



START' EXPAT GUIDE DE L'ADHERENT



MSH INTERNATIONAL pour le compte de



NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Conservez ce guide précieusement !

Vous bénéficiez d'une assurance santé ASFE Start'Expat.

La première partie de ce guide vous accompagne dans vos démarches de remboursement et vous apporte des réponses claires et pratiques aux questions que vous serez amené à vous poser.

La deuxième partie comporte les Conditions Générales de votre contrat.

NOS CONSEILS

- Essayez de recourir le plus possible au secteur public ou conventionné quand il existe
- Evitez de communiquer à l'avance le niveau de prise en charge de votre contrat afin de ne pas entraîner automatiquement un alignement des tarifs à la hausse
- Réalisez un bilan de santé avant votre départ (mise à jour des vaccins et examen dentaire en priorité) et partez avec les médicaments de première nécessité. Ces soins préventifs restent à votre charge.

Attention : nous vous rappelons que les traitements en cours, les antécédents médicaux, le bilan de santé et les vaccins ne sont pas couverts par votre contrat.

SOMMAIRE GUIDE PRATIQUE

- 1 // DES SERVICES EN LIGNE POUR VOUS FACILITER LA VIE – p.4
- 2 // VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ – p.5
- 3 // POUR VOUS ÉVITER L'AVANCE DE FRAIS – p.7
- 4 // POUR VOUS ÉVITER UN REFUS DE REMBOURSEMENT – p.8
- 5 // VOUS RESTEZ A L'ETRANGER ET SOUHAITEZ SOUSCRIRE UN NOUVEAU CONTRAT – p.9
- 6 // LES QUESTIONS AVANT DÉPART – p.9
- 7 // LES QUESTIONS PENDANT VOTRE EXPATRIATION – p.10
- 8 // NOS CENTRES DE GESTION – p.12

SOMMAIRE CONDITIONS GENERALES

CONDITIONS GÉNÉRALES FRAIS DE SANTÉ – p.14

- 1 / BASE ET OBJET DU CONTRAT – p.14
- 2 / CATÉGORIE ASSURÉE, CONDITIONS D'ADHÉSION, FORMALITÉS D'ADHÉSION – p.14
- 3 / DÉLAI DE RENONCIATION – p.15
- 4 / FAUSSE DÉCLARATION (Article L113.8 du code des assurances) – p.15
- 5 / ADHÉRENT – p.15
- 6 / EFFET – DURÉE – RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION – p.15
- 7 / DÉFINITION DES ZONES GÉOGRAPHIQUES – p.16
- 8 / CALCUL DES COTISATIONS – p.16
- 9 / PAIEMENT DE LA COTISATION – p.16
- 10 / ARBITRAGE – p.16
- 11 / PRESCRIPTION – p.17
- 12 / RÉCLAMATIONS – p.17
- 13 / ÉTENDUE DES GARANTIES p.17
- 14 / CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE – p.19
- 15 / JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LES RÈGLEMENTS – p.19
- 16 / MONTANT DES GARANTIES – p.20
- 17 / LIMITE DES GARANTIES – p.22
- 18 / SUBROGATION – p.22
- 19 / RISQUES COUVERTS ET RISQUES EXCLUS – p.22

START'EXPAT

GUIDE PRATIQUE

SOMMAIRE GUIDE PRATIQUE

- 1 // DES SERVICES EN LIGNE POUR VOUS FACILITER LA VIE – p.4**
- 2 // VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ – p.5**
- 3 // POUR VOUS ÉVITER L'AVANCE DE FRAIS – p.7**
- 4 // POUR VOUS ÉVITER UN REFUS DE REMBOURSEMENT – p.8**
- 5 // VOUS RESTEZ A L'ETRANGER ET SOUHAITEZ SOUSCRIRE UN NOUVEAU CONTRAT – p.9**
- 6 // LES QUESTIONS AVANT DÉPART – p.9**
- 7 // LES QUESTIONS PENDANT VOTRE EXPATRIATION – p.10**
- 8 // NOS CENTRES DE GESTION – p.12**

1 / DES SERVICES EN LIGNE POUR VOUS FACILITER LA VIE

Nous mettons à votre disposition un espace personnalisé et sécurisé sur notre site www.asfe-expat.com.
Vous pouvez ainsi, 24h/24 :

- Visualiser et modifier vos données personnelles (adresse, e-mail, mot de passe...)
- Imprimer votre carte d'assurance personnalisée
- Compléter et imprimer votre demande de remboursement de frais de santé
- Effectuer une demande de prise en charge en cas d'hospitalisation afin de vous éviter l'avance de frais
- Consulter l'historique des demandes de remboursement pendant la durée de votre contrat
- Imprimer votre guide pratique
- Accéder au site d'Informations Santé Expat pour :
 - Voyager et obtenir des conseils santé : situation sanitaire détaillée du pays de votre choix, vaccins indispensables...
 - Rechercher dans le monde entier un médecin, un hôpital... proche de vous : selon le pays et la spécialité recherchés, les coordonnées des médecins et des établissements, les langues parlées, les services disponibles dans les hôpitaux,...
- Accéder à nos newsletters trimestrielles
- Connaître les coordonnées des centres de gestion de votre zone d'expatriation
- Nous laisser un message

Lors de votre première connexion, connectez-vous sur www.asfe-expat.com, mon espace adhérent, rubrique « Obtenir vos identifiants ».

Renseignez les informations demandées et cliquez sur « envoyer ». Vous recevrez votre login et mot de passe directement par e-mail (l'adresse e-mail qui vous sera demandée doit être identique à celle renseignée lors de votre

adhésion).

Une fois connecté, il est fortement recommandé de personnaliser votre mot de passe dans la rubrique « Votre situation ».

BON A SAVOIR

N'oubliez pas de renseigner ou de mettre à jour votre adresse e-mail dans la rubrique « Votre situation ». Ainsi, vous pourrez recevoir :

- Une alerte e-mail dès réception de votre demande de remboursement faite en ligne et lors d'un nouveau remboursement
- Un e-mail lors de la mise en place de nouveaux services
- Les newsletters trimestrielles pour suivre toute l'actualité relative à votre santé

2 / VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ

L'ASFE prend en charge vos frais médicaux et hospitaliers jusqu'à 250 000 € pendant votre séjour en cas de maladie inopinée ou d'accident.

Par **accident**, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure (entorse, fracture...).

Par **maladie inopinée**, on entend toute altération de santé médicalement constatée soudaine et imprévisible nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Vos demandes de remboursement doivent nous parvenir dans un délai maximum de 90 jours après la date de réalisation de vos soins de santé.

