

Aperçu des modifications apportées aux conditions spéciales Care

Valable à partir du 01.09.2025

Ce document est uniquement fourni à titre informatif. Les conditions spéciales d'assurance en vigueur sont celles publiées sur le document principal.

Formulation actuelle

4.1.3. Traitement médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier

En cas de traitement médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier, l'assuré a le libre choix des établissements hospitaliers.

Par traitement dans un établissement hospitalier on entend tout traitement à l'occasion duquel la personne à traiter est hospitalisée pour au moins 24 heures en y étant traitée médicalement et nourrie.

En cas de traitement médicalement nécessaire dans des établissements hospitaliers qui pratiquent également des cures respectivement des traitements de sanatorium, ou qui hospitalisent des convalescents, les prestations tarifaires prévues par l'assurance des frais de maladie ne sont dues que si l'assuré a fait une demande préalable et si l'assureur les a accordées par écrit avant le début du traitement.

Toute cure et/ou traitement en sanatorium doit être prescrit(e) par une autorité médicale et être consécutif(ve) de manière immédiate et directe à une hospitalisation de l'assuré.

4.1.4. Traitement médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier

L'assureur intervient, dans le cadre du contrat, uniquement pour les méthodes d'examen ou les méthodes de traitement et les médicaments qui sont largement reconnus par la médecine conventionnelle.

Toute prestation de l'assureur est subordonnée à un traitement qui doit être médicalement nécessaire.

L'assureur assure en plus le remboursement des méthodes thérapeutiques et des médicaments, dont les résultats se sont avérés tout aussi probants en pratique ou qui sont utilisés par manque d'équivalent en médecine traditionnelle. **FOYER GLOBAL HEALTH S.A. EST TOUTEFOIS EN DROIT DE RÉDUIRE LE MONTANT DE SES PRESTATIONS À CONCURRENCE DE CE QU'AURAIT COÛTÉ L'USAGE DES MÉTHODES ET DES MÉDICAMENTS EXISTANT DE LA MÉDECINE CONVENTIONNELLE.**

Formulation nouvelle

4.1.3. Traitement médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier

En cas de traitement médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier, l'assuré a le libre choix des établissements hospitaliers.

Par traitement dans un établissement hospitalier on entend tout traitement à l'occasion duquel la personne à traiter est hospitalisée pour au moins 24 heures en y étant traitée médicalement et nourrie.

En cas de traitement médicalement nécessaire dans des établissements hospitaliers qui pratiquent également des cures respectivement des traitements de sanatorium, ou qui hospitalisent des convalescents, les prestations tarifaires prévues par l'assurance des frais de maladie ne sont dues que si l'assuré a fait une demande préalable et si l'assureur les a accordées par écrit avant le début du traitement.

Toute cure et/ou traitement en sanatorium doit être prescrit(e) par une autorité médicale et être consécutif(ve) de manière immédiate et directe à une hospitalisation de l'assuré.

L'assureur intervient, dans le cadre du contrat, uniquement pour les méthodes d'examen ou les méthodes de traitement et les médicaments qui sont largement reconnus par la médecine conventionnelle.

Toute prestation de l'assureur est subordonnée à un traitement qui doit être médicalement nécessaire.

L'assureur assure en plus le remboursement des méthodes thérapeutiques et des médicaments, dont les résultats se sont avérés tout aussi probants en pratique ou qui sont utilisés par manque d'équivalent en médecine traditionnelle. **FOYER GLOBAL HEALTH S.A. EST TOUTEFOIS EN DROIT DE RÉDUIRE LE MONTANT DE SES PRESTATIONS À CONCURRENCE DE CE QU'AURAIT COÛTÉ L'USAGE DES MÉTHODES ET DES MÉDICAMENTS EXISTANT DE LA MÉDECINE CONVENTIONNELLE.**

En ce qui concerne la psychothérapie ambulatoire et dans un établissement hospitalier, les prestations ne sont accordées que dans la mesure où l'assuré en fait une demande préalable et que l'assureur les a autorisées par écrit avant le traitement sur base d'une expertise effectuée par un médecin désigné par elle.

