

CONDITIONS SPÉCIALES EU HEALTH

V20240227

CONDITIONS SPÉCIALES EU HEALTH

Table des matières

Content

Special Conditions Foyer Global Health EU HEALTH	2 - 13
1. Objet de l'assurance	2
2. Champ d'application géographique.....	2
3. Assurabilité	2 - 3
3.1 Antécédents médicaux.....	3
4. Prestations.....	3 - 13
4.1. Informations générales	3
4.2. Prestations	3 - 13
4.2.1. Généralités	
4.2.2. Soins médicaux stationnaires	
4.2.3. Soins médicaux ambulatoires	
4.2.4. Soins dentaires	
4.3. Limitation des prestations.....	12 - 13
5. Tarif	13
I. Objet des Prestations d'Assistance Médicale et des Services Complémentaires	14 - 19
2. Champ d'application géographique.....	14
3. Prestations.....	14 - 19
3.1. Informations générales	14
3.2. Prestations d'Assistance Médicale.....	14 - 19
3.3. Services Complémentaires.....	19
4. Tarif	19
III. Glossaire	20 - 22



I. Conditions Spéciales Foyer Global Health EU HEALTH

1. Objet de l'assurance

La prestation d'assurance de l'assureur est accordée pour les *maladies*, accidents et autres évènements prévus par le contrat.

Lors d'un *sinistre*, l'assureur garantit le remboursement des frais de traitement et d'autres prestations convenues.

Dans le cadre des limites supérieures contractuelles du présent contrat, l'assureur garantit les frais de soins pour chaque assuré dont le nom figure dans les Conditions Particulières et ayant souscrit une prestation d'assurance correspondant au présent contrat.

2. Champ d'application géographique

L'assurance s'applique aux régions cibles suivantes :

- Région cible 1 : le monde entier
- Région cible 2 : le monde entier sans les États-Unis

Comme région cible est défini la région dans laquelle se trouve le pays de résidence de l'assuré.

S'il existe une assurance pour la région cible 2, alors, en cas de séjour temporaire (c.à.d. six semaines maximum) dans la région cible 1, l'assurance ne couvre que les cas d'urgence médicaux, les suites d'accidents, ainsi que le décès.

Les voyages ayant pour but des *soins médicaux* dans une région cible non convenue ne sont pas assurés.

Tout changement du *pays de séjour* d'une personne assurée doit être déclaré sans attendre, car ce changement a un effet sur la cotisation.

3. Assurabilité

Les personnes assurables sont toutes celles affiliées au « Régime Commun d'Assurance Maladie » (R.C.A.M.).

Les personnes résidant durablement aux États-Unis sont exclues de l'assurance.

Si l'assuré et/ou le coassuré s'installe durablement aux États-Unis, l'assureur mettrait fin au rapport d'assurance. S'il s'installe dans tous les autres pays, l'assureur peut vérifier au cas par cas, même pendant le rapport d'assurance en cours, si le rapport d'assurance est conforme au droit national et décider si l'assurance peut continuer à être accordée ou doit être modifiée ou cessée en fonction du résultat de la vérification.

L'assureur peut résilier l'assurance individuelle, si les conditions cadres légales concernant l'assurance des ressortissants, des habitants ou des envoyés dans un pays changent, de telle sorte que l'assurance que l'assureur fournit causerait une violation du droit national.



3.1. Antécédents médicaux

Afin d'inclure les antécédents médicaux dès le début de l'assurance, il faut répondre aux questions de santé posées dans la *demande* de manière véridique et au mieux de sa connaissance. Dans certains cas, l'assureur peut demander aux demandeurs de se soumettre à un examen médical. Selon le résultat de l'examen de santé, l'assureur peut compléter le contrat d'assurance en rajoutant d'autres conditions, prélever une cotisation supplémentaire ou refuser la *demande* de personnes à assurer. L'assureur traite les maladies survenant au cours de la période entre le dépôt de la demande et son acceptation de la demande comme des antécédents.

4. Prestations

4.1. Informations générales

L'assureur rembourse à 20 % les frais remboursables, dont le caractère et l'ampleur résultent des vues d'ensemble des prestations suivantes, si tant est que rien d'autre ne résulte de ces vues d'ensemble des prestations, des considérations générales dans les Conditions générales d'assurance ou dans le glossaire.

Les frais relatifs aux maladies graves (tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres reconnues comme ayant une gravité similaire par l'assurance R.C.A.M) ne donnent droit à aucun remboursement.

4.2. Prestations

4.2.1 Généralités

Dans le pays où le traitement a lieu, l'assuré peut librement choisir parmi des médecins et dentistes établis et qualifiés. Dès lors que le tarif le prévoit, il est également possible de faire valoir les *prestations* d'autres personnes exerçant la médecine.

Sont remboursables les prestations médicales et dentaires, ainsi que les prestations d'autres *praticiens*, dès lors que les frais sont facturés et raisonnables dans le cadre des *bases de calcul* courantes dans le pays. Sont également remboursables les frais dépassant les taux maximaux de ces *bases de calcul*, dès lors qu'ils sont justifiés par des complications liées à des maladies et/ou des résultats et qu'ils sont facturés de manière raisonnable. Pour les prestations de *praticiens*, comme les masseurs, les sages-femmes ou les guérisseurs, pour lesquels il est possible qu'il n'existe aucune base de calcul adaptée dans le *pays de séjour*, l'assureur se réfère aux rémunérations comparables des médecins et/ou aux prix courants dans le *pays de séjour*.

Pour le remboursement des travaux dentaires en laboratoire et des matériaux, l'assureur se base sur les prix moyens dans le *pays de séjour* respectif. La réparation dentaire, les *prestations d'implantologie* et l'orthodontie sont également considérées comme une prestation du *dentiste* si elles sont effectuées par un médecin. Elles ne font pas l'objet de *soins médicaux* ambulatoires ou stationnaires. Dans le cadre du contrat, l'assureur fournit des méthodes d'examen ou de traitement, ainsi que des *médicaments* reconnus par la *médecine traditionnelle*. De plus, l'assureur fournit des méthodes et des *médicaments* ayant fait preuve d'un succès prometteur dans la pratique ou ayant été utilisés, car aucune méthode ou *médicament* de la médecine traditionnelle n'était disponible. L'assureur peut cependant réduire sa prestation au montant qui aurait été dû si des méthodes et *médicaments* de la médecine traditionnelle avaient été disponibles.



