement de Pays de résidence principale.

IMPORTANT

Si vous déménagez dans un autre pays, il est de votre responsabilité de nous en informer immédiatement. En effet, votre nouveau Pays de résidence principale peut être caractérisé par des niveaux de coûts de santé différents de votre Pays de résidence principale actuel, nécessitant un ajustement, à la hausse ou à la baisse, de votre zone de couverture et de la Cotisation correspondante.

Aussi, merci de nous tenir informés de tout changement d'adresse qui vous concerne et/ou concerne vos Ayants droit.

- **DECES DE L'ADHERENT PRINCIPAL OU D'UN AYANT DROIT**

Si l'Adhérent principal devait décéder, il conviendrait alors de nous en informer dans un délai d'un mois suivant le décès de celui-ci. Le contrat prendrait alors fin et un remboursement de la Cotisation de l'année en cours serait effectué au prorata. S'il en exprime le souhait, le premier Ayant droit indiqué sur le Certificat d'adhésion aurait alors la possibilité de nous faire parvenir une demande pour devenir l'Adhérent principal du contrat (s'il a atteint l'âge de 18 ans) et inclure à son contrat les autres Ayants droit. Suite au décès d'un Ayant droit, son adhésion prendra fin et un remboursement de la Cotisation de l'année en cours pour cet Ayant droit sera effectué au prorata.

³ Par Justificatif officiel, nous entendons:

- une copie de l'attestation de l'employeur précisant l'obligation de couverture par l'employeur,
- une attestation d'affiliation au régime de sécurité sociale française ou locale,
- une quittance de loyer, une facture d'électricité ou d'eau de votre résidence principale à votre nom dans le cas d'un retour dans le pays de nationalité.

- **CHANGEMENT DE FORMULE (QUARTZ, PEARL, SAPPHIRE OU DIAMOND)**

Un changement de formule ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. Un seul changement de formule pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.

- **CHANGEMENT DE FRANCHISE**

Un changement de Franchise (ou la mise en place d'une Franchise dans le cas où l'Adhérent n'en avait pas choisi dans la Demande d'adhésion) ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. **Un seul changement de Franchise pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.** Dans le cas d'une suppression ou réduction de la franchise, MSH International pourra demander un nouveau questionnaire médical à l'Adhérent principal et le cas échéant ses ayants droit et pourra appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spécifique.

- **CHANGEMENT DE NIVEAU D'INTERVENTION (DES LE 1^{ER} EURO/DOLLAR OU EN COMPLEMENT DE LA CFE)**

Un changement de niveau d'intervention ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. Un seul changement de niveau d'intervention pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.

- **CHANGEMENT OPTION(S) (HEALTH, HEALTH+ OU HEALTH+CHILD)**

Un changement d'option quel qu'il soit ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. **Un seul changement d'option pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.**

- **CHANGEMENT DE DEVISE (EURO OU DOLLAR)**

Un changement de devise quel qu'il soit ne peut avoir lieu qu'à la date anniversaire de l'adhésion au contrat. **Un seul changement de devise pendant l'ensemble de la durée de l'adhésion au contrat peut être effectué.**

- **CHANGEMENT DE ZONES DE COUVERTURE (ZONE 1, 2, 3, 4 OU 5) ET AJOUT D'UN AYANT DROIT AU CONTRAT**

Contactez votre centre de gestion pour toute modification de Zone de couverture ainsi que pour ajouter un Ayant droit au contrat.

5.3. / REMBOURSEMENTS

Les frais sont servis dans la limite des frais réels, des Coûts usuels et raisonnables pour le pays concerné et des maxima contractuels (voir article ci-après sur la notion de Coûts usuels et raisonnables).

