

TABLEAU DES GARANTIES CONTRATS INDIVIDUELS

**ENTRÉE EN VIGUEUR
LE 1^{ER} JANVIER 2021**

Les formules Médecine courante, Dentaire 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 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)	20 000 €	16 000 €
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 Hospitalisation	Pack Premium	Pack Confort
Évacuation médicale ² <ul style="list-style-type: none"> Lorsque le traitement nécessaire n'est pas disponible localement, nous évacuons l'affilié jusqu'au centre médical adéquat le plus proche² Lorsqu'un traitement continu est requis, nous prendrons en charge les frais d'hébergement en hôtel² Évacuation en cas de sang correctement testé indisponible² Suite à la sortie d'hôpital après des soins hospitaliers, si la nécessité médicale empêche le retour immédiat, nous prendrons en charge les frais d'hébergement en hôtel (7 jours max.)² 	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Frais d'une personne accompagnant un assuré évacué ²	3 000 €	3 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation ²	2 000 €	2 000 €
Rapatriement du corps ²	10 000 €	10 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps ²	2 000 € par évènement	2 000 € par évènement
Scanographie et IRM (hospitalisation et médecine courante)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Tomographie ² et scanographie-tomographie ² (hospitalisation et médecine courante)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Oncologie ² (hospitalisation, soins de jour et médecine courante)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Achat d'une perruque, d'un soutien-gorge prothétique et autres prothèses externes à des fins esthétiques	200 € durant la vie de l'assuré	200 € durant la vie de l'assuré
Maternité ² (hospitalisation et médecine courante) (délai de carence de 10 mois)	10 000 € par grossesse	7 000 € par grossesse
Complications de grossesse et à l'accouchement ² (hospitalisation et médecine courante) (délai de carence de 10 mois)		
Traitement de la stérilité ² (délai de carence de 18 mois)	12 000 € durant la vie de l'assuré	6 000 € durant la vie de l'assuré
Accouchement à domicile	1 000 €	1 000 €
Correction visuelle au laser (limité à un traitement au cours de la vie de l'assuré)	1 500 € durant la vie de l'assuré	1 000 € durant la vie de l'assuré
Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation (par nuit) (en cas de gratuité du traitement)	150 €, 25 nuits max.	150 €, 25 nuits max.
Soins d'urgence sans hospitalisation (en cas de dépassement du plafond, les frais supplémentaires seront éventuellement pris en charge dans le cadre d'une formule Médecine Courante)	750 €	750 €
Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation (en cas de dépassement du plafond, les frais supplémentaires seront éventuellement pris en charge dans le cadre d'une formule dentaire)	750 €	750 €
Soins palliatifs ²	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins de longue durée ²	100 % des frais réels, 90 jours max. durant la vie de l'assuré	100 % des frais réels, 90 jours max. durant la vie de l'assuré

Services supplémentaires inclus

Services numériques MyHealth <ul style="list-style-type: none"> Gérez votre couverture à l'aide de notre application ou de notre portail, partout et à tout moment, que vous soyez connecté ou non. Envoyez et suivez l'avancée des demandes de remboursement. Accédez aux documents de votre police, aux services de santé, aux informations de paiement et plus encore. 	Services disponibles	Services disponibles
Olive Programme de soutien pour la santé et le bien-être d'Allianz Care (comprend « l'application de fitness HealthSteps »* et l'accès aux ressources sur le bien-être**)	Services disponibles	Services disponibles

* L'application HealthSteps est fournie par un prestataire externe (Tictrac Limited) et mise à votre disposition sous réserve de votre acceptation des conditions générales de Tictrac Limited telles qu'elles apparaissent sur l'application HealthSteps. L'application HealthSteps ne fournit pas de conseils médicaux ou de santé et elle ne saurait se substituer aux conseils, diagnostics ou traitements fournis par des professionnels. Vous comprenez et acceptez le fait qu'AWP Health & Life SA - Succursale irlandaise et AWP Health & Life Services Limited ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de l'application HealthSteps.

** Les ressources sur le bien-être contenues dans Olive sont uniquement fournies à titre d'information. Ces ressources ne doivent pas être considérées comme un substitut aux conseils médicaux, à l'évaluation physique ou psychologique, ni à l'évaluation ou aux soins que vous pourriez recevoir de votre propre médecin. Vous comprenez et acceptez le fait qu'AWP Health & Life SA - Succursale irlandaise et AWP Health & Life Services Limited ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation des services et ressources contenus dans Olive. Les évaluations en ligne ne constituent pas un diagnostic et ne peuvent se substituer à une évaluation psychologique professionnelle, ni à l'évaluation ou aux soins que vous pourriez recevoir de votre propre médecin.

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.

FORMULES MÉDECINE COURANTE

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

	Pack Premium	Pack Confort
Plafond global	Aucun plafond	25 000 €
Quotes-parts disponibles	10 % / 20 %	
Garanties Médecine Courante		
Médecins généralistes	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Spécialistes	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médicaments soumis à prescription médicale (Médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médicaments sans ordonnance	50 €	Non proposé
Soins infirmiers prescrits	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Analyses et examens médicaux	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Vaccinations	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chiropraxie, ostéopathie, homéopathie, médecine traditionnelle chinoise, acuponcture et podologie (12 séances max. par pathologie pour la chiropraxie et 12 séances max. par pathologie pour l'ostéopathie, dans la limite du plafond de garantie)	100 % des frais réels 50 € par séance	Non proposé
Kinésithérapie prescrite (12 séances max. par pathologie. Cette limite s'applique également lorsque les séances prescrites et non-prescrites sont combinées)	1 000 €	1 000 €
Kinésithérapie non prescrite	5 séances	5 séances
Séances prescrites d'orthoptie et d'ergothérapie ²	1 000 €	1 000 €
Orthophonie prescrite	500 €	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) 	1 200 €	400 €
Psychiatrie et psychothérapie (délai de carence de 18 mois)	20 séances	10 séances
Équipement médical prescrit	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Lunettes et lentilles de contact prescrites	550 €	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 RAPATRIEMENT

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

Garanties Rapatriement	Pack Premium et Pack Confort
Rapatriment sanitaire 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 couverture²Lorsqu'un traitement continu est requis, nous prendrons en charge les frais raisonnables d'hébergement en hôtel²Rapatriment en cas d'indisponibilité de sang testé de façon adéquate²Suite 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 rapatrié ²	3 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement ²	2 000 €
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
- Rapatriment 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.allianzcare.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.

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.allianzcare.com

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.allianzcare.com/fr/assurance-sante-internationale-pour-particuliers/produits-et-services/couvertures-internationales-specialisees/les-couvertures-sante-pour-la-france-le-benelux-ou-monaco.html

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