❶ Réglez d'abord vos frais

Toutes les demandes de remboursement que vous avez saisies en ligne sont mémorisées et consultables pendant votre séjour à l'étranger dans l'Espace Adhérent/Rubrique « Historique des demandes ».

Note : en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures ou de soins supérieurs à 400 €/USD, merci de vous reporter au chapitre « pour vous éviter l'avance de frais ».

❷ Remplissez votre demande de remboursement

Remplissez directement le formulaire de demande de remboursement sur notre site www.asfe-expat.com dans votre Espace Adhérent rubrique « Demande de remboursement ».

Vérifiez bien les informations vous concernant (coordonnées, e-mail) et modifiez-les si nécessaire.

Après avoir complété ce formulaire, il vous suffit de l'imprimer et de le signer

Pour chaque dépense de soins, vous devez renseigner :

- La date des soins effectués
- La description de la maladie, de la blessure et des soins effectués. Un rapport médical est nécessaire pour confirmer l'urgence médicale
- Le pays dans lequel le soin a été pratiqué
- Le montant réglé et la devise
- Le nom du praticien ou de l'établissement

Après avoir complété ce formulaire, il vous suffit de l'imprimer et de le signer.

③ Envoyez-nous votre demande de remboursement de soins

N'oubliez pas de joindre impérativement :

- Les originaux des factures dûment acquittées
- Les prescriptions médicales
- Le certificat médical établi par le médecin traitant précisant la pathologie ou l'objet de la consultation urgente

Ces documents doivent mentionner le nom et prénom du patient, la date des soins, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou du pharmacien. Les reçus de caisse ne sont pas recevables et les factures qui ne font pas apparaître toutes ces informations ne seront pas acceptées.

La liste des pièces à fournir si les soins ont été délivrés en France :

- pour les consultations : la feuille de soins originale accompagnée du rapport médical correspondant
- pour les soins hospitaliers : l'avis original des sommes à payer accompagné d'une quittance de paiement et du rapport médical correspondant
- pour la pharmacie : une prescription médicale relative à l'acte effectué accompagnée des vignettes des médicaments

À défaut, nous réclamerons des pièces complémentaires, ce qui allongera le délai de remboursement de vos dépenses.

Envoyez l'ensemble des documents au centre de gestion correspondant à votre zone géographique (adresses sur la page 16 de ce guide).

Pour connaître précisément le centre de gestion dont vous dépendez, connectez-vous sur www.asfe-expat.com, dans votre espace adhérent, rubrique « Nos coordonnées ».

CONSEILS PRATIQUES

- Conservez des photocopies de tous vos documents et veillez à nous envoyer les originaux
- Essayez de grouper vos demandes de remboursement de façon à éviter les remboursements de faibles montants
- Vous disposez de 90 jours pour déclarer vos soins de santé

④ Nous effectuons votre remboursement

Les remboursements sont effectués par virement bancaire, dans la devise et sur le compte bancaire de votre choix. Pour éviter toute opposition de virement, il est important de nous communiquer vos nouvelles coordonnées bancaires en cas de changement.

BON A SAVOIR

En nous communiquant votre adresse e-mail, vous recevrez une alerte dès qu'un nouveau décompte est en ligne : il est important de nous communiquer toute mise à jour ou changement d'adresse e-mail.

Pour visualiser le détail de vos décomptes de remboursement

Rendez-vous sur www.asfe-expat.com dans votre Espace Adhérent, rubrique « Vos remboursements ». Vous pouvez les consulter pendant toute la durée de votre séjour à l'étranger.

BON A SAVOIR

Si la devise de votre compte est différente de la devise locale où est tenu votre compte, vous n'aurez pas de frais de virement bancaire excepté les frais habituels de tenue de compte ainsi que les frais des banques intermédiaires.

Si la devise de votre compte bancaire est différente de celle utilisée pour vos frais de santé, le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui publié par les Nations Unies le dernier jour du mois précédant la date des soins.

3 / POUR VOUS ÉVITER L'AVANCE DE FRAIS

Pour vous éviter l'avance de frais, l'ASFE met à votre disposition un service de prise en charge directe valable **en cas d'hospitalisation supérieure à 24h ou de soins dont le coût serait supérieur à 400€/USD** dans le monde entier et sous réserve de l'acceptation du professionnel de santé.

Pour une hospitalisation

Nous nous chargeons de régler vos frais d'hospitalisation directement auprès de l'établissement hospitalier suivant les termes et conditions générales de votre couverture santé. Vous n'aurez à régler que les frais non couverts par l'assurance (ex : téléphone, télévision...). Cette procédure, très courante aux Etats-Unis et en Asie s'appelle en anglais « PRECERTIFICATION »

BON A SAVOIR

N'hésitez pas à présenter votre carte ASFE aux établissements hospitaliers, elle facilitera vos démarches administratives. Elle est également téléchargeable dans votre espace adhérent.

En cas d'hospitalisation programmée

Contactez-nous au moins 10 jours avant votre admission à l'hôpital : nous ferons le nécessaire auprès de l'hôpital et vous délivrerons une confirmation de prise en charge hospitalière suivant les termes de votre contrat.

BON A SAVOIR

Remplissez directement votre demande de prise en charge dans votre espace adhérent, rubrique « Demande de prise en charge ».

En cas d'urgence

- Rendez-vous directement à l'hôpital
- Présentez votre carte ASFE au service des admissions de l'hôpital et demandez-leur de contacter l'ASFE par téléphone ou par e-mail : precert@msh-intl.com au plus tard dans les 72 heures après votre admission : nous leur délivrerons alors une confirmation de prise en charge hospitalière suivant les termes de votre contrat.

Pour des soins supérieurs à 400€/USD

Vous devez d'abord faire une demande d'accord préalable auprès des équipes ASFE. Si celle-ci est acceptée suivant les termes de votre contrat, nous procéderons au paiement direct de vos soins. Voir le chapitre suivant pour connaître les formalités de demande d'accord préalable p.8).

Envoyez l'ensemble des documents au centre de gestion correspondant à votre zone géographique (adresses sur la dernière page de cette brochure). Pour connaître précisément le centre de gestion dont vous dépendez, connectez-vous sur www.asfe-expat.com, dans votre espace adhérent, rubrique « Nos coordonnées ».

4 / POUR VOUS ÉVITER UN REFUS DE REMBOURSEMENT

Un service de contrôle à votre disposition

Le niveau du remboursement s'entend dans la limite du coût dit « raisonnable et habituel ».