5.3.1. DATE LIMITE POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Toutes les demandes de remboursement de soins de santé doivent être adressées à MSH International dans les 24 mois suivant la date des soins (sauf si autre disposition prévue par votre contrat). **Toute demande réceptionnée au-delà de ces 24 mois ne sera pas traitée.**

5.3.2. MONNAIES DE REMBOURSEMENT

Nous vous remboursons dans la devise que vous avez précisée dans votre demande de remboursement, sauf s'il est illégal de procéder à un règlement dans cette devise au titre des réglementations bancaires Internationales. Dans cette hypothèse, nous vous rembourserons dans la devise que vous utilisez habituellement pour régler votre Cotisation.

Si la devise de votre compte bancaire n'est pas celle dans laquelle les soins de santé ont été engagés, le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui utilisé par les Nations Unies le dernier jour du mois précédant la date des soins.

IMPORTANT : Il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicte, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.

Le remboursement peut être effectué:

- soit par chèque,
- ou soit par virement dans la devise de votre compte bancaire.

FRAIS DE VIREMENT BANCAIRES EVENTUELLEMENT APPLICABLES

Vous n'aurez pas de frais de virement bancaire (excepté les frais de tenue de compte), lorsque la devise de votre compte bancaire et de votre remboursement correspondent à la devise du pays où votre compte est domicilié.

5.3.3. REMBOURSEMENT ET FRANCHISES

La Franchise désigne le montant que tout Assuré doit payer pour ses frais médicaux, par Année d'assurance, avant que nous puissions commencer à le rembourser. Il s'agit du montant à la charge de l'Adhérent et de chacun de ses éventuels Ayants droit, qui est déduit de la somme remboursable. La Franchise s'applique par personne et par Année d'assurance. Si cette option a été sélectionnée elle sera indiquée dans le Certificat d'adhésion.

Si la demande de remboursement excède le montant total de la Franchise ou le montant restant de celle-ci (si vous avez déjà soumis des demandes de remboursement n'atteignant pas le montant annuel), nous rembourserons les soins couverts au-delà du montant de Franchise annuelle sélectionné.

5.3.4. REMBOURSEMENT SUITE A UNE DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Si la Demande d'accord préalable n'est pas effectuée ou a été refusée, le remboursement des soins prévu par le Contrat d'assurance de groupe ouvert est diminué. Pour toute demande de remboursement de frais soumis à accord préalable mais n'ayant pas fait l'objet de cette formalité, le Gestionnaire (MSH International) applique une pénalité pouvant aller de 40 % à 100 % sur le montant de la Prestation.

Cette pénalité se cumule avec celle éventuellement applicable lorsque les soins sont reçus en Zone 5 en dehors du Réseau médical UnitedHealthcare International.

Veillez donc bien à systématiquement demander un accord préalable avant d'engager des frais. Nous vous répondrons dans les 72h à réception de votre demande complète.

5.4. / LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT

5.4.1. CALCUL DE LA COTISATION DE VOTRE CONTRAT

La Cotisation annuelle est fixée, par personne assurée, en fonction :

- de l'âge de la personne assurée,

- de la Zone de couverture sélectionnée,
- de la formule de garantie souscrite (Quartz, Pearl, Sapphire, Diamond),
- des garanties souscrites (Garanties de base uniquement (HEALTH) ou Garanties de base + Garantie(s) optionnelle(s): Optique/Dentaire (HEALTH+) ou Optique/Dentaire + Maternité (HEALTH+CHILD)*,
- des Franchises et/ou Co-paiements sélectionnés,
- et de la couverture (au 1^{er} euro/dollar ou en complément de la CFE).

Il est précisé que tant que 3 enfants au moins sont garantis au titre de l'adhésion d'un Adhérent assuré, seules les Cotisations de 2 enfants seront dues, les plus élevées en termes de montant, les autres enfants étant garantis sans contrepartie de Cotisation. Autrement dit, à partir du moment où 3 enfants au moins sont couverts au titre de l'adhésion d'un Adhérent assuré, seules les cotisations des deux enfants dont les cotisations les plus élevées seront dues.