En ce qui concerne la psychothérapie ambulatoire et dans un établissement hospitalier, les prestations ne sont accordées que dans la mesure où l'assuré en fait une demande préalable et que l'assureur les a autorisées par écrit avant le traitement sur base d'une expertise effectuée par un médecin désigné par elle. **LE TEMPS D'ATTENTE POUR LES FRAIS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT, AINSI QUE LES FRAIS DES SERVICES D'UNE SAGE-FEMME OU D'UNE SAGE-FEMME HOSPITALIÈRE EST DE 10 MOIS.**

4.2. Aides visuelles et chirurgie réfractive

4.2.1. Verres de lunettes et lentilles

Les dépenses restantes, après remboursement par l'assurance maladie légale et qui sont relatives aux verres de lunettes et lentilles de contact sont remboursées par l'assureur.

Au cas où le remboursement serait refusé par l'assurance maladie légale, les dépenses remboursables encourues pour l'achat de verres de lunettes et de lentilles de contact sont remboursées à concurrence de 200 EUR pour une période d'assurance non suspendue de deux ans qui court à compter du jour du sinistre.

Montures de lunettes

Pour les dépenses portant sur des montures de lunettes, une prestation de 100 EUR est versée pour une période d'assurance non-suspendue de deux ans qui court à compter du jour du sinistre.

4.2.2. Chirurgie réfractive

Dans le cas d'une différence de l'acuité visuelle d'au moins 2 dioptries entre chaque oeil, l'assureur participe une seule fois sur toute la durée du contrat et par personne assurée au coût de l'opération laser jusqu'à un maximum de 1.000 EUR pour les deux yeux.

Lorsqu'une personne assurée bénéficie de cette prestation « chirurgie réfractive », la prestation de remboursement des lunettes et lentilles de contact est suspendue pendant les 60 mois qui suivent l'opération.

4.2. Aides visuelles et chirurgie réfractive

4.2.1. Verres de lunettes et lentilles

Les dépenses restantes, après **éventuel** remboursement par l'assurance maladie légale et qui sont relatives aux verres de lunettes et lentilles de contact sont remboursées par l'assureur.

Les dépenses remboursables encourues pour l'achat de verres de lunettes et de lentilles de contact sont remboursées à concurrence de 200 EUR pour une période d'assurance non suspendue de deux ans qui court à compter du jour du sinistre.

4.2.2. Montures de lunettes

Pour les dépenses portant sur des montures de lunettes, une prestation de 100 EUR est versée pour une période d'assurance non-suspendue de deux ans qui court à compter du jour du sinistre.

4.2.3. Chirurgie réfractive

Dans le cas d'une différence de l'acuité visuelle d'au moins 2 dioptries entre chaque oeil, l'assureur participe une seule fois sur toute la durée du contrat et par personne assurée au coût de l'opération laser jusqu'à un maximum de 1.000 EUR pour les deux yeux.

Lorsqu'une personne assurée bénéficie de cette prestation « chirurgie réfractive », la prestation de remboursement des lunettes et lentilles de contact est suspendue pendant les 60 mois qui suivent l'opération.

4.4.2. Champ d'application de la garantie

En matière de traitement médical ambulatoire, l'assureur rembourse les frais :

- de prestations d'un médecin (Exemples non limitatifs : les consultations, les examens, les traitements, les radiographies, les traitements dans le cadre d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une fausse couche).

4.4.2. Champ d'application de la garantie

En matière de traitement médical ambulatoire, l'assureur rembourse les frais :

- de prestations d'un médecin (Exemples non limitatifs : les consultations, les examens, les traitements, les radiographies, les traitements dans le cadre d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une fausse couche).

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

- de psychothérapie ambulatoire.
- de médicaments et pansements.
- de prestations d'une sage-femme, y compris les cours de préparation à l'accouchement (avec une limite de 100 EUR pour les cours par accouchement).
- de thérapie, de kinésithérapie, de physiothérapie.
- de thérapie exécutée par un psychomotricien ou un orthophoniste.
- d'aide thérapeutique :
 - appareils orthopédiques,
 - plâtre,
 - bas à varices,
 - appareils auditifs,
 - attelles de correction,
 - fauteuils roulants (avec une limite de 2.500 EUR par sinistre),
 - membres artificiels,
 - appareils orthopédiques de soutien du tronc, du bras et de la jambe,
 - chaussures et semelles orthopédiques (avec une limite de 500 EUR par assuré et par année d'assurance),
 - synthétiseur vocal (larynx électronique),
 - perruques (avec une limite de 300 EUR par assuré et par année d'assurance).
- Les frais de réparation des aides thérapeutiques, exception faite des semelles et talons des chaussures orthopédiques, sont remboursables dans le cadre des dispositions précédentes.