En effet, non seulement des soins peuvent avoir un tarif différent d'un pays à un autre, mais aussi entre deux praticiens ou établissements d'un même pays ! Par exemple, nous savons que certains établissements pratiquent, notamment sur le poste honoraires, des tarifs jusqu'à 10 fois plus chers que les autres hôpitaux de la même ville, à qualité de prestations égale.

Nous avons donc établi un référentiel interne de coûts « raisonnables et habituels » selon le type de soins et le pays. Sur cette base et afin d'éviter les abus, vos remboursements sont donc limités aux « coûts raisonnables et habituels » du pays dans lequel les soins sont dispensés à qualité de prestations égale. Pour vous aider et vous éviter de dépasser ces plafonds, n'hésitez pas à nous contacter.

BON A SAVOIR

Notre équipe est à votre disposition pour vous donner des conseils médicaux. Elle peut aussi vous conseiller un établissement moins cher, à qualité de soins égale.

Dans votre espace adhérent, rubrique « Santé Expat », vous trouverez les praticiens et établissements hospitaliers du pays dans lequel vous vous trouvez.

Les accords préalables

Vous devez impérativement obtenir un accord préalable de l'ASFE avant de bénéficier de soins dont le coût est supérieur à 400 €/USD ou pour les soins listés ci-dessous suivant les termes de votre contrat :

- L'hospitalisation (quelle qu'en soit la durée)
- La chirurgie dentaire (en cas d'accident ou d'infection de la racine)
- Les séjours en centre médicalisé suite à une hospitalisation
- Les actes en série de plus de 3 séances

Pour obtenir un accord préalable, c'est très simple, envoyez-nous par courrier postal, fax ou e-mail votre plan de traitement incluant le rapport médical du médecin prescripteur, les radios si besoin et/ou un devis détaillé.

- Nous vous répondrons dans les plus brefs délais à réception de votre demande complète, en vous précisant les conditions de remboursement.
- Nous procéderons, si vous le souhaitez, au paiement direct vers l'établissement hospitalier ou le praticien si les conditions le permettent.

Pour plus de détails, voir chapitre « pour vous éviter l'avance de frais », page 7.

Envoyez l'ensemble des documents au centre de gestion correspondant à votre zone géographique (adresses sur la dernière page de cette brochure).

BON A SAVOIR

L'accord préalable délivré par écrit n'est valable que pour les soins débutant dans le mois qui suit l'accord, et dans les limites fixées par celui-ci.

Attention : Si la demande d'accord préalable n'est pas effectuée, le remboursement des soins prévu par votre contrat peut être refusé.

5 / VOUS RESTEZ A L'ÉTRANGER ET SOUHAITEZ SOUSCRIRE UN NOUVEAU CONTRAT

Il suffit de vous connecter sur notre site :

www.asfe-expat.com, puis de cliquer sur Nos solutions / Séjours à l'étranger de moins d'un an / Souscrire

Si vous avez entre 16 et 30 ans, vous pourrez souscrire le contrat jusqu'à 3 fois de suite. A partir de 31 ans, la souscription est limitée à une seule nouvelle adhésion.

Cette nouvelle souscription est dans tous les cas soumise à l'accord de l'assureur.

Si vous décidez, par exemple, de vous installer à l'étranger pour une durée supérieure à un an, nous avons des offres adaptées à votre situation. Pour en discuter, notre service commercial est à votre disposition :

- Par e-mail : contact@asfe-expat.com
- Par téléphone : +33 (0)1 44 20 48 77
- Ou rendez-vous sur notre site internet : www.asfe-expat.com

6 / LES QUESTIONS AVANT DEPART

Quelles sont les démarches pour être plus serein avant de partir à l'étranger ?

Pour partir dans de bonnes conditions, il est conseillé de réaliser un bilan de santé (mise à jour des vaccins et examen dentaire en priorité) et éventuellement un examen médical avec l'établissement d'un certificat médical pour être certain de pouvoir pratiquer tous types de sports une fois dans votre pays d'expatriation

Il est également conseillé de communiquer votre numéro de police d'assurance et nos coordonnées à un ami ou à votre famille, ainsi que votre adresse et numéro de téléphone sur place.

Quel est mon login / mot de passe pour le site Internet ?

Lors de votre 1^{ère} connexion, connectez-vous sur www.asfe-expat.com, mon espace adhérent, rubrique « Obtenir vos identifiants ».

Renseignez les informations demandées et cliquez sur « envoyer », vous recevrez votre login et mot de passe directement par e-mail.

Une fois connecté, il est fortement recommandé de modifier votre mot de passe dans la rubrique « Votre situation ».

7 / LES QUESTIONS PENDANT VOTRE EXPATRIATION

J'ai perdu ma carte personnelle d'assuré. Comment faire pour en obtenir une nouvelle ?

Vous avez la possibilité d'imprimer un exemplaire personnalisé sur notre site www.asfe-expat.com, dans votre espace adhérent, rubrique « Carte d'assurance ».

Quel sont les sports exclus de mon contrat ?

Certains sports à risque (sports aériens, de combat, etc.) peuvent être exclus de votre contrat Start'Expat, au même titre que tout sport pratiqué à titre professionnel ou dans le cadre d'une fédération sportive, d'un club, de compétitions ou championnats, voire tentatives de record (voir la notice d'information santé de votre contrat).

Si j'ai souscrit mon contrat Start'Expat pour une durée de 12 mois et que je rentre au bout de 6 mois puis-je me faire rembourser ma cotisation pour la période de couverture non utilisée ?

Non, vous avez souscrit pour une durée de séjour ferme et définitive, par conséquent, vous ne pourrez écourter votre contrat ni prétendre au remboursement des cotisations.

A combien s'élève mon plafond annuel de garanties en santé ?

Le montant global de remboursement est limité à 250 000 € pour la durée du séjour (jusqu'à 12 mois) et pour tous les soins de santé confondus (l'assistance médicale/rapatriement reste prise en charge directement par l'assureur et ne fait l'objet d'aucun plafond).

Comment puis-je obtenir des noms de médecins qualifiés, de cliniques ou d'hôpitaux dans le monde entier ?

Consultez notre site www.asfe-expat.com, dans votre espace adhérent – rubrique « Santé Expat » : selon le pays et la spécialité recherchée, vous avez accès aux coordonnées de médecins et d'établissements recommandés, les langues parlées, leurs services disponibles dans les hôpitaux, etc.

Nos centres de gestion se tiennent également à votre disposition pour vous fournir ces informations.