4.2.2 Soins médicaux stationnaires

Vue d'ensemble

Prestations hospitaliers générales et hébergement et nourriture dans une chambre à un ou deux lits

Prestations médicales (y compris la pathologie, la radiologie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par émissions de positons)

Frais hospitaliers, y compris la salle d'opération, les soins intensifs et les laboratoires

Opérations et anesthésie

Opérations ambulatoires remplaçant les soins intensifs

Médicaments et bandages

Physiothérapie, massages inclus

Thérapies, y compris l'ergothérapie, l'héliothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, les cataplasmes, les bains médicaux, le traitement par le froid et par la chaleur, l'électrothérapie

Aides et appareils thérapeutiques

Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien à l'hôpital

Complications liées à la grossesse et à la naissance

Soins des nouveau-nés

Maladies congénitales

Prestations psychiatriques

Psychothérapie stationnaire

Accueil d'un parent pour les traitements stationnaires des enfants de moins de 18 ans

Soins à domicile et *aide aux tâches domestiques* à la place d'un séjour en hôpital

Remboursement de l'indemnité journalière d'hospitalisation pour les traitements stationnaires réalisés, pour lesquels l'assureur n'avait reçu aucune demande de remboursement des frais

Post-traitements stationnaires

Soins médicaux (partiellement stationnaires) à l'hôpital de jour

Transport vers l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un accident ou un cas d'urgence

Prestations d'assurance détaillées

Prestations hospitaliers générales et hébergement et nourriture dans une chambre à un ou deux lits

Pour tous soins médicaux nécessaires dans un hôpital, l'assuré peut choisir librement parmi les établissements de santé dans le pays où le traitement aura lieu. Un traitement dans un établissement de santé renvoie à tout traitement au cours duquel la personne à traiter est admise pendant au moins 24 heures dans un hôpital et au cours duquel elle y sera traitée et soignée.

Si des soins médicaux sont nécessaires dans des établissements de santé effectuant également des cures et/ou des traitements dans des sanatoria et/ou admettant des personnes convalescentes, il existe alors une obligation de prestation pour les prestations prévues dans l'assurance des frais de soins, si l'assureur les a approuvés par écrit avant le début du traitement.

Pour la durée des *soins médicaux* stationnaires, l'assureur accorde les prestations sans limite de temps.



Prestations médicales (y compris la pathologie, la radiologie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par émissions de positons)

Sont remboursables les frais liés aux mesures nécessaires à l'examen, au diagnostic et à la thérapie dans le cadre de *soins médicaux* stationnaires nécessaires.

Frais hospitaliers, y compris la salle d'opération, les soins intensifs et les laboratoires

Par cela, l'assureur entend les autres frais liés à l'utilisation des installations spécialisées, comme les salles d'opération, les soins intensifs et les laboratoires.

Opérations et anesthésie

Sont remboursables les frais des prestations nécessaires à cet effet, comme les prestations médicales, l'anesthésie et l'utilisation des installations spécialisées, par exemple. Les frais liés aux opérations ambulatoires sont également remboursables, dès lors qu'ils remboursent un séjour stationnaire.

Opérations ambulatoires remplaçant les soins intensifs

Les interventions ambulatoires, qui peuvent être effectués dans un cabinet médical ou dans un hôpital, mais pour lesquelles aucun hébergement consécutif et aucun séjour stationnaire consécutif dans un hôpital n'est nécessaire.

Médicaments et bandages

Les *médicaments*, bandages-, remèdes et ressources doivent avoir été prescrits par une autorité médicale compétente dans l'hôpital lors des *soins médicaux* stationnaires. De plus, les médicaments doivent être acquis dans une pharmacie ou à un autre lieu de dépôt approuvé par les autorités.

Les *médicaments* d'homéopathie classiques sont également considérés comme des *médicaments* à part entière.

Les produits alimentaires, les fortifiants, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les produits d'hygiène et de soin du corps, ainsi que les additifs de bain ne sont pas considérés comme des *médicaments*.

Physiothérapie, massages inclus

La physiothérapie et les massages doivent être prescrits par un médecin hospitalier dans le cadre de *soins médicaux* stationnaires. De plus, ils doivent être effectués par un *médecin* ou un thérapeute reconnu. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des *soins médicaux* et doit contenir le diagnostic, le type et le nombre de sessions.

Thérapies, y compris l'ergothérapie, l'héliothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, les cataplasmes, les bains médicaux, le traitement par le froid et par la chaleur, l'électrothérapie

Ces prestations médico-physiques doivent être prescrites par un médecin hospitalier dans le cadre des *soins médicaux* stationnaires. De plus, ils doivent être effectués par un *médecin* ou un thérapeute reconnu. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des *soins médicaux* et doit contenir le diagnostic, le type et le nombre de sessions.

Aides et appareils thérapeutiques

Sont remboursables les frais des ressources considérées comme des mesures de maintien en vie ou qui apaisent ou compensent les handicaps physiques, comme les stimulateurs cardiaques et les membres artificiels/ prothèses (à l'exception des prothèses dentaires). Celles-ci doivent être adaptées ou rester dans



ou près du corps pendant le séjour stationnaire. Les frais liés à la réparation des ressources sont remboursables dans le cadre des présentes réglementations.

Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien à l'hôpital

L'assureur prend en charge les frais remboursables jusqu'à 4 000 EUR* pour un accouchement en hôpital, une maternité ou un établissement comparable, ainsi que les frais de soins à domicile ou d'*aide aux tâches domestiques*, résultant de la grossesse ou d'une maladie liée à la grossesse, ainsi que les prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien.

Le temps d'attente est de 10 mois.

Complications liées à la grossesse et à la naissance

L'assureur prend en charge les frais remboursables ayant un lien avec les naissances prématurées, les fausses couches, les interruptions de grossesses médicalement indiquées, les enfants mort-nés, les grossesses tubaires, les mûles, les accouchements par césarienne, l'hémorragie de la délivrance, la rétention du placenta et les complications résultant de ces signes cliniques.

Le temps d'attente est de 10 mois.

Soins des nouveau-nés

En ce qui concerne les nouveau-nés, la prestation d'assurance des frais de soins commence immédiatement après la naissance, sans temps d'attente, sans examen du risque, si les deux parents sont assurés pour les frais de soins auprès de l'assureur depuis au moins trois mois à la date de naissance de l'enfant et si la demande d'assurance est parvenue au plus tard deux mois après la naissance, avec effet rétroactif au premier du mois de naissance de l'enfant. La prestation d'assurance ne peut pas être plus élevée ou plus vaste que celle de l'un des parents assurés. Les nouveau-nés ne peuvent être assurés qu'aux tarifs prévus pour les nouveaux contrats.