- de psychothérapie ambulatoire.
- de médicaments et pansements.
- de prestations d'une sage-femme, y compris les cours de préparation à l'accouchement (avec une limite de 100 EUR pour les cours par accouchement).
- de thérapie, de kinésithérapie, de physiothérapie.
- de thérapie exécutée par un psychomotricien ou un orthophoniste.
- d'aide thérapeutique :
 - appareils orthopédiques,
 - plâtre,
 - bas à varices,
 - appareils auditifs,
 - attelles de correction,
 - fauteuils roulants (avec une limite de 2.500 EUR par sinistre),
 - membres artificiels,
 - appareils orthopédiques de soutien du tronc, du bras et de la jambe,
 - chaussures et semelles orthopédiques (avec une limite de 500 EUR par assuré et par année d'assurance),
 - synthétiseur vocal (larynx électronique),
 - perruques (avec une limite de 300 EUR par assuré et par année d'assurance).
- Les frais de réparation des aides thérapeutiques, exception faite des semelles et talons des chaussures orthopédiques, sont remboursables dans le cadre des dispositions précédentes.

4.5. Thérapies alternatives

L'assureur rembourse les frais de traitement (y compris les médicaments valablement prescrits) exposés dans le cadre d'une thérapie alternative à hauteur de 80% avec une limite de 1.000 EUR par personne assurée par année d'assurance.

L'assureur ne rembourse les frais de traitement que dans le cadre de thérapies dispensées par :

- un naturopathe,
- un ostéopathe,
- un chiropracteur,
- ou un médecin pratiquant la médecine traditionnelle chinoise.

Le thérapeute doit être en possession des diplômes correspondants et être autorisé à exercer par les autorités compétentes.

4.5. Thérapies alternatives

L'assureur rembourse les frais de traitement (y compris les médicaments valablement prescrits) exposés dans le cadre d'une thérapie alternative à hauteur de 80% avec une limite de 1.000 EUR par personne assurée par année d'assurance.

L'assureur ne rembourse les frais de traitement que dans le cadre de thérapies dispensées par :

- un naturopathe,
- un ostéopathe,
- un chiropracteur,
- ou un médecin pratiquant la médecine traditionnelle chinoise (y compris l'acupuncture).

Le thérapeute doit être en possession des diplômes correspondants et être autorisé à exercer par les autorités compétentes.

6.2. Exclusions

AUCUNE PRESTATION DE L'ASSUREUR N'EST DUE :

- (1)
POUR DES MALADIES, Y COMPRIS LEURS CONSEQUENCES, AINSI QUE POUR LES SUITES D'ACCIDENTS ET LES DECES RESULTANT D'EVENEMENTS DE GUERRE, DE SERVICE MILITAIRE, D'EMEUTES ET ACTES DE VIOLENCES COLLECTIVES ET QUI NE SONT PAS EXPRESSEMENT INCLUS DANS LA GARANTIE DE L'ASSURANCE.
- (2)
POUR DES SINISTRES INTENTIONNELS, RESPECTIVEMENT TOUTES LES MALADIES, ACTES ET ACCIDENTS ET LEURS SUITES CAUSES INTENTIONNELLEMENT.
- (3)
POUR DES MESURES DE DESINTOXICATION Y COMPRIS LES CURES DE DESINTOXICATION.
- (4)
POUR LES CURES ET/OU LES TRAITEMENTS EN SANATORIUM A DES FINS DE CONFORT, DE RECUPERATION SPORTIVE, ESTHETIQUE ET/OU DE BIEN-ETRE, AINSI QUE LES MESURES DE READAPTATION.
- (5)
POUR LES TRAITEMENTS EFFECTUES PAR DES EPOUX, CONJOINTS, PARTENAIRES, DES PARENTS OU DES ENFANTS (QUEL QUE SOIT LE DEGRE). LES FRAIS MATERIELS PROUVES SONT REMBOURSES CONFORMEMENT AUX PRESENTES CONDITIONS SPECIALES.
- (6)
POUR DES MESURES COSMETIQUES ET ESTHETIQUES DE TOUT GENRE ET LEURS SUITES.
- (7)
POUR UNE TENTATIVE DE SUICIDE.
- (8)
POUR DES PRODUITS DIETETIQUES, DES COMPLEMENTES ALIMENTAIRES, DES PRODUITS AMAIGRISSANTS, DES CONTRACEPTIFS, DES FORTIFIANTS, DU MATERIEL GERIATRIQUE, DES COSMETIQUES ET DES PRODUITS DE CONFORT (EXEMPLES NON LIMITATIFS : CREME, HUILES).
- (9)
POUR LES CONSULTATIONS CHEZ UN DIETETICIEN.
- (10)
POUR LES PRODUITS D'ENTRETIEN DES AIDES THERAPEUTIQUES (EXEMPLES NON LIMITATIFS : SHAMPOOING POUR PERRUQUES).
- (11)
POUR LES GREFFES DE CHEVEUX.