J'ai un doute sur le diagnostic ou le traitement qui m'a été donné par mon médecin/sur l'établissement hospitalier dans lequel je dois subir une intervention, que puis-je faire ?

La présence de médecins au sein de nos équipes nous permet de vous fournir des avis médicaux ou de vous orienter vers un établissement hospitalier ou un autre praticien. Pour cela, envoyez un e-mail à medical@msh-intl.com, ou adressez-vous à votre centre de gestion.

Si je dois aller aux urgences, que ce soit dans mon pays d'expatriation ou un autre pays, que dois-je faire ?

Vous êtes couvert dans le monde entier et vous êtes libre du choix du praticien et de l'établissement. Votre carte personnelle contient tous les numéros utiles pour nous joindre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Conservez-la précieusement et présentez-la aux établissements hospitaliers. Elle facilitera vos démarches administratives. **Attention** : cette carte n'est pas une preuve de paiement direct, ni une preuve d'assurance. Pour toute confirmation de prise en charge, il est impératif de nous contacter.

Pouvez-vous intervenir pour un remboursement direct auprès d'un hôpital ou d'un praticien ?

Bien-sûr, le paiement direct peut être fait pour une dépense supérieure à 400€/USD suivant les termes de votre contrat. Pour cela, contactez nos services par téléphone (coordonnées figurant sur votre carte ASFE), par e-mail ou fax en précisant le nom de l'hôpital/praticien, son adresse et son numéro de téléphone ou remplissez notre formulaire de prise en charge sur <http://www.asfe-expat.com> dans votre espace adhérent, rubrique « Demande de prise en charge ». Nous prendrons les mesures nécessaires pour procéder au paiement direct des frais sous réserve de l'acceptation du prestataire et selon vos conditions contractuelles souscrites.

Quelle est la différence entre un accord préalable et une prise en charge ?

L'accord préalable vous confirme notre validation de votre dossier de demande de remboursement du traitement demandé, même s'il ne suffit pas pour engager les frais. La prise en charge est un engagement de notre part de payer directement le prestataire.

Quand dois-je demander un accord préalable ?

Les situations dans lesquelles un accord préalable est requis sont décrites dans le chapitre « Pour vous éviter un refus de remboursement ». De plus, n'hésitez pas à nous contacter si vous avez des doutes sur les garanties pour des soins particuliers (voir rubrique : Mon centre de gestion). Nos équipes vous donneront une réponse claire et vous permettront de connaître à l'avance comment seront prises en charge les dépenses que vous envisagez d'effectuer.

Que se passe-t-il si je n'ai pas demandé d'accord préalable pour des soins supérieurs à 400€/USD ou pour des actes en série ?

Nous pouvons vous refuser la totalité du remboursement de vos soins. N'hésitez donc pas à demander un accord préalable, nous vous répondrons dans les 72h à réception de votre demande complète.

Quelle est la date limite pour soumettre une demande de remboursement ?

Les demandes de remboursement doivent nous parvenir dans un délai maximum de 90 jours après la date de réalisation des soins. Mais nous vous conseillons vivement de nous adresser vos demandes dans les 3 mois après la date des soins et ne surtout pas attendre votre retour. Si certaines pièces manquent à votre dossier, il sera plus difficile de les obtenir une fois rentré.

Si je soumetts une demande de remboursement dans une devise autre que la devise de mon compte bancaire, quel sera le taux de change appliqué ?

Si la devise de votre compte bancaire est différente de celle utilisée pour vos frais de santé, le taux de change utilisé pour le calcul de vos remboursements est celui publié par la Compagnie Financière Edmond de Rothschild le dernier jour du mois précédent la date des soins.

Est-ce que je dois traduire des documents en anglais/français ou convertir des devises pour que ma demande soit traitée ?

Non, nous traitons les demandes quelle que soit la langue et nous gérons vos frais de santé dans plus de 150 devises.

Je ne comprends pas le remboursement qui m'a été fait/ je ne suis pas d'accord avec mon remboursement, qui dois-je contacter ?

Nous sommes présents pour répondre à vos questions ! Contactez simplement le centre de gestion correspondant à votre zone géographique (adresses sur la dernière page de cette brochure) et nous vous fournirons toutes les précisions permettant de lever une éventuelle incompréhension. Une rubrique « Nous laisser un message » est également disponible dans votre espace adhérent.

Dois-je systématiquement fournir un rapport médical à chaque demande de remboursement pour tous les soins effectués ?

Oui. Le rapport médical est nécessaire pour le traitement de votre dossier de remboursement. D'un point de vue plus général, c'est également un document officiel qui permet d'avoir l'historique de vos soins pour un éventuel suivi médical auprès de votre médecin traitant habituel dans votre pays d'origine. En cas de séquelles, il constitue la preuve d'une action médicale datée et signée par le praticien dans le pays dans lequel les soins ont été effectués. En cas de recours ou de négligence de la part du praticien, cela vous permettra de pouvoir agir.

Pour encore plus de réponses à vos questions, rendez-vous sur notre site www.asfe-expat.com.

8 / NOS CENTRES DE GESTION

AMÉRIQUE DU NORD

ASFE / MSH
Suite 300, 999 - 8th Street S.W. Calgary, Alberta T2R 1N7 CANADA
Tél.: +1 403 232 8545
Fax : +1 403 265 9425
adminamerica@asfe-expat.com

EUROPE

ASFE / 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

ASFE / MSH
19th Floor, One by Omnyat,
Business Bay,
P.O. BOX: 506537
Dubai – UAE
Tél.: +971 4 365 1305
Fax : +971 4 363 7327
adminmea@asfe-expat.com

ASIE

ASFE / 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

START'EXPAT

CONDITIONS GÉNÉRALES

SOMMAIRE CONDITIONS GÉNÉRALES

CONDITIONS GÉNÉRALES FRAIS DE SANTÉ – p.14

- 1 / BASE ET OBJET DU CONTRAT – p.14
- 2 / CATÉGORIE ASSURÉE, CONDITIONS D'ADHÉSION, FORMALITÉS D'ADHÉSION – p.14
- 3 / DÉLAI DE RENONCIATION – p.15
- 4 / FAUSSE DÉCLARATION (Article L113.8 du code des assurances) – p.15
- 5 / ADHÉRENT – p.15
- 6 / EFFET – DURÉE – RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION – p.15
- 7 / DÉFINITION DES ZONES GÉOGRAPHIQUES – p.16
- 8 / CALCUL DES COTISATIONS – p.16
- 9 / PAIEMENT DE LA COTISATION – p.16
- 10 / ARBITRAGE – p.16
- 11 / PRESCRIPTION – p.17
- 12 / RÉCLAMATIONS – p.17
- 13 / ÉTENDUE DES GARANTIES p.17
- 14 / CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE – p.19
- 15 / JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LES RÈGLEMENTS – p.19
- 16 / MONTANT DES GARANTIES – p.20
- 17 / LIMITE DES GARANTIES – p.22
- 18 / SUBROGATION – p.22
- 19 / RISQUES COUVERTS ET RISQUES EXCLUS – p.22