Si la mère biologique est encore en attente de prestations concernant la grossesse et l'accouchement, les prestations ne seront pas remboursées. Une assurance existe cependant pour les soins des nouveau-nés, tant que les conditions ci-dessus sont remplies.

Si l'enfant est mineur et adopté, un examen individuel du risque médical d'assurance est effectué. Pour des raisons de médecine des assurances, il est possible de prélever un supplément maximal de 500 % de la contribution tarifaire, suite à un examen du risque.

Maladies congénitales

L'assureur prend en charge les frais remboursables, jusqu'à un montant maximal de 50 000 EUR sur l'ensemble de la durée de vie pour tous les défauts ou maladies subis dès la naissance, anomalies, malformations à la naissance, ainsi que les naissances prématurées et les malformations, y compris les maladies y liées.

Prestations psychiatriques

L'assureur rembourse les frais des prestations psychiatriques dans le cadre d'un traitement stationnaire, à condition que l'assureur ait donné un accord écrit avant le début du traitement.

Le temps d'attente est de 10 mois.

* Sauf disposition contraire, les montants indiqués s'entendent par personne et par année d'assurance.



Psychothérapie stationnaire

La condition requise pour que l'assureur rembourse est que le traitement doit être effectué par un psychiatre, un psychothérapeute ou un médecin spécialisé suffisamment formé dans les domaines de la psychiatrie, de la psychothérapie ou de la psychanalyse. Pour la psychothérapie stationnaire, l'assureur n'agit que si et dans la mesure où l'assureur a donné son accord écrit avant le début du traitement.

Le temps d'attente est de 10 mois.

Accueil d'un parent pour les traitements stationnaires des enfants de moins de 18 ans

L'assureur rembourse les surplus de frais pour l'accueil d'un parent, prescrit par un médecin, pour les traitements stationnaires des enfants de moins de 18 ans.

Soins à domicile et aide aux tâches domestiques

L'assureur prend en charge les frais remboursables des soins à domicile prescrits et d'aide aux tâches domestiques prescrits par un médecin par des aides-soignants formés pour remplacer un séjour en hôpital conseillé par un médecin et/ou pour raccourcir un tel séjour. Les soins à domicile s'effectuent en complément des soins médicaux et sont remboursables en sus de celui-ci. L'assureur rembourse cette prestation pour un maximum de 90 jours par séjour en hôpital, selon le tableau des prestations et après accord écrit préalable.

Remboursement de l'indemnité journalière d'hospitalisation pour les traitements stationnaires réalisés et pour lesquels l'assureur n'a reçu aucune demande de remboursement des frais

Pour les traitements effectués de manière stationnaire et pour lesquels l'assureur n'a reçu aucune demande de remboursement des frais, l'assureur verse une indemnité journalière de 40 EUR*.

Post-traitements stationnaires

Sont remboursables les frais liés aux *post-traitements* stationnaires, servant à poursuivre des soins médicaux stationnaires en hôpital nécessaire, par exemple après une opération de pontage, un infarctus cardiaque, une transplantation d'organes, ainsi que des opérations sur les grands os et les articulations, si et dans la mesure où l'assureur l'a accepté par écrit au préalable. En principe, les post-traitements doivent démarrer dans les 2 semaines suivant la sortie de l'établissement de santé. Les cures et séjours dans les centres de cure, de balnéothérapie, sanatoria et maisons de repos, ainsi que dans les maisons médicalisées ne sont pas assurés. L'assureur rembourse les *post-traitements* pour un maximum de 35 jours par séjour en hôpital, selon le tableau des prestations et après accord écrit préalable.

Soins médicaux (partiellement stationnaires) à l'hôpital de jour

L'expression partiellement stationnaire désigne des *soins médicaux* dans un hôpital sans hébergement. La longueur du séjour dans un tel hôpital est comprise entre huit et 24 heures.

Transport vers l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un accident ou un cas d'urgence

L'assureur rembourse les frais raisonnables du transport vers l'hôpital adapté le plus proche et/ou à l'établissement médical adapté le plus proche.

* Sauf disposition contraire, les montants indiqués s'entendent par personne et par année d'assurance.



4.2.3 Soins médicaux ambulatoires

Vue d'ensemble

Prestations médicales (y compris la pathologie, la radiologie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par émissions de positons)

Bilans de santé

Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien

Complications liées à la grossesse et à la naissance

Maladies congénitales

Acupuncture (pose d'aiguilles), homéopathie, ostéopathe et chiropraxie, médicaments et bandages compris

Orthophonie

Prestations psychiatriques

Psychothérapie ambulatoire

Médicaments et bandages

Physiothérapie, massages inclus

Thérapies, y compris l'ergothérapie, l'héliothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, les cataplasmes, les bains médicaux, les traitements par le froid et par la chaleur, l'électrothérapie

Aides et appareils thérapeutiques

Vaccins et immunisations

Lunettes et contrôle de la vue

Transport vers le médecin ou hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un accident ou un cas d'urgence, par des services de secours reconnus dans des moyens de transport adaptés à la situation

Traitement de l'infertilité

Prestations d'assurance détaillées

Prestations médicales (y compris la pathologie, la radiologie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par émissions de positons)

Sont remboursables les frais liés aux mesures nécessaires à l'examen, au diagnostic et à la thérapie dans le cadre de *soins médicaux ambulatoires*.

Sont entre autres remboursables les dépenses liées aux pathologies, à la radiologie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance mécanique, la tomographie par émissions de positons, ainsi que les vaccins et les mesures de prophylaxie.

Bilans de santé

Les bilans de santé de routine sont les examens ou tests de dépistage effectués sans qu'aucun symptôme clinique n'ait été détecté.

Ces tests, effectués en fonction de l'âge pour détecter des défauts ou des maladies, comprennent les examens suivants :

- ✦ signes vitaux (pression sanguine, cholestérol, rythme cardiaque, respiration, température, etc.)
- ✦ examen cardiovasculaire



- ✦ examen neurologique
- ✦ examens de dépistage du cancer
- ✦ examens de dépistage pédiatriques
- ✦ test du diabète
- ✦ test du VIH et du SIDA
- ✦ examens de dépistage gynécologiques

L'assureur rembourse ces prestations jusqu'à un montant de 100 EUR* par année d'assurance.

Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien

L'assureur prend en charge les frais remboursables résultant d'une grossesse ou d'une maladie liée à la grossesse, y compris les examens de dépistage (de routine), l'accouchement et les prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien jusqu'à 1 000 EUR*. Ceci inclut également une amniocentèse et une mesure de la clarté nucale chez les femmes de plus de 35 ans.

Le temps d'attente est de 10 mois.