6.2. Exclusions

AUCUNE PRESTATION DE L'ASSUREUR N'EST DUE :

- (1)
POUR DES MALADIES, Y COMPRIS LEURS CONSEQUENCES, AINSI QUE POUR LES SUITES D'ACCIDENTS ET LES DECES RESULTANT D'EVENEMENTS DE GUERRE, DE SERVICE MILITAIRE, D'EMEUTES ET ACTES DE VIOLENCES COLLECTIVES ET QUI NE SONT PAS EXPRESSEMENT INCLUS DANS LA GARANTIE DE L'ASSURANCE.
- (2)
POUR DES SINISTRES INTENTIONNELS, RESPECTIVEMENT TOUTES LES MALADIES, ACTES ET ACCIDENTS ET LEURS SUITES CAUSES INTENTIONNELLEMENT.
- (3)
POUR DES MESURES DE DESINTOXICATION Y COMPRIS LES CURES DE DESINTOXICATION.
- (4)
POUR LES CURES ET/OU LES TRAITEMENTS EN SANATORIUM A DES FINS DE CONFORT, DE RECUPERATION SPORTIVE, ESTHETIQUE ET/OU DE BIEN-ETRE, AINSI QUE LES MESURES DE READAPTATION.
- (5)
POUR LES TRAITEMENTS EFFECTUES PAR DES EPOUX, CONJOINTS, PARTENAIRES, DES PARENTS OU DES ENFANTS (QUEL QUE SOIT LE DEGRE). LES FRAIS MATERIELS PROUVES SONT REMBOURSES CONFORMEMENT AUX PRESENTES CONDITIONS SPECIALES.
- (6)
POUR DES MESURES COSMETIQUES ET ESTHETIQUES DE TOUT GENRE ET LEURS SUITES.
- (7)
POUR UNE TENTATIVE DE SUICIDE.
- (8)
POUR DES PRODUITS DIETETIQUES, DES COMPLEMENTES ALIMENTAIRES, DES PRODUITS AMAIGRISSANTS, DES CONTRACEPTIFS, DES FORTIFIANTS, DU MATERIEL GERIATRIQUE, DES COSMETIQUES ET DES PRODUITS DE CONFORT (EXEMPLES NON LIMITATIFS : CREME, HUILES).
- (9)
POUR LES CONSULTATIONS CHEZ UN DIETETICIEN.
- (10)
POUR LES PRODUITS D'ENTRETIEN DES AIDES THERAPEUTIQUES (EXEMPLES NON LIMITATIFS : SHAMPOOING POUR PERRUQUES).
- (11)
POUR LES GREFFES DE CHEVEUX.

(12)
POUR LES MASSAGES.

(13)
POUR DES PRODUITS, APPAREILS MEDICAUX ET ARTICLES SANITAIRES NON ENUMERES EXPRESSEMENT DANS LE CONTRAT (EXEMPLES NON LIMITATIFS : LES THERMOMETRES, LES APPAREILS DE MASSAGE, LES COUSSINS CHAUFFANTS, LES TENSIONNEMETRES).

(14)
POUR TOUT TRAITEMENT DE NATURE COSMETIQUE ET/OU ESTHETIQUE UTILISE A D'AUTRES FINS PAR DES MEDECINS, MEDECINS DENTISTES, OU AUTRES SPECIALISTES DE LA MEDECINE. SONT COMPRIS SOUS CETTE EXCLUSION DES TRAITEMENTS COMME LA LIPOSUCTION, LES TRAITEMENTS ANTI-AGE, L'EPIILATION, LA CRYOLIPOLYSE, LA LIPOCAVIGATION, LE DETATOUAGE (LISTE NON EXHAUSTIVE).