CONDITIONS GÉNÉRALES FRAIS DE SANTÉ

Contrat n° 900859 souscrit par l'ASFE (Association of Services for Expatriates - siège social : Immeuble SEASON, 39 rue Mstislav Rostropovitch, 75815 Paris cedex 17) auprès d'AXA France Vie (société anonyme au capital de 487.725.073,50 € - RCS Paris 310 499 959 - siège social: 26, rue Drouot 75009 Paris - entreprise régie par le code des assurances)

1 / BASE ET OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance de groupe, régi par le Code des Assurances, a pour objet de faire bénéficier les personnes membres de l'ASFE non assujetties à un régime de Sécurité Sociale en France des garanties frais de santé occasionnés par un accident ou une maladie inopinée. Les déclarations de l'ASFE et de leurs Adhérents servent de base au contrat qui est souscrit de 1 à 12 mois (ou 24 mois dans le cas exclusif d'un PVT Canada).

2 / CATÉGORIE ASSURÉE, CONDITIONS D'ADHÉSION, FORMALITÉS D'ADHÉSION

Vous appartenez au groupe assurable si vous êtes adhérent à l'ASFE, âgé de 16 à 65 ans à l'adhésion, et si vous résidez à l'étranger pour une durée inférieure ou égale à 1 an, ou de 24 mois dans le cas exclusif d'un Programme Vacances Travail au Canada.

Pour qu'elle soit prise en considération, votre demande d'adhésion doit comporter :

- **un bulletin d'adhésion** dûment complété et signé, par lequel vous donnez votre consentement aux assurances, et indiquez la date d'effet souhaitée pour l'adhésion, au plus tôt le lendemain de l'adhésion en ligne ou de la réception de vos documents, au plus tard 2 mois après votre demande,
- **le questionnaire de santé** dûment complété et signé par la personne à assurer,
- **un chèque en euros ou une autorisation de débit de carte bancaire** correspondant au montant total de votre cotisation,
- une copie de votre **carte d'identité ou de votre passeport**,

et être adressée à l'Assureur, par l'intermédiaire de l'ASFE.

L'Assureur a la faculté de demander, à ses frais, toute justification, visite ou examen médical complémentaire permettant d'apprécier votre état de santé.

A compter de la demande de l'Assureur, vous disposez d'un délai de 45 jours pour lui faire parvenir les pièces complémentaires requises. Passé ce délai, l'adhésion sera réputée sans effet.

Certaines activités professionnelles dont la liste actuelle est indiquée ci-dessous sont soumises à l'acceptation préalable de l'assureur :

- les professions comprenant des activités de protection de personnes,
- les professions comprenant des activités de surveillance de biens,
- les professions ayant pour objet l'enseignement de sports et la pratique de sports,
- toute profession nécessitant l'utilisation d'armes de quelque nature que ce soit,
- les professions nécessitant des travaux sous terrains ou sous l'eau,
- les professions nécessitant la manipulation d'explosifs (dont déminage) ou de substances radioactives,
- les professions ayant pour conséquence de prendre part à un conflit (guerre, guerre civile, insurrection, émeute) quels que soient les protagonistes concernés,
- les professions ayant pour objet de conduire des enquêtes policières publiques ou privées, de recueillir des informations confidentielles,
- le personnel des ambassades.

IMPORTANT

L'Assureur peut refuser l'adhésion, l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une surprime. Votre accord écrit sur les conditions spécifiques de votre adhésion est nécessaire pour la mise en vigueur des garanties. Les conditions spécifiques de l'adhésion sont alors mentionnées sur votre certificat d'adhésion. Les restrictions de garanties vous seront envoyées directement par lettre recommandée par le conseil médical de l'Assureur.

3 / DÉLAI DE RENONCIATION

Même si vous avez signé le bulletin d'adhésion et payé la cotisation, vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à l'ASFE, dans un délai de 30 jours à compter du paiement de cette cotisation (articles L 132.5.1 du Code des Assurances).

En cas de renonciation pendant les 14 jours qui suivent le paiement de la cotisation, l'Assureur s'engage à vous rembourser l'intégralité de cette cotisation dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Passé ce délai de 14 jours, l'Assureur retiendra la portion de cotisation correspondant à la durée de garantie éventuellement accordée.

4 / FAUSSE DÉCLARATION (Article L113.8 du code des assurances)

Indépendamment des causes ordinaires de nullité du contrat et des causes de réduction des indemnités (article L113.9 du code des assurances) et sous réserve des dispositions de l'**article L132.26 du code des assurances (erreur sur l'âge)**, **le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.**

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages-intérêts.

5 / ADHÉRENT

Dès l'acceptation de votre adhésion par l'Assureur, vous acquérez la qualité d'Adhérent.

L'Adhésion est matérialisée par un certificat d'adhésion, établi par l'ASFE, mentionnant :

- la date d'entrée en vigueur de l'adhésion et la date de fin de contrat,
- éventuellement une mention précisant que des exclusions ou des limitations de garanties vous ont été signifiées.

6 / EFFET - DURÉE - RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

Pour autant que la demande d'adhésion soit complète et acceptée par l'Assureur, l'adhésion prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes:

- la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion,
- le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion

Cette date d'entrée en vigueur est précisée sur le certificat d'adhésion.

IMPORTANT

L'adhésion est souscrite pour une durée ferme définie à la souscription sur le bulletin d'adhésion, et ne pourra faire l'objet d'aucune interruption.

Cette durée doit être de 1 mois, 2 mois, 3 mois, 4 mois, 5 mois, 6 mois, 7 mois, 8 mois, 9 mois, 10 mois, 11 mois ou 12 mois, ou 24 mois dans le cas exclusif d'un Programme Vacances Travail au Canada.

A la fin de cette échéance, une nouvelle adhésion peut être demandée, sous réserve d'acceptation de l'assureur, dans la limite de :

- 2 adhésions supplémentaires pour les personnes âgées de 16 à 30 ans à la date d'effet de chaque adhésion supplémentaire
- 1 adhésion supplémentaire pour les personnes âgées de 31 ans et plus à la date d'effet de la nouvelle adhésion.