Complications liées à la grossesse et à la naissance

L'assureur prend en charge les frais remboursables ayant un lien avec les naissances prématurées, les fausses couches, les interruptions de grossesses médicalement indiquées, les enfants mort-nés, les grossesses tubaires, les môles, les accouchements par césarienne, l'hémorragie de la délivrance, la rétention du placenta et les complications résultant de ces signes cliniques.

Le temps d'attente est de 10 mois.

Maladies congénitales

L'assureur prend en charge les frais remboursables, jusqu'à un montant maximal de 50 000 EUR sur l'ensemble de la durée de vie pour tous les défauts ou maladies subis dès la naissance, anomalies, malformations à la naissance, ainsi que les naissances prématurées et les malformations, y compris les maladies y liées.

Acupuncture (pose d'aiguilles), homéopathie, ostéopathe et chiropraxie, médicaments et bandages compris

L'assureur ne participe aux frais remboursables, que si les traitements précédemment cités sont effectués par des médecins ou d'autres *praticiens* titulaires d'une formation reconnue suffisante dans le pays où le traitement est effectué et autorisés et/ou habilités à exercer.

Les médicaments et bandages prescrits par ces médecins ou *praticiens* lors du traitement sont également remboursables.

L'assureur rembourse ces prestations jusqu'à un montant de 1 000 EUR* par année d'assurance.

Orthophonie

En ce qui concerne les troubles d'élocution, du langage et de la voix, l'assureur prend en charge les frais remboursables des traitements par les exercices prescrits par un médecin, dès lors que ceux-ci sont effectués par un *médecin* ou un logopède et/ou un thérapeute du langage. Pour les traitements cités,

* Sauf disposition contraire, les montants indiqués s'entendent par personne et par année d'assurance.



l'assureur n'agit que si et dans la mesure où l'assureur a donné son accord écrit avant le début du traitement.

Prestations psychiatriques

L'assureur rembourse les frais des psychothérapies ambulatoires, dès lors que l'assureur a accepté par écrit le remboursement de ces frais avant le début des *soins médicaux*.

Le temps d'attente est de 10 mois.

Psychothérapie ambulatoire

La condition requise pour que l'assureur rembourse est que le traitement doit être effectué par un psychiatre, un psychothérapeute ou un médecin spécialisé suffisamment formé dans les domaines de la psychiatrie, de la psychothérapie ou de la psychanalyse. L'assureur rembourse les frais des psychothérapies ambulatoires, dès lors que l'assureur a accepté par écrit le remboursement de ces frais avant le début des *soins médicaux*.

Le temps d'attente est de 10 mois.

Médicaments et bandages

Les médicaments et bandages doivent être prescrits par un médecin, un dentiste ou un *praticien* habilité. De plus, les *médicaments* doivent être acquis dans une pharmacie ou à un autre lieu de dépôt agréé par les autorités. Les produits alimentaires, les fortifiants, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les produits d'hygiène et de soin du corps, ainsi que les additifs de bain ne sont pas considérés comme des *médicaments*.

Physiothérapie, massages inclus

Il s'agit ici de prestations médico-physiques (physiothérapie et thérapie par le mouvement, massages), devant être prescrites. De plus, elles doivent être effectuées par un *médecin* et/ou un thérapeute reconnu. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des *soins médicaux* et doit contenir le diagnostic, le type et le nombre de sessions nécessaires.

Thérapies, y compris l'ergothérapie, l'héliothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, les cataplasmes, les bains médicaux, le traitement par le froid et par la chaleur, l'électrothérapie

Il s'agit ici de prestations médico-physiques (ergothérapie, héliothérapie, inhalations, cataplasmes, bains médicaux, traitement par le froid et la chaleur, électrothérapie et thérapie par le mouvement), devant être prescrites. De plus, elles doivent être effectuées par un *médecin* et/ou un thérapeute reconnu et prescrites par un médecin dans le cadre de *soins médicaux* ambulatoires. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des *soins médicaux* et doit contenir le diagnostic, le type et le nombre de sessions nécessaires.

Aides et appareils thérapeutiques

Sont remboursables les frais dans le cadre des *soins médicaux* ambulatoires des prothèses, ainsi que des ressources orthopédiques et d'autres ressources servant à prévenir des handicaps corporels, à les atténuer directement ou à les compenser. Les ressources doivent être prescrites par un *médecin* et ne doivent pas être considérés comme des objets de la vie quotidienne.

Sont considérés comme des ressources dans le cadre de *soins médicaux* ambulatoires : les bandages, les bandages herniaires, les semelles orthopédiques, les béquilles, les appareils auditifs, les bas de contention, les attelles de correction, les membres artificiels/ prothèses (sauf les prothèses dentaires), les assises et matelas à forme anatomique, les appareils de soutien du tronc, du bras et de la jambe, ainsi que les appareils de phonation (larynx électronique).



Les ressources suivantes ne sont remboursables qu'avec l'accord écrit préalable de l'assureur : voiturettes pour malade, moniteurs de surveillance cardiaque et respiratoire, pompes de perfusion, inhalateurs, appareils à oxygène et moniteurs de surveillance pour bébé. Les autres dispositifs ne sont pas considérés comme des ressources.

Les frais liés à la réparation des ressources sont remboursables dans le cadre des présentes réglementations. Les frais liés aux fournitures de santé, comme les oreillers chauffants et les appareils de massage, ne sont pas remboursables, ainsi que l'utilisation et l'entretien des ressources.

Vaccins et immunisations

Sont remboursables les frais liés aux vaccins et aux mesures de prophylaxie, dès lors qu'elles sont recommandées pour le *pays de séjour* de l'assuré/ des assurés ; les frais médicaux liés à l'administration du vaccin, ainsi que les frais du vaccin en lui-même en font également partie.

L'assureur rembourse ces prestations jusqu'à un montant de 100 EUR* par année d'assurance.

Lunettes et contrôle de la vue

Sont remboursables les frais liés aux montures et aux verres de lunettes, ainsi que les lentilles de contact et une définition de la réfraction jusqu'à 250 EUR* par année d'assurance.

Transport vers l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un accident ou un cas d'urgence

Sont remboursables les frais liés à un transport d'urgence vers l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un accident ou un cas d'urgence.