(15)
POUR TOUT TRAITEMENT DE NATURE A PROCURER UN CONFORT A L'ASSURE SANS QUE CE TRAITEMENT AIT UNE PROPRIETE CURATIVE.

(16)
POUR LES TRAITEMENTS EFFECTUES PAR DES MEDECINS, PAR DES MEDECINS DENTISTES, PAR DES PROFESSIONNELS CONVENTIONNES, PAR DES NATUROPATHES, PAR DES OSTEOPATHES, PAR DES CHIROPRACTEURS, PAR UN MEDECIN PRATIQUANT LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE, ET DANS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS, POUR LESQUELS L'ASSUREUR A EXCLU LE REMBOURSEMENT DE NOTES DE FRAIS POUR UN MOTIF GRAVE, SI LE SINISTRE EST INTERVENU APRES LA NOTIFICATION DE L'EXCLUSION AU PRENEUR D'ASSURANCE. SI, AU MOMENT DE LA NOTIFICATION, LE SINISTRE N'EST PAS ENCORE TERMINE, IL N'Y A PAS D'OBLIGATION DE REMBOURSEMENT DES FRAIS INTERVENUS PLUS DE TROIS MOIS APRES LA NOTIFICATION EN QUESTION.

(17)
POUR L'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET LA STERILISATION, SAUF EN CAS DE NECESSITE MEDICALE ETABLIE.

(12)
POUR LES SPAS ET LES MASSAGES DE RELAXATION, POUR LES SEJOURS ET LES TRAITEMENTS DANS LES SPAS, LES BAINS, LES STATIONS THERMALES OU LES CENTRES DE CONVALESCENCE, MEME S'ILS ONT ETE PRESCRITS PAR UN MEDECIN. CELA COMPREND EGALEMENT LES BAINS THERMAUX, LES SAUNAS ET TOUT TYPE DE MASSAGE RELAXANT.

(13)
POUR DES PRODUITS, APPAREILS MEDICAUX ET ARTICLES SANITAIRES NON ENUMERES EXPRESSEMENT DANS LE CONTRAT (EXEMPLES NON LIMITATIFS : LES THERMOMETRES, LES APPAREILS DE MASSAGE, LES COUSSINS CHAUFFANTS, LES TENSIONNEMETRES).

(14)
POUR TOUT TRAITEMENT DE NATURE COSMETIQUE ET/OU ESTHETIQUE UTILISE A D'AUTRES FINS PAR DES MEDECINS, MEDECINS DENTISTES, OU AUTRES SPECIALISTES DE LA MEDECINE. SONT COMPRIS SOUS CETTE EXCLUSION DES TRAITEMENTS COMME LA LIPOSUCTION, LES TRAITEMENTS ANTI-AGE, L'EPIILATION, LA CRYOLIPOLYSE, LA LIPOCAVIGATION, LE DETATOUAGE (LISTE NON EXHAUSTIVE).

(15)
POUR TOUT TRAITEMENT DE NATURE A PROCURER UN CONFORT A L'ASSURE SANS QUE CE TRAITEMENT AIT UNE PROPRIETE CURATIVE.

(16)
POUR LES TRAITEMENTS EFFECTUES PAR DES MEDECINS, PAR DES MEDECINS DENTISTES, PAR DES PROFESSIONNELS CONVENTIONNES, PAR DES NATUROPATHES, PAR DES OSTEOPATHES, PAR DES CHIROPRACTEURS, PAR UN MEDECIN PRATIQUANT LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE, ET DANS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS, POUR LESQUELS L'ASSUREUR A EXCLU LE REMBOURSEMENT DE NOTES DE FRAIS POUR UN MOTIF GRAVE, SI LE SINISTRE EST INTERVENU APRES LA NOTIFICATION DE L'EXCLUSION AU PRENEUR D'ASSURANCE. SI, AU MOMENT DE LA NOTIFICATION, LE SINISTRE N'EST PAS ENCORE TERMINE, IL N'Y A PAS D'OBLIGATION DE REMBOURSEMENT DES FRAIS INTERVENUS PLUS DE TROIS MOIS APRES LA NOTIFICATION EN QUESTION.

