

TABLEAU DES GARANTIES CONTRATS INDIVIDUELS

**ENTRÉE EN VIGUEUR
LE 1^{ER} JANVIER 2019**

Les formules Médecine courante, Dentaire, Évacuation et Rapatriement ne peuvent être achetées séparément. Le niveau de couverture de la formule Hospitalisation détermine ensuite le niveau de couverture des formules Médecine Courante, Dentaire, Évacuation et Rapatriement comprises dans la couverture.

Une entente préalable est requise pour les garanties hospitalières signalées par un 1 ou un 2 et peut être nécessaire pour d'autres garanties. Reportez-vous à la note 2 de la section « Notes » pour de plus amples informations.

FORMULES HOSPITALISATION

Garanties Hospitalisation	Pack Premium	Pack Confort
Plafond global en EUR (€)	3 000 000 €	1 500 000 €

Garanties hospitalières¹ - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations

Chambre d'hôpital ¹	Chambre particulière jusqu'à 350 € par jour, 45 jours max. Chambre semi-privée 100% des frais réels	Chambre semi-privée 100% des frais réels
Soins intensifs ¹	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médicaments soumis à prescription médicale et matériel ¹ (hospitalisation et soins de jour uniquement) (Médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chirurgie, incluant anesthésie et bloc opératoire ¹	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médecin et thérapeute ¹ (hospitalisation et soins de jour uniquement)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Appareils et matériel chirurgicaux ¹	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Analyses et examens médicaux ¹ (hospitalisation et soins de jour uniquement)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Greffe d'organe ¹	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Psychiatrie et psychothérapie ¹ (hospitalisation et soins de jour uniquement) (délai de carence de 10 mois)	10 000 €	8 000 €
Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré de moins de 18 ans à l'hôpital ¹	50 € par jour max.	50 € par jour max.
Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation	100 % des frais réels	100 % des frais réels

Autres garanties - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations

Hospitalisation de jour ²	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Dialyse rénale ²	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chirurgie ambulatoire ²	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins à domicile ou dans un centre de convalescence ² (immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation)	100 % des frais réels	4 250 €
Rééducation ² (hospitalisation, soins de jour et médecine courante : doit commencer dans les 14 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une pathologie ou problème de santé aigu(ë))	100 % des frais réels	4 250 €
Transport local en ambulance	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture (pour des déplacements d'une durée maximum de six semaines)	100 % des frais réels, 42 jours max.	100 % des frais réels, 42 jours max.

Garanties Médecine Courante	Pack Premium			Pack Confort		
	Pack Premium 80	Pack Premium 90	Pack Premium 100	Pack Confort 80	Pack Confort 90	Pack Confort 100
Séances prescrites d'orthoptie et d'ergothérapie ²	80 % des frais réels, 1 000 € max.	90 % des frais réels, 1 000 € max.	1 000 €	80 % des frais réels, 1 000 € max.	90 % des frais réels, 1 000 € max.	1 000 €
Orthophonie prescrite	80 % des frais réels, 500 € max.	90 % des frais réels, 500 € max.	500 €	80 % des frais réels, 500 € max.	90 % des frais réels, 500 € max.	500 €
Bilan de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies. Ces bilans se limitent aux examens suivants : <ul style="list-style-type: none"> Examen physique 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) Dépistage de cancer <ul style="list-style-type: none"> Frottis cervico-utérin annuel Mammographie (tous les deux ans pour les femmes de 45 ans ou plus, ou moins si antécédents familiaux) Examen de la prostate (tous les ans pour les hommes de 50 ans ou plus, ou moins si antécédents familiaux) Coloscopie (tous les cinq ans pour les assurés de 50 ans ou plus, ou de 40 ans ou plus en cas d'antécédents familiaux) Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles Ostéodensitométrie (tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans ou plus) Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites durant la vie de l'assuré) 	80 % des frais réels, 1 200 € max.	90 % des frais réels, 1 200 € max.	1 200 €	80 % des frais réels, 400 € max.	90 % des frais réels, 400 € max.	400 €
Psychiatrie et psychothérapie (délai de carence de 18 mois)	80 % des frais réels, 10 séances	90 % des frais réels, 10 séances	10 séances	Non proposé	Non proposé	Non proposé
Équipement médical prescrit	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Lunettes et lentilles de contact prescrites	80 % des frais réels, 550 €	90 % des frais réels, 550 €	550 €	80 % des frais réels, 200 €	90 % des frais réels, 200 €	200 €

FORMULES DENTAIRES

Les formules dentaires suivantes, lorsqu'elles sont sélectionnées, doivent être achetées avec la formule Hospitalisation correspondante. Elles ne peuvent être achetées séparément.