Vos garanties cessent:

- le jour où vous cessez de faire partie du groupe assurable,
- en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure décrite ci-après,
- à la date de fin de l'adhésion (définie par la durée de souscription) indiquée sur le bulletin d'adhésion,
- à la date de résiliation du contrat entre l'ASFE et l'Assureur.

Dans tous les cas de figure, les cotisations sont intégralement dues jusqu'à la date de cessation des garanties et l'adhésion ne peut être réduite dans sa durée.

Dès lors que le contrat se trouve résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets pour les Adhérents.

7 / DÉFINITION DES ZONES GÉOGRAPHIQUES

Les garanties sont acquises dans les pays de la zone de couverture du stage, de la mission, des études ou du séjour, désigné sur le bulletin d'adhésion :

- **Zone A** : monde entier hors Etats-Unis d'Amérique
- **Zone B** : monde entier incluant les Etats-Unis d'Amérique.

Les garanties sont également acquises aux adhérents de la Zone A en cas de déplacement(s) aux Etats-Unis d'Amérique, de moins de trente jours au total, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu au cours dudit déplacement, ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement. Pour cela, des justificatifs tels que les titres des transports prouvant la durée de votre séjour aux USA seront exigés.

Une souscription pour les Etats-Unis d'Amérique donne accès au monde entier.

8 / CALCUL DES COTISATIONS

Les montants des cotisations sont exprimés en Euros, et sont fonction du lieu de séjour, de la durée d'adhésion et de l'âge de l'adhérent.

9 / PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable en une fois lors de l'adhésion, par carte bancaire ou par chèque.

Conformément à l'article L.141-3 du Code des Assurances français, le Souscripteur peut exclure un Adhérent du bénéfice du contrat d'assurances de groupe si l'adhérent n'a pas payé la prime.

Le défaut de paiement de la prime, conformément au code des Assurances français, entraînera donc l'exclusion et la non-exécution du contrat.

10 / ARBITRAGE

Pour toute contestation découlant du contrat, le souscripteur et l'assureur s'engagent, avant d'avoir recours à l'arbitrage prévu ci-dessous, à formuler par écrit leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de régler le litige à l'amiable.

Tout litige non réglé à l'amiable dans un délai de trente jours à compter du jour où la partie la plus diligente a notifié son point de vue écrit, est réglé par un tribunal arbitral siégeant à PARIS, composé de trois arbitres désignés comme suit :

- le souscripteur et l'assureur désignent chacun un arbitre, dans les trente jours qui suivent le délai ci-dessus,
- le troisième arbitre est désigné par les deux premiers dans les trente jours qui suivent la désignation du dernier d'entre eux.

En l'absence de désignation d'un arbitre dans le délai imparti, le Président du Tribunal de Commerce de PARIS,

statuant en référé sur simple requête de la partie la plus diligente, procède à cette désignation. Le tribunal arbitral statue à la majorité de ses membres en motivant sa décision. La sentence est définitive et exécutoire.

11 / PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les termes des articles L 114—1 et L 114-2 du Code des Assurances.

Passé le délai fixé par le Code des Assurances, la Contractante, les Adhérents, les bénéficiaires et l'Assureur n'ont plus ni droits ni obligations.

12 / RÉCLAMATIONS

Pour toute information relative au contrat ou aux événements qui découlent de son application, il est rappelé que l'interlocuteur privilégié est le mandataire, c'est-à-dire l'ASFE auprès de laquelle il convient de s'adresser en priorité.

En cas de litige, il sera possible de s'adresser par courrier à la Direction Clientèle AXA à l'adresse suivante :

**TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise Cedex 9**

Si après son intervention, il subsiste un désaccord, il sera possible de demander l'avis du Médiateur dont l'identité sera alors communiquée. Le recours à cette personnalité, indépendante de l'Assureur, est gratuit. Le Médiateur s'engage à formuler un avis motivé dans les 3 mois à compter du jour où il est saisi du dossier. Son avis n'engage ni l'Assureur, ni l'ASFE et chaque partie conserve le droit de saisir le tribunal compétent.

13 / ÉTENDUE DES GARANTIES

Le contrat garantit des prestations, concernant les frais suivants :

// MEDECINE HOSPITALIERE

- frais de séjour (y compris frais éventuels de chambre semi-privée standard),
- actes de chirurgie, actes d'anesthésie - réanimation,
- frais éventuels de salle d'opération,
- consultations,
- actes d'auxiliaires médicaux,
- actes de biologie médicale,
- actes utilisant des radiations ionisantes,
- frais pharmaceutiques,
- frais postopératoires tels que visés ci-dessus prescrits par le praticien ayant effectué l'intervention chirurgicale et exposés dans les 30 JOURS qui suivent la sortie de l'hôpital,
- le forfait hospitalier en cas d'hospitalisation,
- les frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat.

// HOSPITALISATION DE MOINS DE 24 HEURES

L'hospitalisation de moins de 24 heures avec intervention chirurgicale est assimilée à une hospitalisation d'au moins 24 heures. La chimiothérapie est assimilée à une hospitalisation de moins de 24 heures.

// MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE :

- consultations, visites (sauf celles de dentistes),
- actes de petite chirurgie et actes de spécialité,
- actes d'auxiliaires médicaux,
- frais d'analyse et de travaux de laboratoire,
- actes de radiologie, imagerie médicale (I.R.M.) et scanners,
- les médicaments sur prescription médicale

// FRAIS DENTAIRES - OCCASIONNES PAR UN ACCIDENT OU PAR UNE URGENCE DENTAIRE NON CONSECUTIFS A UN MAUVAIS ETAT PREALABLE DE LA DENTITION OU DES GENCIVES

Par "**urgence dentaire**", il faut entendre toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous 48 heures est susceptible d'entraîner des complications :

- consultations et visites de dentistes
- soins dentaires, hors prothèses dentaires et implants dentaires

// PROTHESES DENTAIRES ET AUTRES PROTHESES : SUITE A UN ACCIDENT CARACTERISE UNIQUEMENT **// OPTIQUE : VERRES ET MONTURE : SUITE A UN ACCIDENT CARACTERISE UNIQUEMENT**

Par « **accident caractérisé** », il faut entendre un accident pour lequel une attestation a été délivrée par une autorité présente sur les lieux (il peut s'agir de policiers, de pompiers ou d'ambulanciers/urgentistes). Cette attestation devra contenir les informations suivantes : lieu, date, nature de la blessure et circonstances exactes de l'accident.