(17)
POUR L'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET LA STERILISATION, SAUF EN CAS DE NECESSITE MEDICALE ETABLIE.

(18)

POUR DES EXPERTISES, DES CERTIFICATS, DES PLANS DE TRAITEMENT ET DE FRAIS DANS LA MESURE OU LE PRENEUR D'ASSURANCE OU L'ASSURE DOIT LES PRODUIRE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : CERTIFICAT MEDICAL DANS LE CADRE D'UN PERMIS DE CONDUIRE OU POUR L'EXERCICE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE).

(19)

POUR LES FRAIS DE TRADUCTION DE TOUS DOCUMENTS.

(20)

POUR TOUS LES TRAITEMENTS, SOINS, ACTES, EFFECTUES AU DOMICILE DE L'ASSURE SAUF CEUX QUI SONT MEDICALEMENT NECESSAIRES SUITE A UNE HOSPITALISATION DE L'ASSURE.

(21)

POUR LE FAIT DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'ASSURE OU D'UN BESOIN DE GARDE DE L'ASSURE. LE SEJOUR ET/OU LES SOINS NON MEDICAUX PRESTES A DOMICILE OU DANS UNE MAISON DE REPOS, DANS UNE MAISON DE REPOS ET DE SOINS, DANS UNE MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES OU DANS UN ETABLISSEMENT DU MEME TYPE NE SONT PAS REMBOURSES.

(22)

POUR LES SOINS ET/OU ACTES RESULTAT DE L'ETAT DE DEPENDANCE DE L'ASSURE, QUE CE SOIT EN INSTITUTION OU A DOMICILE DE L'ASSURE, AINSI QUE LES FRAIS RESULTANTS DE CE PLACEMENT EN INSTITUTION.

(23)

POUR LES TRAITEMENTS, SOINS, ET ACTES PALLIATIFS DE L'ASSURE.

(24)

POUR LES VOYAGES A L'ETRANGER ENTREPRIS DANS LE BUT DE SUIVRE UN TRAITEMENT CURATIF, LE LIBRE CHOIX DES HOPITAUX ET DES MEDECINS EST UNIQUEMENT GARANTI DANS LES PAYS DE L'EUROPE. POUR LES PAYS EN DEHORS DE L'EUROPE, AUCUNE PRESTATION N'EST GARANTIE DANS CE CAS.

(25)

POUR LE TRAITEMENT DE NEVROSES OU DE PSYCHOSES DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER ET LE TRAITEMENT HOSPITALIER PARTIEL.

(26)

POUR LES FRAIS SUPPLEMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSES PAR L'ASSURE DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DEFINIE A L'ARTICLE 4.2 « AIDES VISUELLES ET CHIRURGIE REFRACTIVE » (EXEMPLES NON LIMITATIFS : PRODUITS D'ENTRETIEN DES LUNETTES OU DES LENTILLES, CARTE DE FIDELITE, FRAIS DE MONTAGE, FRAIS D'ENVOI, GARANTIE, EXTENSION DE GARANTIE, ETC...).

(18)

POUR DES EXPERTISES, DES CERTIFICATS, DES PLANS DE TRAITEMENT ET DE FRAIS DANS LA MESURE OU LE PRENEUR D'ASSURANCE OU L'ASSURE DOIT LES PRODUIRE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : CERTIFICAT MEDICAL DANS LE CADRE D'UN PERMIS DE CONDUIRE OU POUR L'EXERCICE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE).

(19)

POUR LES FRAIS DE TRADUCTION DE TOUS DOCUMENTS.

(20)

POUR TOUS LES TRAITEMENTS, SOINS, ACTES, EFFECTUES AU DOMICILE DE L'ASSURE SAUF CEUX QUI SONT MEDICALEMENT NECESSAIRES SUITE A UNE HOSPITALISATION DE L'ASSURE.

(21)

POUR LE FAIT DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'ASSURE OU D'UN BESOIN DE GARDE DE L'ASSURE. LE SEJOUR ET/OU LES SOINS NON MEDICAUX PRESTES A DOMICILE OU DANS UNE MAISON DE REPOS, DANS UNE MAISON DE REPOS ET DE SOINS, DANS UNE MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES OU DANS UN ETABLISSEMENT DU MEME TYPE NE SONT PAS REMBOURSES.