Le montant de la Cotisation est revu à chaque date anniversaire de l'adhésion au contrat compte tenu de l'âge de chaque Bénéficiaire et du tarif en vigueur à cette date anniversaire (compte tenu de l'application de la clause d'Ajustement prévue ci-après) tel qu'indiqué au paragraphe 5.4.2 Evolution de la cotisation dans le temps ci-dessous.

5.4.2. EVOLUTION DE LA COTISATION DANS LE TEMPS

- Toute modification au contrat ou à l'adhésion (par exemple un changement d'option ou un ajout d'ayant droit) donne lieu à un nouveau calcul de la cotisation annuelle telle que défini au paragraphe 5.4.1 Calcul de la cotisation de votre contrat.
- Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite serait mise à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la Cotisation.
- Ajustement de la cotisation du Contrat d'assurance de groupe ouvert : Les taux de cotisations sont susceptibles d'être révisés, au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du Contrat d'assurance de groupe ouvert, souscrit par l'association ASFE auprès de Groupama Gan Vie, l'Assureur, enregistrés au cours de l'année civile écoulée et de la dérive des coûts de santé constatés dans le Monde.
- Ajustement de la cotisation de votre adhésion : le montant de la Cotisation de votre adhésion est revu chaque année, à la date anniversaire de celle-ci, compte tenu de l'âge de l'Adhérent et de chacun des Ayants droit garantis et du tarif en vigueur à cette date compte tenu de l'application de la clause d'ajustement prévue ci-avant. Cet ajustement des Cotisations s'applique à votre adhésion au contrat à chaque date d'anniversaire de celle-ci.

5.4.3. MODALITES DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ET DES FRAIS SUPPLEMENTAIRES

Les Cotisations sont payables à l'ordre d'ASFE mensuellement (si prélèvement sur un compte bancaire en France ou à Monaco), trimestriellement, semestriellement ou annuellement et d'avance, en euros ou dollars US.

Les Appels de cotisation d'ASFE sont envoyés en fonction de la périodicité du paiement que vous avez choisie lors de votre affiliation (mensuelle (si prélèvement sur un compte bancaire en France ou à Monaco), trimestrielle, semestrielle ou annuelle). Pour votre règlement, vous avez le choix entre différents modes de paiement :

- EN LIGNE, PAR CARTE BANCAIRE (VISA – MASTERCARD – AMERICAN EXPRESS) : sur www.msh-intl.com, dans votre Espace assuré, rubrique Paiement en ligne.
- PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (SUR COMPTE EN FRANCE OU À MONACO UNIQUEMENT) : Complétez et signez l'autorisation de prélèvement automatique fournie avec votre Appel de cotisation (également disponible sur simple demande).
- PAR CHÈQUE BANCAIRE OU POSTAL
Libellez votre chèque à l'ordre d'ASFE et indiquez votre n° d'Adhérent ASFE au dos du chèque (très important pour une bonne imputation du chèque). Merci de respecter la date d'échéance afin d'éviter une procédure de mise en demeure.
- PAR VIREMENT
 - de France : utilisez les références bancaires de MSH International.
 - ou de l'étranger : par Swift, utilisez les IBAN et BIC de MSH International.

Merci de nous contacter pour connaître nos coordonnées bancaires. Indiquez votre n° d'Adhérent ASFE (très important pour une bonne imputation du virement). Les frais afférents à ce mode de paiement seront à votre charge.

5.4.4. INFORMATIONS EN LIGNE SUR LE REGLEMENT DE VOTRE COTISATION

Pour une meilleure information sur le règlement de votre Cotisation, vous recevrez par e-mail, selon la périodicité choisie, un Appel de cotisation ASFE un mois avant chaque échéance due. Nous vous invitons ainsi à toujours réactualiser votre adresse e-mail afin de permettre une meilleure communication et un suivi régulier de vos Cotisations.

5.4.5. PROCEDURE EN CAS DE NON-REGLEMENT DE VOTRE COTISATION

En application des dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances, toute Cotisation exigible reste due et peut être recouvrée par tout moyen de droit.