Attention, les actes ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité Sociale Française ne sont jamais pris en charge.

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation doivent avoir été exposés:

- dans la zone géographique du pays mentionné sur la demande d'adhésion, telle que définie au paragraphe "définition des zones géographiques";
- pour les adhérents de la zone A, lors d'un déplacement aux Etats-Unis d'Amérique, pour des séjours de moins de trente jours au total, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu au cours dudit déplacement, ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement.

Précision : une souscription pour les Etats-Unis d'Amérique donne accès au monde entier.

IMPORTANT

En l'absence d'hospitalisation, seuls sont remboursés les frais médicaux à prodiguer d'urgence lorsqu'ils font suite à un accident ou une maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Si vous êtes hospitalisé, les frais seront pris en charge si l'hospitalisation est :

- consécutive à un accident,
- consécutive à une maladie inopinée nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Par "**maladie inopinée**", on entend toute altération de la santé médicalement constatée soudaine et imprévisible.

Par "**accident**", il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents, au sens du présent contrat, les événements totalement ou partiellement provoqués par une maladie (cause pathologique).

Ne seront jamais remboursés, les frais liés à la grossesse et la maternité, les cures thermales ainsi que les actes liés à la prévention ou au contrôle médical (suivi de contraception, analyses de recherche de cholestérol,...), ainsi que toutes les maladies nerveuses ou mentales.

Les prestations ne seront payées par l'Assureur que dans la mesure où les dépenses sont raisonnables et habituelles.

Toute maladie pré-existante, c'est-à-dire une affection médicale qui s'est manifestée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion, ne sera pas couverte au titre du contrat.

14 / CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Les postes ci-dessous sont soumis à la formalité d'entente préalable :

- Les actes médicaux en série, suite à un accident ou une maladie inopinée, dès lors que le nombre de séances est supérieur à 3,
- L'hospitalisation, quelle qu'en soit la durée
- La chirurgie dentaire (en cas d'accident ou d'infection de la racine),
- Les séjours en centre médicalisé suite à une hospitalisation.

La demande d'entente préalable doit être parvenue à l'ASFE 10 jours avant l'exécution des actes.

15 / JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LES RÈGLEMENTS

Dans les 90 jours qui suivent la date des soins, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur l'ensemble des documents suivants:

- **le FORMULAIRE de DEMANDE DE REMBOURSEMENT** dûment complété (ou FEUILLE DE SOINS telle que prévue par la Sécurité Sociale française dûment complétée si les soins sont exposés en France),
- **Un certificat médical établi par le médecin** précisant la pathologie ou l'objet de la consultation urgente,
- **les ORIGINAUX des NOTES D'HONORAIRES ou de FRAIS et des ORDONNANCES** acquittées, datées et mentionnant les noms et prénoms de la personne soignée, le genre de maladie, la nature, ainsi que la date des visites et soins donnés. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments, et indiquer la monnaie locale;
- **l'original du décompte** de tout régime dont l'Assuré a reçu les Prestations, s'il y a lieu.

// TABLEAU DES MONTANTS DE GARANTIES SANTÉ

Pour rappel, seuls sont remboursés les frais médicaux à prodiguer d'urgence consécutifs à un accident ou une maladie inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine. Il pourra vous être demandé un justificatif de l'urgence ou de l'accident.

GARANTIES SANTÉ	Montants max. TTC par personne, pour la durée du contrat
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE SANTÉ (€)	250 000 €
MÉDECINE HOSPITALIÈRE	
Frais de séjour (y compris frais éventuels de chambre semi-privée standard)	Chambre semi-privée : jusqu'à 100€/jour
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie – réanimation	100% des frais réels
Frais éventuels en salle d'opération	100% des frais réels
Consultations	100% des frais réels
Actes d'auxiliaires médicaux	100% des frais réels
Actes de biologie médicale	100% des frais réels
Actes utilisant des radiations ionisantes	100% des frais réels
Frais pharmaceutiques	100% des frais réels
Frais postopératoires tels que visés ci-dessus prescrits par le praticien ayant effectué l'intervention chirurgicale et exposés dans les 30 jours qui suivent sortie de l'hôpital	100% des frais réels
Frais hospitaliers en cas d'hospitalisation	100% des frais réels
Frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat	100% des frais réels
HOSPITALISATION DE MOINS DE 24 HEURES	
Hospitalisation de moins de 24h avec intervention chirurgicale assimilée à une hospitalisation d'au moins 24h. La chimiothérapie est assimilée à une hospitalisation de moins de 24h.	100% des frais réels
MÉDECINE AMBULATOIRE COURANTE	
Consultations, visites (sauf celles de dentistes)	100% des frais réels (limités à 80€/consultation à partir de la 3 ^{ème} visite)
Actes de petite chirurgie et actes de spécialité	100% des frais réels
Actes d'auxiliaires médicaux	100% des frais réels
Frais d'analyse et de travaux de laboratoire	100% des frais réels
Actes de radiologie, imagerie médicale (I.R.M.) et scanners si remboursable	100% des frais réels
Médicaments sur prescription médicale si remboursables par la Sécurité Sociale français (hors produits non médicamenteux)	100% des frais réels, jusqu'à 3 000 €

FRAIS DENTAIRE (par urgence dentaire, il faut entendre toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous 48h est susceptible d'entraîner des complications, non consécutive à un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives)

Consultations et visites de dentistes et soins dentaires	100% des frais réels jusqu'à 350 €
--	------------------------------------

FRAIS DENTAIRE – EN CAS D'ACCIDENT CARACTÉRISÉ UNIQUEMENT

Prothèses dentaires et autres prothèses	100% des frais réels jusqu'à 200 €
---	------------------------------------

OPTIQUE – EN CAS D'ACCIDENT CARACTÉRISÉ UNIQUEMENT

Verres et monture	100% des frais réels jusqu'à 150 €
-------------------	------------------------------------

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de l'événement et au cours du règlement des prestations.

L'Adhérent devra également répondre à toute demande concernant l'accident ou la maladie inopinée et, notamment, préciser sa nature, la date de sa première constatation médicale, etc..

Ne sont remboursés par le contrat 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, feront l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie.

Afin d'assurer la pérennité de votre contrat et de maîtriser au mieux l'évolution des dépenses de soins, nous sensibilisons nos Assurés quant à l'intérêt de dépenses médicales maîtrisées.