(22)

POUR LES SOINS ET/OU ACTES RESULTAT DE L'ETAT DE DEPENDANCE DE L'ASSURE, QUE CE SOIT EN INSTITUTION OU A DOMICILE DE L'ASSURE, AINSI QUE LES FRAIS RESULTANTS DE CE PLACEMENT EN INSTITUTION.

(23)

POUR LES TRAITEMENTS, SOINS, ET ACTES PALLIATIFS DE L'ASSURE.

(24)

POUR LES VOYAGES A L'ETRANGER ENTREPRIS DANS LE BUT DE SUIVRE UN TRAITEMENT CURATIF, LE LIBRE CHOIX DES HOPITAUX ET DES MEDECINS EST UNIQUEMENT GARANTI DANS LES PAYS DE L'EUROPE. POUR LES PAYS EN DEHORS DE L'EUROPE, AUCUNE PRESTATION N'EST GARANTIE DANS CE CAS.

(25)

POUR LE TRAITEMENT DE NEVROSES OU DE PSYCHOSES DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER ET LE TRAITEMENT HOSPITALIER PARTIEL.

(26)

POUR LES FRAIS SUPPLEMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSES PAR L'ASSURE DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DEFINIE A L'ARTICLE 4.2 « AIDES VISUELLES ET CHIRURGIE REFRACTIVE » (EXEMPLES NON LIMITATIFS : PRODUITS D'ENTRETIEN DES LUNETTES OU DES LENTILLES, CARTE DE FIDELITE, FRAIS DE MONTAGE, FRAIS D'ENVOI, GARANTIE, EXTENSION DE GARANTIE, ETC...).

(27)

POUR LES FRAIS SUPPLEMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSES PAR L'ASSURE DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DEFINIE A L'ARTICLE 4.4.2 « ORTHODONTIE » ET QUI SONT LIES A L'ORTHODONTIE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : TRAITEMENT LINGUAL, BRACKETS, CP8 ORTHO, ETC...).

(28)

TOUS LES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES DE CONFORT.

(29)

POUR DES SEANCES DE COACHING OU DES THERAPIES DE COUPLE, FAMILIALE.

(30)

POUR DE L'HAPTONOMIE.

(31)

POUR DES SEMELLES DE SPORT.

(32)

POUR DES AIDES THERAPEUTIQUES LIEES A UNE ACTIVITE SPORTIVE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : GENOUILLERE, BOUCHONS D'OREILLES...)

(33)

POUR DES CONSULTATIONS, PRISES DE MESURES, TRAITEMENTS EXERCES PAR DES PEDICURES ET DES PODOLOGUES.

(34)

POUR DES THERAPIES ALTERNATIVES QUI NE SONT PAS DISPENSEES PAR DES PROFESSIONNELS LIMITATIVEMENT ENUMERES A L'ARTICLE 4.5. (EXEMPLES NON LIMITATIFS : SOPHROLOGIE, HYPNOSE, RELAXATION, ETC...)

(35)

POUR DES FRAIS DE COMMUNICATIONS, DENREES ALIMENTAIRES, PRODUITS DE CONFORT LORS D'UN TRAITEMENT CURATIF HOSPITALIER.

(27)

POUR LES FRAIS SUPPLEMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSES PAR L'ASSURE DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DEFINIE A L'ARTICLE 4.4.2 « ORTHODONTIE » ET QUI SONT LIES A L'ORTHODONTIE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : TRAITEMENT LINGUAL, BRACKETS, CP8 ORTHO, ETC...).

(28)

TOUS LES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES DE CONFORT.

(29)

POUR DES SEANCES DE COACHING OU DES THERAPIES DE COUPLE, FAMILIALE.

(30)

POUR DE L'HAPTONOMIE.

(31)

POUR DES SEMELLES DE SPORT.

(32)

POUR DES AIDES THERAPEUTIQUES LIEES A UNE ACTIVITE SPORTIVE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : GENOUILLERE, BOUCHONS D'OREILLES...)

(33)

POUR DES CONSULTATIONS, PRISES DE MESURES, TRAITEMENTS EXERCES PAR DES PEDICURES ET DES PODOLOGUES.