En cas de non-paiement d'une Cotisation par l'Adhérent, en application des dispositions de l'article L141-3 du Code des Assurances, l'Association contractante doit, au plus tôt, 10 jours après la date d'échéance de la Cotisation impayée, adresser à l'Adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure. D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'Assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.

La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'Adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la Cotisation. L'Adhérent reste redevable de l'intégralité de la Cotisation jusqu'à sa date de radiation.

5.4.6. FRAIS DE BANQUE

Vous devez vous acquitter des éventuels frais administratifs que votre banque pourrait vous faire supporter dans le cadre du paiement de votre Cotisation.

5.4.7. REMBOURSEMENT DE LA COTISATION

En cas de Résiliation de l'adhésion au contrat (au plus tôt 6 mois après la date d'adhésion), l'adhésion et les garanties sont maintenues jusqu'à la fin de la période couverte par la dernière Cotisation réglée.

5.5. / INFORMATIONS LEGALES

5.5.1. LEGISLATION APPLICABLE ET JURIDICTION

Les Contrats d'assurance de groupe ouvert sont régis par le droit français et par le Code des Assurances français et notamment par ses articles L.141-1 et suivants. Ils relèvent de la branche 2 (Maladie) de l'article R. 321-1 du Code des Assurances. Les déclarations de l'Association contractante, des Adhérents et des Assurés servent de base aux garanties du contrat. L'Association contractante, l'Assureur, l'Adhérent et l'Assuré déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

5.5.2. INFORMATION DES ADHERENTS

Le présent Guide de l'Adhérent établi par l'Assureur valant conditions générales est remis à chaque Adhérent par l'Association contractante, accompagné du Certificat d'adhésion valant conditions particulières.

5.5.3. LANGUE APPLICABLE

La langue du contrat d'assurance de groupe est la langue française. En cas de désaccord sur l'interprétation des garanties de ce contrat, seule la version française de ce contrat ne saurait être prise en considération. Les traductions des documents contractuels composant le contrat ne sont mises à la disposition des Adhérents qu'à titre purement informatif, seule la langue française faisant foi.

5.5.4. PRESCRIPTIONS

En application de l'article L114-1 du Code des Assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court que du jour où :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru : l'Assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre : les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

En application de l'article L114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du code civil),
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil),
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du code civil).

Le délai de prescription est également interrompu par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Il est précisé que l'adhésion au contrat est sans effet lorsque l'exécution du contrat, le règlement d'un sinistre ou la fourniture de toute prestation ou service exposerait l'assureur à une quelconque sanction, restriction ou prohibition en vertu des résolutions ou de sanctions commerciales ou économiques des Nations Unies ou des lois et règlements de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États-Unis d'Amérique.

5.5.5. PROCEDURES DE RECLAMATION ET SERVICE DE MEDIATION

En cas de désaccord, l'Adhérent doit avertir MSH International dans les 6 mois qui suivent ce désaccord.

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, l'Adhérent ou l'Ayant droit peut s'adresser :

- au Gestionnaire MSH International par écrit à l'adresse suivante : MSH International, Service réclamation, 23 allées de l'Europe 92 587 Clichy Cedex.

ou

- au service en charge de la relation avec la clientèle de l'Assureur à l'adresse suivante :
Service des relations avec les consommateurs Groupama Gan Vie – Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre - par courriel : src-collectives@ggvie.fr

Si cette première réponse ne satisfait pas le demandeur, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'Assureur à l'adresse suivante :

Groupama Gan Vie – Service Réclamations – TSA 91414 - 35090 Rennes Cedex - <https://reclamations.ggvie.fr>. Dans ces deux cas, l'intéressé recevra un accusé de réception de sa réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables suivant sa réception. La réponse définitive à sa réclamation sera apportée au demandeur dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, l'Adhérent ou l'Ayant droit pourra saisir la Médiation de l'Assurance :

- par courrier : La Médiation de l'Assurance, Pôle PLANETE CSCA, TSA 50110, 75441 PARIS CEDEX 09
- en ligne : <https://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>
- par email : le.mediateur@mediation-assurance.org

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès du conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet www.gan-eurocourtage.fr.

Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

5.5.6. CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES - DEMATERIALISATION DES ECHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

5.5.6.1. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies par l'assureur à différentes étapes de ses activités commerciales ou d'assurance concernant les affiliés ou les personnes parties ou intéressées aux contrats.

Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatiques et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

5.5.6.2. DROITS DES PERSONNES

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont dispose l'assureur et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification) ;
- du droit de demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;
- du droit de s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition) ;
- du droit de récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'assureur pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données) ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, par courriel ou par internet, auprès de Groupama Gan Vie - Direction Risques et Conformité - Délégué Relais à la Protection des Données - Immeuble West Park 2 - 2 boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre - contact.dpo@ggvie.fr.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'assureur à **Groupama Gan Vie - Médecin-conseil - Service Médical Collectives - Immeuble West Park 2 - 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre.**

Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si elles estiment que l'assureur a manqué à ses obligations concernant leurs données.

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. À cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

5.5.6.3. POURQUOI L'ASSUREUR COLLECTE-T-IL DES DONNEES PERSONNELLES ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- l'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
- l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- la gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat ;
- la gestion des clients ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux coassureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec votre accord. S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées cinq (5) ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées trois (3) ans maximum.

Prospection commerciale

L'assureur et les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services), ont un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers leurs clients ou prospects, et mettent en œuvre des traitements nécessaires à :

- la réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- l'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Il s'agit de :

- l'utilisation de l'adresse email ou du numéro de téléphone pour la prospection électronique ;
- l'utilisation des données de navigation afin de proposer des offres personnalisées (voir notice cookies sur le site internet pour en savoir plus) ;
- la communication des données à des partenaires.

Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès des services de l'assureur (voir ci-avant Droits des personnes).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), les personnes précitées peuvent également s'opposer en réglant leurs préférences dans leur espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans les envois de l'assureur.

Pour la prospection par téléphone, elles peuvent aussi s'opposer en s'inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels elles n'ont pas de relation contractuelle en cours de les démarcher par téléphone.

Lutte contre la fraude à l'assurance

Les personnes précitées sont également informées que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées cinq (5) ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et à l'expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de cinq (5) ans à compter de l'inscription sur cette liste.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et de gel des avoirs. Les données utilisées à cette fin sont conservées cinq (5) ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires. Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés.

Satisfaction/Qualité de services

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées. Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone entre l'assureur et les personnes précitées peuvent être enregistrés et analysés. Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de six (6) mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de trois (3) ans.

Études, Statistiques

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé. Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées, collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même. Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

5.5.6.4. TRANSFERTS D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPEENNE

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

5.5.6.5. DEMATERIALISATION DES ECHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE

Echanges dématérialisés avec l'Association contractante et l'adhérent

S'agissant des informations et documents relatifs à leur contrat, l'Association contractante et l'affilié sont informés que l'assureur peut échanger de façon dématérialisée et notamment leur fournir ou mettre à leur disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via leur espace client sécurisé respectif.

Par la communication de leur adresse électronique lors de la souscription ou en cours de contrat, l'Association contractante et l'affilié reconnaissent que cette dématérialisation est adaptée à leur situation.

L'Association contractante et l'affilié peuvent, à tout moment, s'opposer à la dématérialisation et demander à l'assureur, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à leur charge.

Pour ce faire, l'Association contractante et l'affilié, peuvent adresser un courrier ou un courrier électronique à l'assureur ou l'appeler. Ils peuvent également faire leur choix à partir de leur espace client sécurisé.

L'Association contractante et l'affilié s'engagent à informer sans délai l'assureur de toute modification de leur adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de leur situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de leur contrat.