Garanties dentaires	Pack Premium	Pack Confort
Soins et chirurgie dentaire	2 500 €	1 500 €
Périodontie	2 300 €	1 400 €
Traitement orthodontique (trois ans/six semestres max.)	1 700 €	1 000 €
Prothèses dentaires	3 250 €	2 100 €
- Plafond par dent	550 €	325 €

FORMULE ÉVACUATION ET RAPATRIEMENT

La formule Évacuation et Rapatriement suivante peut être achetée avec une formule Hospitalisation. Elle ne peut être achetée séparément.

Garanties Évacuation et Rapatriement	Pack Premium et Pack Confort
Évacuation médicale/rapatriement ² <ul style="list-style-type: none">• Lorsque le traitement nécessaire n'est pas disponible localement, l'assuré pourra choisir d'être rapatrié dans son pays d'origine au lieu du centre médical adéquat le plus proche, sous réserve que son pays d'origine soit compris dans la zone de couverture²• Lorsqu'un traitement continu est requis, nous prendrons en charge les frais raisonnables d'hébergement en hôtel²• Évacuation/rapatriement en cas d'indisponibilité de sang testé de façon adéquate²• Suite à la sortie d'hôpital après des soins hospitaliers, si la nécessité médicale empêche le retour immédiat, nous prendrons en charge les frais raisonnables d'hébergement en hôtel (7 jours max.)²	100 % des frais réels
Frais d'une personne accompagnant un assuré évacué/rapatrié ²	3 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement ²	2 000 €
Rapatricement du corps ²	10 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps ²	2 000 € par événement
Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille qui est en danger de mort ou décédé	1 500 € pour toute la vie

NOTES

1. ZONE DE COUVERTURE

Allianz Care offre le choix parmi différentes options concernant la couverture géographique. La zone de couverture choisie sera spécifiée sur le certificat d'assurance.

2. ENTENTE PRÉALABLE

Un formulaire d'entente préalable doit nous être soumis avant certains traitements et coûts. La prise en charge de ces traitements ou coûts est confirmée lorsqu'ils sont approuvés par Allianz Care. Les garanties qui requièrent notre accord préalable sont indiquées par un 1 ou un 2 dans le tableau des garanties. Elles sont également listées ci-dessous, ainsi que d'importants détails :

- Ensemble des garanties hospitalières répertoriées¹.
- Traitement de la stérilité².
- Dialyse rénale².
- Hospitalisation de jour².
- Chirurgie ambulatoire².
- IRM (imagerie par résonance magnétique). Pour un règlement direct au prestataire médical, une entente préalable peut être requise pour ces examens.
- Tomographie² (par émission de positons) et scanographie-tomographie².
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence².
- Maternité², et complications de grossesse et à l'accouchement² (en hospitalisation uniquement).
- Oncologie² (hospitalisation et soins de jour uniquement).
- Ergothérapie² (médecine courante uniquement).
- Rééducation².
- Évacuation médicale² (ou rapatriement si couvert).
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement².
- Rapatriement du corps².
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps².
- Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié².
- Soins palliatifs².
- Soins de longue durée².

¹ Si l'entente préalable n'est pas accordée pour les garanties numérotées 1, nous nous réservons le droit de décliner la demande de remboursement. S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que 80 % des garanties pour lesquelles l'assuré qualifie.

² Si l'entente préalable n'est pas accordée pour les garanties numérotées 2, nous nous réservons le droit de décliner la demande de remboursement. S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que 50 % des garanties pour lesquelles l'assuré qualifie.

Nous devons être informés au moins cinq jours ouvrés avant le traitement afin d'assurer qu'il n'y aura pas de délai lors de l'admission. Cela permet à l'assuré de pouvoir être hospitalisé sans avancer de frais, dans la mesure du possible. Par ailleurs, cela permet également à nos professionnels médicaux de superviser le traitement.