Traitement de l'infertilité

Après une acceptation écrite préalable de la prestation, l'assureur prend en charge les frais dans le cadre de l'étendue convenue de la prestation, comme pour les traitements reconnus suivants :

- ✦ Fécondation In Vitro (FIV)
- ✦ Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)

En outre, les frais sont pris en charge à la condition

- ✦ qu'au moment du traitement (premier jour de stimulation d'un cycle de traitement et/ou premier jour du cycle lors de l'insémination sans stimulation hormonale), la femme n'ait pas encore atteint l'âge de 40 ans révolus et que l'homme n'ait pas encore atteint l'âge de 50 ans révolus.
- ✦ que la personne assurée ou coassurée ait une infertilité organique, qui peut être uniquement surmontée à l'aide de mesures de procréation médicalement assistée
- ✦ que la méthode de traitement choisie ait une chance de succès supérieure à 15 % d'après une estimation médicale
- ✦ et que l'homme et la femme soient tous deux des assurés International.

L'assureur rembourse les frais liés au traitement de l'infertilité, diagnostic et traitement compris, jusqu'à un montant maximal de 3 000 EUR pour l'ensemble de la durée du contrat.

Le temps d'attente est de 24 mois pour les deux époux ou partenaires.

* Sauf disposition contraire, les montants indiqués s'entendent par personne et par année d'assurance.



4.2.4 Soins dentaires

Vue d'ensemble

Prestations dentaires générales

Deux examens dentaires préventifs par année d'assurance
Examen radiographique
Détartrage et polissage
Prestations pour la muqueuse orale et les maladies gingivales
Plombages simples
Prestations chirurgicales, extractions, traitements du canal radiculaire
Orthèse
Prestations dentaires suite à un accident

Prestations dentaires complètes

Réparation dentaire (par ex. prothèses, attaches orthodontiques et couronnes dentaires, inlays)
Prestations d'implantologie
Prestations orthodontiques
Travaux de laboratoire et matériaux pour les prothèses dentaires
Devis et plan de traitement
Prestations dentaires suite à un accident

Prestations d'assurance détaillées

Prestations dentaires générales

- ✦ Deux examens dentaires de dépistage par année d'assurance
- ✦ Examen radiographique
- ✦ Détartrage et polissage
- ✦ Traitement des maladies de la muqueuse orale et des gencives
- ✦ Tous les plombages simples – soit par un amalgame (argent), soit en plastique (blanc)
- ✦ Traitements du canal radiculaire
- ✦ Frais d'anesthésie
- ✦ Interventions chirurgicales
- ✦ Extractions
- ✦ Orthèse
- ✦ Prestations dentaires suite à un accident

Prestations dentaires complètes

Les prestations dentaires complètes incluent les types de mesures et *traitements médicaux* plus complexes suivants. L'assureur rembourse les prestations suivantes jusqu'à 1 000 EUR* par année d'assurance.

* Sauf disposition contraire, les montants indiqués s'entendent par personne et par année d'assurance.



- ✦ Réparation dentaire (prothèses, attaches orthodontiques et couronnes dentaires)
- ✦ Inlays (or, porcelaine), y compris les travaux de laboratoire et matériaux pour les prothèses dentaires
- ✦ Plombages d'appui (onlays)
- ✦ Implants
- ✦ Traitement orthodontique des enfants âgés de moins de 18 ans, qui inclut les brackets métalliques et les attelles de contention, ainsi qu'un devis et le plan de traitement
- ✦ Travaux de laboratoire et matériaux pour les prothèses dentaires
- ✦ Devis et plan de traitement
- ✦ Prestations dentaires suite à un accident

Le temps d'attente est de 10 mois.

Prestations dentaires suite à un accident

Si des prestations liées à des *soins dentaires* sont nécessaires suite à un accident, alors tous les temps d'attente sont supprimés. L'assureur doit avoir un justificatif de l'accident par un *médecin* ou un rapport de police.

4.3. Limitation des prestations

Il n'existe aucune obligation de prestation pour les *maladies* et leurs suites, ainsi que les suites des accidents et les décès liés à des conflits armés, au service militaire, aux émeutes et aux actes de violence commis en groupe n'étant pas expressément inclus dans la prestation d'assurance.

Il n'existe aucune obligation de prestation pour les *maladies*, traitements, accidents et leurs suites causées de manière dolosive, ainsi que les mesures et cures de désintoxication.

Sauf disposition contraire du tarif, il n'existe aucune obligation de prestation pour les *cures* et traitements en sanatorium, ainsi que pour les mesures de réhabilitation.

Il n'existe aucune obligation de prestation pour les traitements effectués par les époux, les parents ou les enfants. Les frais matériels justifiés seront remboursés en fonction du tarif.

Il n'existe aucune obligation de prestation pour tout type de mesure cosmétique et ses suites.

Il n'existe aucune obligation de prestation en cas de tentative de suicide.

Si le *sinistre* survient après que le *souscripteur* a pris connaissance de l'exclusion de prestation, aucune prestation n'est due pour les traitements effectués par des médecins, dentistes, guérisseurs et dans des *établissements de santé* pour lesquels l'*assureur* a exclu le remboursement des frais pour des raisons sérieuses. Si le *sinistre* n'est pas encore conclu au moment de l'annonce, il n'existe aucune obligation de rembourser les frais survenus plus de trois mois après l'annonce concernée.

Il n'existe aucune obligation de prestation pour une hospitalisation à la suite de soins de longue durée ou d'un placement.

Il n'existe aucune obligation de prestation pour les expertises, les certificats médicaux, les devis et plans de traitement, dans la mesure où ils doivent être présentés par le *souscripteur* ou l'*assuré*.

Il n'existe aucune obligation de prestation si l'*assuré* perd son autonomie ou s'il est nécessaire de *placer* l'*assuré*. Le séjour et/ou les soins non-médicaux fournis chez soi ou dans une maison de repos, dans une



maison de soins ou une maison médicalisée, dans un établissement de soins psychiatriques ou dans un établissement similaire ne sont pas remboursés.

Si les *soins médicaux* ou les autres mesures prises pour fournir la *prestation* dépassent ce qui est médicalement nécessaire, l'*assureur* peut abaisser ses *prestations* à un montant raisonnable. De plus, l'*assureur* est autorisé à abaisser ses *prestations* de la sorte, si une rémunération excessive a été facturée pour des soins médicaux nécessaires ou pour toute autre mesure.

Les sinistres survenus avant la conclusion du contrat d'assurance sont uniquement exclus de la prestation d'assurance pour la période située avant l'entrée en vigueur de l'assurance ou pendant les temps d'attente.

L'assureur ne fournit aucune prestation pour le traitement opérationnel et hormonal des caractères sexuels biologiques au sexe opposé respectif.

L'assureur ne fournit aucune prestation pour le traitement ou les opérations visant à corriger l'acuité visuelle de l'assuré, par exemple via un traitement au laser, une kératotomie radiaire (RK) et une kératotomie photoréfractive (PRK). Si ce traitement est nécessaire en raison d'un défaut, d'une maladie ou d'une blessure (par exemple, la cataracte ou le décollement de la rétine), la correction de l'acuité visuelle de l'assuré est remboursable.