Mise à disposition d'un espace client sécurisé

L'assureur peut mettre à disposition de l'Association contractante et de l'affilié un espace client sécurisé permettant à ces derniers :

- de prendre connaissance d'informations et de documents déposés par l'assureur. Il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) fournis par l'assureur sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que l'affilié puisse s'y reporter.
- de bénéficier d'un service de consultation et de gestion de son contrat.

Code d'accès

L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe est communiqué à l'Association contractante et à l'affilié de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par leurs soins. Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction d'identifier l'Association contractante et l'affilié, permettant ainsi de garantir leur habilitation à consulter et à gérer leur contrat dans l'espace client.

L'Association contractante et l'affilié s'engagent à assurer la confidentialité de leur code d'accès respectif.

En cas de perte ou de vol du code d'accès confidentiel, l'Association contractante et l'affilié doivent impérativement et sans délai en informer l'assureur, afin qu'un nouveau mot de passe leur soit attribué. Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de la responsabilité exclusive de l'Association contractante et de l'affilié.

En cas de négligence de leur part, ils sont seuls responsables de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de leur code d'accès confidentiel.

Acceptation des Conditions Générales d'Utilisation (CGU)

Lors de la première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de leur code d'accès, l'Association contractante et l'affilié doivent prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de leur contrat et pour prendre connaissance des informations et documents mis à disposition par l'assureur.

Convention de preuve

La présente convention de preuve s'applique :

- à la fourniture par l'assureur d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à l'Association contractante et à l'affilié ;
- à la mise à disposition par l'assureur d'information ou de documents sur l'espace client sécurisé ;
- aux opérations de consultation et de gestion de leur contrat effectuées par l'Association contractante et l'affilié dans leur espace client sécurisé respectif.

L'Association contractante, l'affilié et l'assureur acceptent et reconnaissent mutuellement que :

- toute opération de consultation ou de gestion, et plus généralement toute opération effectuée dans leur espace client sécurisé, après authentification au moyen de leur code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par l'Association contractante et l'affilié ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations réalisées par l'Association contractante et l'affilié dans leur espace client sécurisé et conservées informatiquement par l'assureur seront opposables à l'Association contractante et l'affilié et auront valeur de preuve ;
- concernant les échanges dématérialisés entre l'Association contractante, l'affilié et l'assureur, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans le système d'information de l'assureur seront opposables à l'Association contractante et l'affilié et auront valeur de preuve.

5.5.6.6. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En tant qu'entreprise d'assurance, Groupama Gan Vie est assujetti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme des dispositions des articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier. Groupama Gan Vie est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses clients.

5.5.7. CAS DE FORCE MAJEURE

L'Assureur ne peut être tenu pour responsable des manquements à l'exécution de ses obligations résultant de cas de force majeure ou des événements suivants: guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des Prestations résultant des mêmes causes.

5.5.8. FRAUDE ET DISSIMULATION DES FAITS - FAUSSE DECLARATION

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :

- une augmentation de prime ou la résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre ;
- une réduction de l'indemnité en proportion du taux de prime qui aurait été réellement due par rapport à la prime payée et une résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.

5.5.8.1. DECHEANCE DES GARANTIES



L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'assuré dès lors qu'il constate que ce dernier a intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistres impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.

5.5.9. RECOURS SUBROGATOIRE

Il s'agit du droit pour l'assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsque l'adhérent est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. L'adhérent atteint de blessures imputables à un tiers doit impérativement en informer l'assureur lors de la demande de prestations.

Lorsque l'adhérent est victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), il doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de son assureur en tant que tiers payeur.

Conformément au code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

5.5.10. RESPONSABILITE

La responsabilité de l'Assureur vis-à-vis des personnes assurées se limite aux montants qui figurent dans le Tableau des garanties. En aucun cas, le montant du remboursement, lié aux conditions du contrat, des couvertures médicales publiques ou de toute autre assurance, ne sauraient excéder le montant des frais indiqués sur la facture.