En cas d'urgence, nous devons être informés dans les 48 heures suivant l'incident afin de nous assurer qu'aucune pénalité ne sera appliquée à la demande de remboursement.

3. DEMANDE ET DÉLAI DE REMBOURSEMENT

Si le contrat souscrit est de type « 1^{er} euro » (lorsque le remboursement est proposé dès le 1^{er} euro déboursé pour un traitement médical pris en charge par la formule choisie) :

Allianz Care a mis en place une procédure simple afin que ses affiliés puissent se faire rembourser leurs frais médicaux. Tout formulaire de demande de remboursement dûment complété est traité et les instructions de paiement sont envoyées à la banque de l'affilié en moins de 48 heures. Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour compléter la demande, l'affilié ou son médecin en sera informé par e-mail ou par courrier dans les 48 heures suivant la réception du formulaire. Un e-mail est automatiquement envoyé à l'affilié (lorsque son adresse e-mail nous a été communiquée) pour l'informer du traitement de sa demande de remboursement.

Cette procédure rapide permet de veiller à ce que nos assurés reçoivent leurs remboursements dans les meilleures conditions possibles.

Si vous êtes français et si le contrat souscrit est complémentaire à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) :

Allianz Care sollicitera le remboursement auprès de la CFE pour le compte de l'affilié. Vous devez faire parvenir à Allianz Care un formulaire de demande de remboursement dûment complété accompagné des factures correspondantes, que nous enverrons ensuite à la CFE. Tout formulaire de demande de remboursement dûment complété est traité et les instructions de paiement sont envoyées à la banque de l'affilié dans un délai maximum de cinq jours ouvrés. Nous vous contacterons si nous avons besoin de renseignements complémentaires pour traiter votre demande. Les plafonds exprimés dans le tableau des garanties représentent la somme totale conjointement remboursée par la CFE et Allianz Care. Seuls les frais engagés qui sont raisonnables et d'usage seront couverts. Le montant de tout remboursement effectué par la CFE est reversé en totalité à l'affilié.

Les retraités dont les remboursements sont effectués par la CPAM de Tours sont tenus d'obtenir le remboursement des frais médicaux de la part de la CPAM de Tours avant d'envoyer leur demande de remboursement à Allianz Care. Tout remboursement perçu par la CPAM de Tours doit être indiqué sur le formulaire de demande de remboursement.

Le formulaire de demande de remboursement peut être téléchargé depuis notre site Internet www.allianzworldwidecare.com

4. PLAFONDS DES GARANTIES

Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties. Le **plafond global de la formule**, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par affilié, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier. Certaines garanties ont également un **plafond propre**, par exemple « Soins à domicile ou dans un centre de convalescence ». Ces plafonds de garantie peuvent être appliqués soit « par année d'assurance », « pour toute la vie » ou « par événement », comme par voyage, par séance ou par grossesse. Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties, par exemple « 65 % des frais réels, jusqu'à 5 000 € ». Lorsque le plafond de garantie s'applique ou lorsque le terme « 100 % des frais réels » est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera sujet au plafond global de la formule, si celle-ci en a un. Tous les plafonds s'appliquent par affilié et par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

5. CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA POLICE

Veillez noter que la couverture est soumise à souscription médicale : les pathologies préexistantes peuvent être exclues de la couverture ou bien un montant de prime plus élevé peut être appliqué pour refléter un risque plus grand dû à ces pathologies médicales préexistantes ou à des facteurs de risque supplémentaires. La couverture est sujette à l'acceptation de votre affiliation, qui sera confirmée par l'envoi du certificat d'assurance. Ce tableau des garanties résume les prestations que nous fournissons pour chaque formule. Ces garanties sont soumises aux conditions générales de la police, telles qu'elles sont détaillées dans le guide des services et prestations pour particuliers remis aux assurés lors de la prise d'effet de leur police. Les conditions générales peuvent également être téléchargées depuis notre site Internet www.allianzworldwidecare.com/ipfbmi

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions :

Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irlande

sales@allianzworldwidecare.com
www.allianz-care.com

Service téléphonique

Français : + 353 1 630 1303
Numéro gratuit depuis la France : 00 800 66 302 302

Anglais : + 353 1 630 1301
Allemand : + 353 1 630 1302
Espagnol : + 353 1 630 1304
Italien : + 353 1 630 1305
Portugais : + 353 1 645 4040