(34)

POUR DES THERAPIES ALTERNATIVES QUI NE SONT PAS DISPENSEES PAR DES PROFESSIONNELS LIMITATIVEMENT ENUMERES A L'ARTICLE 4.5. (EXEMPLES NON LIMITATIFS : SOPHROLOGIE, HYPNOSE, RELAXATION, ETC...)

(35)

POUR DES FRAIS DE COMMUNICATIONS, DENREES ALIMENTAIRES, PRODUITS DE CONFORT LORS D'UN TRAITEMENT CURATIF HOSPITALIER.

(36)

POUR TOUTES LES DÉPENSES ENGAGÉES À LA SUITE OU EN RELATION AVEC L'INSÉMINATION ARTIFICIELLE, LE TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ OU L'INCAPACITÉ DE PROCRÉER. CELA INCLUT TOUS LES SERVICES MÉDICAUX ET DE LABORATOIRE AINSI QUE LES MÉDICAMENTS ET PRODUITS AUXILIAIRES CORRESPONDANTS.

2.1.6.3. Paiement de la prestation par l'assureur

De manière générale, le preneur d'assurance et chaque personne assurée autorisent l'assureur à verser ses prestations directement à la personne qui lui remet ou lui envoie les preuves en bonne et due forme et sur le compte bancaire indiqué par cette personne.

S'il y a un doute justifié quant à la légitimité de cette personne, ou si le preneur d'assurance ou un assuré s'y oppose de manière expresse, l'assureur versera ses prestations uniquement au preneur d'assurance.

Les frais de maladie engagés en devise étrangère sont convertis en Euros au cours du jour du traitement ou de la prestation médicale.

2.1.6.3. Paiement de la prestation par l'assureur

De manière générale, le preneur d'assurance et chaque personne assurée autorisent l'assureur à verser ses prestations directement à la personne qui lui remet ou lui envoie les preuves en bonne et due forme et sur le compte bancaire indiqué par cette personne.

S'il y a un doute justifié quant à la légitimité de cette personne, ou si le preneur d'assurance ou un assuré s'y oppose de manière expresse, l'assureur versera ses prestations uniquement au preneur d'assurance.

Les frais médicaux sont remboursés dans la devise convenue avec la personne assurée. Les frais médicaux en devises étrangères sont convertis au taux de change en vigueur le jour de l'émission de la facture, sauf si l'assuré peut présenter un justificatif bancaire prouvant qu'ils ont été réglés à un taux de change moins avantageux pour l'assuré.

2.2.2.1. Résiliation par le preneur d'assurance

Droit de résiliation	Délais de notification de la résiliation par le preneur d'assurance		Date d'effet de la résiliation
Après la première année du contrat	A tout moment		Un mois suivant la date de réception par l'assureur du courrier de résiliation
Durant la première année d'assurance	Au moins 1 mois	Avant la date d'échéance de la prime annuelle, ou à défaut, à la date d'anniversaire de la prise d'effet du contrat.	À l'échéance
Chaque année	Dans les 20 jours	À compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance par l'assureur	Au 2ème jour ouvrable suivant la date d'envoi du courrier de résiliation mais au plus tôt à la date de reconduction du contrat
En cas de cessation de l'affiliation d'une personne assurée à l'assurance maladie légale ou en cas de changement de domicile (départ à l'étranger)	Dans les 3 mois	À compter de la date de l'événement	Un mois suivant la date de réception par l'assureur du courrier de résiliation
Durant la première année d'assurance, en cas de modification des conditions d'assurances	Dans le mois	Suivant la notification de la modification contractuelle par l'assureur	À 00.00 heure de la prochaine date d'échéance anniversaire des primes
Durant la première année d'assurance, en cas d'augmentation tarifaire	Dans les 60 jours	À compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance par l'assureur	Au deuxième jour ouvrable suivant la date d'envoi du courrier de résiliation mais au plus tôt à la date de reconduction du contrat

2.2.2.2. Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier dans les cas suivants :

Droit de résiliation	Délais de notification de la résiliation par Foyer Global Health S.A.		Date d'effet de la résiliation
Chaque année	Dans les 2 mois	Avant la date d'échéance	À l'échéance
En cas de changement de domicile (départ à l'étranger)	Dans les 3 mois	À compter de la date de l'événement	Un mois après la notification de la résiliation