5. Tarif

Si un changement de tranche d'âge est nécessaire lors du passage à une nouvelle année de vie, alors l'assureur modifiera la cotisation en fonction de la nouvelle tranche d'âge.



II. Prestations d'Assistance Médicale et Services Complémentaires

Relatifs à un produit d'assurance maladie Foyer Global Health S.A.

1. Objet des Prestations d'Assistance Médicale et des Services Complémentaires

L'Assureur fournit les Prestations d'Assurance Médicale et les Services Complémentaires dans le cadre du traitement médical nécessaire de maladies, d'accidents, notamment dans les cas d'urgence, et autres événements.

2. Champ d'application géographique

Les Prestations d'Assistance Médicale et les Services Complémentaires sont valables dans le monde entier.

3. Prestations

3.1. Informations générales

L'Assureur fournit les Prestations d'Assistance Médicale et les Services Complémentaires selon la nature et l'étendue correspondant au tableau récapitulatif des prestations suivant, sauf disposition contraire du présent tableau récapitulatif des prestations, des considérations générales des Conditions Générales d'Assurance ou du Glossaire.

3.2. Prestations d'Assistance Médicale

Les prestations d'assistance médicale sont à souscrire en relation avec un produit d'assurance maladie de Foyer Global Health S.A..

Tableau récapitulatif de l'assistance médicale

Service d'assistance 24h/24 par téléphone et par e-mail avec des conseillers, des médecins généralistes et des spécialistes expérimentés

Transport en ambulance ou rapatriement médicalement nécessaire

Informations sur les infrastructures médicales/ soins médicaux dans la langue souhaitée

Assistance et information (second avis, observation de l'évolution de la maladie)

Garantie de prise en charge des frais, notamment dans la préparation du séjour à l'hôpital

Versement d'une avance

Assistance et informations sur le type, les origines potentielles et les possibilités de traitement médical/formes de thérapies de la maladie ainsi que sur les termes médicaux

Assistance dans le cadre de l'organisation d'un entretien entre médecins

Assistance dans le choix du médicament prescrit, des produits comparables et informations sur leurs



effets secondaires

Assistance et conseils médicaux avant le début du voyage (vaccinations, préparation de la pharmacie de voyage)

Prestations d'assurance détaillées

Service d'assistance 24h/24 par téléphone et par e-mail avec des conseillers, des médecins généralistes et des spécialistes expérimentés

L'assistance médicale est joignable 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an via le numéro d'urgence.

Transport en ambulance ou rapatriement

La prestation est valable pour un transport en ambulance ou un rapatriement nécessaire pour raisons médicales dans le pays du séjour et au-delà des frontières. Les frais d'escorte nécessaires pour raisons médicales sont également couverts.

- ✦ Le transport en ambulance ou le rapatriement peut également avoir lieu en raison de l'insuffisance des soins médicaux et des conditions d'hygiène dans l'hôpital qui dispense le traitement.
- ✦ Le transport en ambulance ou le rapatriement doit être prescrit par le médecin traitant compétent et l'Assureur doit présenter un engagement de prise en charge des frais.
- ✦ Le transport en ambulance ou le rapatriement a lieu après l'accord entre le médecin traitant et l'Assureur vers un hôpital apte à poursuivre le traitement médical.
- ✦ Après accord avec l'Assureur, le rapatriement peut également avoir lieu au domicile actuel ou au dernier domicile de l'Assuré dans son pays d'origine ou son pays de destination, si le sinistre est survenu hors du pays de séjour.

Informations sur les infrastructures médicales/soins médicaux dans la langue souhaitée

- ✦ Propositions de médecins généralistes, de spécialistes, d'hôpitaux et de cliniques spécialisées situés dans un périmètre proche du lieu où se trouve l'Assuré, dans la langue souhaitée.
- ✦ Conseil et assistance dans le choix d'un lieu de traitement en cas de transfert/changement de praticien nécessaire sur le plan médical.

Assistance et information (second avis, observation de l'évolution de la maladie)

- ✦ Assistance et organisation d'un second avis médical (diagnostic médical) de la part d'un spécialiste du domaine concerné en cas de maladie très grave et fatale et de problèmes de santé.
- ✦ Assistance dans le choix du spécialiste, de l'hôpital et de l'organisation de l'admission et de la sortie du patient.
- ✦ Organisation et assistance dans le cadre de l'observation de l'évolution de la maladie/de la guérison par des médecins et des interlocuteurs de l'Assureur.

Garantie de prise en charge des frais, notamment dans la préparation du séjour à l'hôpital

- ✦ Envoi d'une garantie de prise en charge des frais, notamment dans le cadre d'une hospitalisation prévue.
- ✦ Possibilité de règlement direct au médecin traitant/à l'hôpital.



Versement d'une avance

Versement d'une avance à l'Assuré si le praticien et/ou l'hôpital n'accepte(nt) que les règlements en espèces.

Assistance et informations sur le type, les origines potentielles et les possibilités de traitement médical/formes de thérapies de la maladie ainsi que sur les termes médicaux

Conseils et explication des questions médicales en cas de maladie d'un Assuré, notamment des origines et des possibilités de traitement médical/formes de thérapies d'une maladie, et explication des termes médicaux.

Assistance en vue de l'organisation d'un entretien entre médecins

En cas de maladie et de détérioration de l'état de santé, notamment dans le cadre d'une maladie chronique, l'Assureur fournit une assistance en vue de l'organisation d'un entretien entre médecins, par exemple entre le médecin traitant du pays de destination/pays d'origine et du pays de séjour.

Assistance dans le choix du médicament prescrit, des produits comparables et informations sur leurs effets secondaires

- ▶ Informations sur les médicaments, leurs effets secondaires et les interactions avec d'autres produits ainsi que sur les effets néfastes pour la santé.
- ▶ Informations sur les produits comparables et identiques.

Assistance et conseils médicaux avant le début du voyage (vaccinations, préparation de la pharmacie de voyage)

- ▶ Informations médicales sur les conditions d'hygiène dans le pays de séjour.
- ▶ Renseignements et informations sur les vaccinations recommandées dans le pays de séjour, notamment en cas de problèmes de santé existants.
- ▶ Assistance dans la préparation d'une pharmacie de voyage, compte tenu des conditions d'hygiène et des facteurs climatiques dans le pays de séjour.
- ▶ Les informations et les renseignements sont transmis par téléphone et par e-mail par l'Assureur.