5.5.11. COMMUNICATION AVEC LES AYANTS DROIT

Dans le cadre de l'administration de l'adhésion au contrat d'assurance, le Gestionnaire peut être amené à demander des informations complémentaires à l'Adhérent et à ses Ayants droit. Si le Gestionnaire doit communiquer au sujet d'un Ayant droit (par exemple si des informations supplémentaires sont requises pour traiter une demande de remboursement), le Gestionnaire du contrat pourra contacter l'Adhérent principal, qui agit au nom de et pour le compte de ses Ayants droit, afin que celui-ci transmette les informations nécessaires. De la même manière, dans le but d'administrer les demandes de remboursement, toute information en lien avec une personne couverte par le contrat pourra être envoyée directement à l'Adhérent principal.

6. / **CONTACTER MSH**

OBTENTION DE VOS IDENTIFIANTS

- ❶ Connectez-vous sur www.msh-intl.com dans votre **Espace Assuré**.
- ❷ Sur l'écran d'authentification, cliquez sur « **Obtenir vos identifiants** ».
- ❸ Renseignez les informations demandées et cliquez sur « **Envoyer** »- Vous recevrez vos login et mot de passe directement par e-mail.

Pour toute demande, contactez-nous 7j/7, 24h/24 :

AMÉRIQUE

MSH

Suite 300, 999 - 8th Street S.W. Calgary, Alberta T2R 1N7

CANADA

Tél. : +1 403 538 2365

Fax : +1 403 265 9425

adminamerica@asfe-expat.com

EUROPE

MSH

23 allées de l'Europe

92587 Clichy cedex FRANCE Tél. : +33 (0)1 44 20 48 07

Fax : +33 (0)1 44 20 48 79

admineurope@asfe-expat.com

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE

MSH

19th Floor, One by Omnyat, Business Bay

P.O. BOX: 506537 Dubaï - UAE

Tél. : +971 4 365 1305

Fax : +971 4 363 7327

adminmea@asfe-expat.com

ASIE

MSH

5/F, North Tower, Building 9, Lujiazui Software Park, Lane 91, E Shan Rd,

Shanghai - P.R. CHINA, 200127 Tél. : +86 21 6187 0593

Fax : +86 21 6160 0153

7. ANNEXE 1: LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Les médicaments sur prescription pour une affection longue durée sont prescrits pour les affections de longue durée listées ci-dessous :

- accident vasculaire cérébral invalidant
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- bilharziose compliquée
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- diabète de type 1 et diabète de type 2
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- maladie coronaire
- insuffisance respiratoire chronique grave
- maladie d'Alzheimer et autres démences 2,3
- maladie de Parkinson 3
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- mucoviscidose
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- paraplégie
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- polyarthrite rhumatoïde évolutive
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques 3
- scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne
- spondylarthrite grave
- suites de transplantation d'organe
- tuberculose active, lèpre
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

ASFE, Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une association de loi 1901.

Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale /rapatriement, et responsabilité civile.

MSH, concepteur et gestionnaire des contrats ASFE, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale Internationale, avec plus de 500 000 personnes couvertes en situation de mobilité Internationale à travers le monde.

MSH met à votre service une équipe dédiée, disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien.

VOS CONTACTS

MSH

Pour de plus amples informations ou pour souscrire, vous pouvez nous contacter via les coordonnées suivantes

- Tél. : +33 (0)1 44 20 48 77
- E-mail : sales@msh-intl.com
- Site web: www.msh-intl.com



pour le compte de



MSH, société française de courtage d'assurance, société par actions simplifiées au capital de 2 500 000 euros, dont le siège social est au 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17, Cedex 17 France. Immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le n° 352 807 549, inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 002 751, numéro de TVA intracommunautaire FR 78 352 807 549. MSH est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Groupama Gan Vie, Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 APE 6511 Z, Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01.44.56.77.77, Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution –) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.

Les produits d'assurances distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers sont ceux de Groupama Gan Vie.

www.gan-eurocourtage.fr – contact-collectives@gan.fr