// FAVORISEZ LA PRÉVENTION

- Effectuez avant le départ tous les vaccins recommandés pour votre pays de destination.
- Consultez nos informations médicales sur : www.asfe-expat.com, Espace Assuré, rubrique Votre Santé, avec notamment les modules de formation pour prévenir certaines Maladies (paludisme,...).
- Avant le départ, réalisez un bilan de pré-expatriation pour toute la famille et effectuez des Bilans de santé réguliers ; certaines pathologies étant incompatibles avec certains climats. Attention : cette garantie n'est pas prévue au contrat.

// ADOPTEZ LES BONS RÉFLEXES

- Essayez de recourir le plus possible au secteur public ou conventionné quand il existe.
- Évitez de communiquer à l'avance le niveau de remboursement de votre contrat, notamment aux dentistes et opticiens, afin de ne pas entraîner automatiquement un alignement de leurs tarifs sur votre niveau de garantie.
- Limitez le nombre de visites auprès de différents praticiens pour une même pathologie.

// BÉNÉFICIEZ DE PRESTATIONS MÉDICALES DE QUALITÉ À UN « COÛT USUEL ET RAISONNABLE »

- Les tarifs médicaux sont très variables selon les pays, voire entre les praticiens ou établissements d'une même ville : certains pratiquent des tarifs jusqu'à 10 fois plus élevés que d'autres, à qualité de Prestation égale.
- Pour éviter ce type d'abus, et grâce à une très bonne connaissance des systèmes de santé locaux, nous avons établi un référentiel interne de « Coûts usuels et raisonnables »- Il s'agit d'une grille de tarifs que nous estimons raisonnables établie selon les soins et les pays concernés.
- N'hésitez pas à solliciter en amont nos équipes médicales afin de connaître les niveaux de « Coûts usuels et raisonnables » pour une Prestation de santé donnée.

// AYEZ RECOURS DÈS QUE POSSIBLE AU RÉSEAU MÉDICAL DE MSH INTERNATIONAL (NOTAMMENT AUX ÉTATS-UNIS)

- Vous êtes libre dans le choix de votre prestataire de santé, mais en privilégiant le Réseau médical MSH INTERNATIONAL (accessible dans votre Espace Assuré, rubrique 'Votre Santé / Trouver un prestataire'), vous

- pourrez géo-localiser les prestataires de santé les plus proches de vous et ainsi bénéficier de soins de qualité partout dans le monde à des tarifs raisonnables.
- Vous profiterez ainsi de la plus grande qualité de soins possible tout en minimisant les risques de dépasser vos plafonds de garanties.

17 / LIMITE DES GARANTIES

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie inopinée ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

18 / SUBROGATION

L'Assureur est subrogé, en ce qui concerne les frais de santé et à concurrence des sommes qu'il a versées, dans vos droits et actions contre tout tiers responsable d'un sinistre et cela, dans les conditions de l'article L 121-12 du Code des Assurances.

19 / RISQUES COUVERTS ET RISQUES EXCLUS

Outre les soins n'entrant pas dans l'étendue des garanties, sont exclus :

- Les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux Français (CCAM) ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification, à l'exception des traitements et actes pris en charge par le présent contrat,
- La part des dépenses remboursées ou remboursables par tout organisme de protection sociale (ex. Sécurité Sociale) ou par un autre contrat d'assurance,
- Les soins prodigués dans un hôpital ou un établissement médical public qui seraient pratiqués gratuitement en l'absence de la présente convention,
- Les soins et hospitalisations liés aux dépressions nerveuses, et plus généralement aux maladies d'origine psychique ou névrotique,
- Les frais de psychomotricité,
- Les actes effectués par une personne ne disposant pas des diplômes requis,
- Tout soin non prescrit par un médecin ou inutile du strict point de vue médical,
- Tout soin médical ou dentaire qui ne répond pas aux normes professionnelles, les prothèses dentaires provisoires,
- Les actes pour lesquels l'Adhérent ou l'assuré n'a pas fait la demande d'entente préalable nécessaire, ou dont la demande préalable a été refusée,
- Toute opération chirurgicale qui n'est pas nécessitée par une urgence médicale, sauf si elle a fait l'objet d'un accord préalable de l'Assureur,
- Les frais afférents aux traitements esthétiques (ou assimilables) de toute origine et de toute nature, sauf cas particulier (suite à un accident survenu pendant la période d'assurance du présent contrat) ayant donné lieu à un accord préalable écrit de l'Assureur, et dans les conditions et limites stipulées par celui-ci,
- Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties,
- Tous les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crèmes solaires, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampoing...,
- Les frais annexes, tels que le téléphone, la télévision, en cas d'hospitalisation,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale lourde (limitation à 30 jours),

- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé), 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 traitements pour lutter contre l'obésité, l'amaigrissement, le rajeunissement, ou tout traitement à but esthétique
- Les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins,
- Les frais de transport autres qu'ambulance,
- Les traitements considérés comme expérimentaux,
- Les traitements podologiques ne résultant pas d'un accident ou d'une maladie,
- Les cures thermales, ou de thalassothérapie,
- Les cures de désintoxication (alcoolisme, toxicomanie ou assimilés),
- Les frais d'interruption volontaire de grossesse,
- Les frais afférents aux accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de l'ayant droit, et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- Les soins relatifs aux accidents et maladies antérieurs à la date d'adhésion et/ou non-déclarés à l'Assureur
- Les soins liés à des exclusions particulières qui vous ont été signifiées dans le certificat d'adhésion
- 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.
- Toute maladie pré-existante, c'est-à-dire une affection médicale qui s'est manifestée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion, et dont vous avez eu connaissance ou auriez pu avoir connaissance avant la signature de la Demande d'adhésion.

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.

Les conséquences de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique de sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel sont également exclues de toute prise en charge.

CAS PARTICULIERS LIÉS À LA PRATIQUE SPORTIVE

La pratique des sports cités ci-après est totalement exclue :

- **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, kite surf.

La pratique des sports cités ci-après est totalement exclue, sauf pour les seules initiations à ces sports de type « baptême » lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'Etat sont couvertes, à l'exception des sports « extrêmes ».

- **Sports de montagne** : alpinisme, escalade (hors support artificiel sans sécurité), varappe, randonnée solitaire au-delà de 3000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning,
- **Sports aériens** : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, Skysurfing
- **Sports nautiques** : plongée avec bouteille, surf, hydro speed,
- **Sports automobiles** : pilotage d'auto, de moto ou de karting.
- **Sports de défense et de combat**