3.3. Services Complémentaires

Le droit à la garantie « Services Complémentaires » existe si ladite garantie a été souscrite pour l'Assuré conformément aux Conditions particulières (Certificat d'Assurance).

Tableau récapitulatif des Services Complémentaires

Rapatriement dans le pays de séjour

Organisation de visites au malade pour les proches parents

Report du voyage de retour

Achat et envoi des médicaments indispensables

Organisation du rapatriement ou de la prise en charge des enfants

Rapatriement du corps et assistance dans les démarches en cas de décès

Assistance en cas de problèmes psychologiques éventuels occasionnés par le séjour à l'étranger

Dépôt de documents (dépôt et remplacement en cas de perte)

Recours à un conseiller juridique en cas de problèmes juridiques



Recours à un service de déménagement

Formation interculturelle (informations sur la culture locale)

Rapatriement dans le pays de séjour

Si, après concertation avec l'Assureur, une évacuation est nécessaire pour raisons médicales aux fins de traitement de l'Assuré, l'Assureur rembourse les frais de rapatriement de l'Assuré dans le pays de séjour à concurrence de 3 000 EUR (transport ferroviaire en 1^{ère} classe, transport aérien en classe économique) après accord préalable.

Organisation de visites au malade pour les proches parents

Dans le cadre d'une hospitalisation en cas d'urgence, l'Assureur organise la visite d'un membre de la famille sur le lieu de traitement et le retour à son domicile et prend en charge les frais de déplacement à concurrence de 3 000 EUR, pour une hospitalisation d'une durée d'au moins 7 jours et en cas de prise en charge des frais par l'Assureur (transport ferroviaire en 1^{ère} classe et transport aérien en classe économique).

Report du voyage de retour

En cas de report du voyage de retour du pays de séjour vers le pays de destination/le pays d'origine ou vers un nouveau pays de séjour en raison d'une urgence médicale induisant l'incapacité de voyager de l'Assuré, les frais de modification de la réservation/d'annulation d'hôtels et de vols lui seront remboursés à concurrence de 3 000 EUR*.

Achat et envoi des médicaments indispensables

Si l'Assuré doit prendre des médicaments indispensables non disponibles dans le pays de séjour, l'Assureur s'efforcera de lui fournir ces médicaments aussi rapidement que possible, sous réserve que le médicament concerné soit légalement autorisé dans le pays de séjour de l'Assuré et que son importation n'enfreigne aucune disposition légale.

Organisation du rapatriement ou de la prise en charge des enfants

- ▶ En cas d'hospitalisation des deux parents en raison d'une urgence médicale, l'Assureur s'occupe de la prise en charge des enfants par un service approprié ainsi que des frais y afférents, au maximum pendant la durée du traitement hospitalier.
- ▶ En cas d'hospitalisation des deux parents en raison d'une urgence médicale au cours d'un voyage touristique, l'Assureur rembourse les frais de transport des enfants (jusqu'à l'âge de 18 ans) vers la résidence actuelle dans le pays de séjour.

Rapatriement du corps et assistance dans les démarches en cas de décès

- ▶ Exécution des formalités nécessaires aux fins de rapatriement ou de l'incinération du corps, notamment délivrance du certificat de décès, du rapport d'accident, prise de contact avec les autorités/ le consulat et détermination des proches parents habilités à donner leur accord pour le rapatriement ou l'incinération.
- ▶ Remboursement des frais de rapatriement du corps dans le pays de destination ou le pays d'origine, ainsi que des frais des formalités liées au rapatriement à concurrence de 10 000 EUR*.
- ▶ Rapatriement de l'urne dans le pays de destination ou le pays d'origine en cas d'incinération.

* Sauf disposition contraire, les montants indiqués s'entendent par personne et par année d'assurance.



- Les frais d'obsèques ne sont pas couverts.

Assistance en cas de problèmes psychologiques éventuels occasionnés par le séjour à l'étranger

- L'Assureur propose un service de conseil en cas de situation de stress psychologique.
- L'Assuré bénéficie d'un accompagnement psychologique par téléphone fourni par un médecin expérimenté et de recommandations sur la procédure à suivre à concurrence de 5 entretiens au maximum.

Dépôt de documents (dépôt et remplacement en cas de perte)

- L'Assureur propose un service de dépôt de documents pour les documents importants (p. ex.: passeport, visa, permis de conduire, carnet de vaccination et autres documents essentiels).
- En cas de perte du document original, l'envoi de la copie est effectué par e-mail, par fax ou par coursier et une assistance est fournie en vue du remplacement.

Recours à un conseiller juridique en cas de problèmes juridiques

En cas de nécessité, l'Assureur procure les services d'avocats/experts de langue anglaise, allemande, française et espagnole, selon la préférence, dans le pays de séjour de l'Assuré.

Recours à un service de déménagement

En cas de nécessité, l'Assureur recommande des prestataires spécialisés pour l'organisation du déménagement, et le cas échéant, fournit son assistance dans la recherche d'un logement.

Formation interculturelle (informations sur la culture locale)

En cas de nécessité, l'Assureur recommande des prestataires spécialisés qui organisent des formations interculturelles et spécifiques au pays sur le thème Vivre et Travailler à l'étranger, afin de préparer le séjour à l'étranger.

4. Tarif

La prime d'assurance est indiquée dans les Conditions Particulières (Certificat d'Assurance).



III. Glossaire

Accident	Événement externe soudain et inattendu provoquant une Maladie ou un Dommage Corporel.
Acupuncture	L'Acupuncture est une méthode de la médecine chinoise traditionnelle utilisée pour soigner les Maladies et Blessures Corporelles ou pour réduire la douleur au moyen d'aiguilles fines que l'on fait pénétrer dans le corps. La médecine classique reconnaît l'acupuncture en premier lieu comme une méthode pour atténuer la douleur.
Année d'Assurance	Période de 12 mois commençant soit à la date de prise d'effet soit à la date du renouvellement de la Police d'Assurance, selon le cas.
Antécédents Médicaux / conditions préexistantes	États Médicaux, Maladies, Blessures Corporelles et leurs conséquences, ou résultats d'un Accident dont le Preneur d'Assurance ou les Assurés avaient conscience ou pour lesquels ils étaient soignés avant la signature du Formulaire d'adhésion. Par le biais d'un accord spécial écrit conclu avec l'Assuré, des conditions préexistantes peuvent en principe être couvertes par la Police d'assurance, à condition d'avoir été correctement divulguées auparavant. Les conditions préexistantes qui n'ont pas été divulguées dans le Formulaire d'adhésion ne sont pas assurées en vertu de la Police d'Assurance.
Assistance	L'Assistance est spécialisée dans la fourniture, aux Assurés, de conseils et d'aide dans des situations d'Urgence ou pour un traitement à l'hôpital. L'Assistance fournit également d'autres services pour faciliter le séjour à l'étranger de l'assuré et se charge du remboursement de certains frais, comme les frais de rapatriement.
Cancer	« Cancer » est le terme générique désignant toutes les maladies malignes provoquées par une prolifération de cellules modifiées (tumeur, carcinome). Ces cellules peuvent détruire le tissu environnant et produire des tumeurs secondaires (métastases).
Centre de soins palliatifs (Hospice)	Établissement dont la finalité exclusive est de prodiguer des soins – aux patients dont l'espérance de vie est limitée à seulement quelques mois ou moins – et d'atténuer les symptômes menaçant leur vie par le biais de Soins Palliatifs.
Chiropraxie	Le chiropractie est également connue sous le nom de thérapie manuelle. Des vertèbres déplacées ou déformées sont « remises en place » ou d'autres articulations sont « redressées » à l'aide de techniques spécifiques.
Chirurgie réalisée en ambulatoire remplaçant une hospitalisation	Chirurgie pouvant être réalisées en ambulatoire, au cabinet chirurgical du médecin ou à l'hôpital, mais qui ne requièrent pas de nuitée ou de séjour plus long à l'hôpital.
Cure et Traitement en sanatorium	Cure ou traitement différent(e) d'un Traitement Médical, qui sert à restaurer l'état de santé ou la forme physique d'une personne.
Dentiste	Médecin ou Praticien qui se concentre sur les maladies des dents et de la bouche.



Franchise	Fraction des frais engagés par l'Assuré pour le Traitement Médical couvert par la Police d'Assurance, que le Preneur d'Assurance et l'Assuré conviennent d'assumer eux-mêmes et pour laquelle ils n'ont pas le droit de demander de prestation auprès de l'Assureur en vertu de la Police d'Assurance. Si une Franchise a été convenue, ladite Franchise sera documentée dans les Conditions Particulières.
Homéopathie	L'homéopathie repose sur trois piliers : le principe de similitude, le schéma thérapeutique et le principe de dilution des substances. Un spécialiste de l'homéopathie part du principe qu'une Maladie se manifestant par des symptômes spécifiques peut être guérie par une substance provoquant des symptômes similaires chez des personnes en bonne santé
Hydrothérapie	L'hydrothérapie est un traitement ciblé par application externe d'eau.
Imagerie par Résonance magnétique (IRM)	Ce traitement est à entendre comme une technique de diagnostic permettant de visualiser les organes et tissus internes à l'aide de champs magnétiques et d'ondes radio.
Médecin	Médecin (généraliste ou spécialiste) détenant un diplôme médical reconnu par la loi dans le pays où le Traitement Médical est prodigué, et qui est autorisé à prodiguer des soins médicaux.
Médecine Traditionnelle	La Médecine Traditionnelle est la forme de médecine universitaire, scientifique et donc généralement reconnue et appliquée.
Mesures prophylactiques	Mesures individuelles et générales faisant partie de la médecine préventive et visant à prévenir des maladies imminentes (p. ex. immunisation passive, vaccins, prise de médicaments préventive en cas d'entrée dans des zones à risques, prévention des accidents, etc.).
Oncologie	Branche de la médecine interne qui traite l'apparition, le développement, le diagnostic et le traitement des tumeurs et des maladies liées aux tumeurs.
Ostéopathie	Chirurgie pouvant être réalisées en ambulatoire, au cabinet chirurgical du médecin ou à l'hôpital, mais qui ne requièrent pas de nuitée ou de séjour plus long à l'hôpital.
Pays d'Origine	Le pays d'origine est le pays dont l'Assuré est un ressortissant ou dans lequel l'Assuré avait sa résidence habituelle avant de déménager vers son pays actuel de résidence habituelle.
Pays de Résidence	Le pays dans lequel l'Assuré a son lieu actuel de résidence habituelle ou son lieu actuel de résidence temporaire.
Praticien	Personne, qui peut être médecin, et qui dispose d'une formation solide et reconnue dans son domaine de traitement et qui est habilitée à exercer sa spécialité dans le pays où le traitement a lieu. Les personnes suivantes sont considérées comme praticiens : naturopathes, logopèdes et sage-femmes ainsi que les praticiens indépendants exerçant des professions médicales auxiliaires agréées par l'État (p. ex. masseurs et accompagnateurs médicaux, kinésithérapeutes). Les Assurés sont libres de choisir un praticien qui satisfait à ces critères.



Prestations d'implants dentaires	Prestation consistant à insérer des implants dentaires (métalliques ou en céramique) à titre de substituts de racine ou pour restaurer une mâchoire édentée.
Rééducation post-stationnaire	Procédure médicale aidant une personne à retrouver son état physique antérieur à une Maladie, une Blessure Corporelle ou une opération grave, par exemple après un pontage chirurgical, une crise cardiaque, une transplantation d'organe, ainsi qu'après une opération sur des os de grande taille ou articulations.
Région	Région géographique pour laquelle la couverture fournie en vertu de la Police d'Assurance est valide, c.-à-d. : <ul style="list-style-type: none"> • Région 1 : monde entier y compris les États-Unis. • Région 2 : monde entier sauf les États-Unis.
Second Avis	Conseils médicaux formulés par un médecin qui n'était pas encore impliqué jusqu'à présent, concernant un état menaçant la vie ou un problème de santé grave et permanent.
Soins Palliatifs	Les soins palliatifs correspondent au traitement complet et aigu des patients ayant une espérance de vie limitée et dont ne permet plus de bénéficier d'une thérapie curative. Ce type de traitement vise à offrir la meilleure qualité de vie possible tant au patient qu'à sa famille.
Traitement de conservation	Un traitement de conservation est un traitement visant la conservation des dents (p. ex. obturations, traitement du canal radiculaire).
Tomographie par émission de positons (TEP)	Procédé d'imagerie non invasif basé sur la détection et l'imagerie à l'aide d'une substance contenant des émetteurs de positons répartis dans le corps du patient. La concentration d'un tel « marqueur » dans une tumeur peut également être déterminée de manière quantitative. La substance est injectée en intraveineuse et le rayonnement est détecté à l'aide de détecteurs externes. Il est possible de visualiser d'importants processus biologiques dans les tumeurs à l'aide de la TEP.
Urgence	La survenue subite et imprévue d'une Maladie soudaine et aiguë ou d'un Dommage corporel grave, constituant une menace directe pour l'état de santé de l'Assuré.

