

CONDITIONS SPÉCIALES ESSENTIAL

CONDITIONS SPÉCIALES FGH ESSENTIAL

Table des matières

Base contractuelle

| | |
|--|----------------|
| I. Conditions Spéciales de Foyer Global Health Essential | 2 – 12 |
| 1. . Objet de l'assurance | 2 |
| 2. Champ d'application géographique | 2 |
| 3. Assurabilité | 3 |
| 3.1 Inclusion des antécédents médicaux ou clause moratoire | 3 |
| 3.1.1. Antécédents médicaux | |
| 3.1.2. Clause Moratoire | |
| 4. Prestations | 3 – 16 |
| 4.1. Informations générales | 3 |
| 4.2. Franchises | 3 – 4 |
| 4.2.1. Franchises | |
| 4.2.2 Prestations doublées pour la région 1 | |
| 4.3. Prestations | 4 – 15 |
| 4.3.1. Informations générales | |
| 4.3.2. Traitements stationnaires | |
| 4.3.3. Traitements ambulatoires | |
| 4.3.4. Traitements dentaires | |
| 4.4. Limitations des prestations | 15 – 16 |
| 5. Prime | 16 |
| II. Conditions d'Assistance Médicale et d'Assistance Additionnelle | 17 – 21 |
| 1. Objet des services d'Assistance Médicale et d'Assistance Additionnelle | 17 |
| 2. Champ d'application géographique | 17 |
| 3. Prestations | 17 – 20 |
| 3.1. Informations générales | 17 |
| 3.2. Assistance Médicale | 17 – 19 |
| 3.3. Assistance Additionnelle | 19 – 20 |
| 4. Prime | 21 |
| III. Glossaire | 18 – 20 |



I. Conditions Spéciales de Foyer Global Health Essential

1. Objet de l'assurance

Les termes en majuscule sont définis dans le glossaire annexé aux présentes conditions spéciales.

L'Assureur octroie des prestations en cas de maladie, de blessures corporelles ou d'évènements entraînant un sinistre, conformément aux dispositions énoncées dans la Police d'Assurance.

En cas de sinistre, l'Assureur garantit le remboursement des frais de traitement et d'autres prestations convenues pour chacun des assurés désignés dans la Police d'Assurance selon les conditions, limites et exclusions prévues dans la Police d'Assurance

2. Champ d'application géographique

La Police d'Assurance couvre les sinistres survenant dans les Régions suivantes :

- ▶ Région 1 : monde entier y compris les États-Unis
- ▶ Région 2 : monde entier à l'exclusion des États-Unis

Un sinistre est considéré comme survenant dans une région donnée si la maladie ou les lésions corporelles à l'origine du sinistre surviennent pendant que l'assuré est physiquement présent dans la région concernée, que le traitement médical lié, ait été suivi ou reçu dans cette région ou non.

Si la Police d'Assurance concerne la région 2 : monde entier à l'exclusion des États-Unis et que l'assuré voyage temporairement en dehors de la Région 2, la couverture d'assurance et les prestations associées accordées au titre de la Police d'Assurance ne s'appliquent qu'en cas d'urgences, d'accidents ou en cas de décès et pour une durée maximum de six semaines.

Les sinistres survenant au cours d'un voyage, dans le but de recevoir un traitement dans une région non convenue ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Tout changement du pays de résidence habituel d'un assuré doit, comme toute modification des informations fournies précédemment à l'Assureur, être déclaré immédiatement à l'Assureur.

3. Assurabilité

Les personnes résidant temporairement à l'étranger pendant au moins 3 mois consécutifs sont assurables.

Les personnes résidant de manière permanente aux États-Unis sont exclues de la couverture d'assurance et des prestations prévues par le contrat et ne peuvent devenir ni un assuré ni un preneur d'assurance.

Si le preneur d'assurance ou un assuré s'installe de manière permanente aux États-Unis pendant la durée du contrat, l'assureur peut résilier le contrat.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance change de pays de résidence pendant la durée du contrat, l'assureur peut, au cas par cas, décider si le contrat peut être maintenu, modifié ou résilié, conformément à la législation applicable.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance change de pays de résidence pendant la durée du contrat, l'assureur peut, au cas par cas, décider si le contrat peut être maintenu, modifié ou résilié, conformément à la législation applicable.



3.1. Inclusion des antécédents médicaux ou clause moratoire

Dans le Formulaire de Demande d'adhésion, le Souscripteur d'Assurance peut opter pour l'inclusion des antécédents médicaux sur la base d'une évaluation des risques de santé ou la clause moratoire.

3.1.1. Antécédents médicaux

Afin de permettre à l'Assureur de décider d'inclure ou non les conditions préexistantes dans la Police d'Assurance, l'assuré doit répondre à toutes les questions du questionnaire médical figurant dans le formulaire d'adhésion de manière sincère et exhaustive. Sur base de ces éléments, l'assureur vérifie la possibilité de couvrir la maladie préexistante à la date de prise d'effet de la Police d'Assurance. En fonction des informations fournies dans le questionnaire médical et de l'évaluation exhaustive des risques effectuée par l'assureur, ce dernier peut ajuster la police d'assurance en modifiant les termes et conditions ou en ajoutant des termes et conditions supplémentaires, appliquer une surprime, ou refuser de conclure la police d'assurance pour l'assuré concerné. Toute maladie survenue entre la signature du formulaire d'adhésion et la signature des conditions particulières sera considérée comme une condition préexistante.

3.1.2. Clause Moratoire

Si l'Assuré a moins de 55 ans et ne souhaite pas être soumis à l'examen médical et à l'évaluation des risques de santé mentionnés à l'article 3.1.1 des présentes Conditions Spéciales afin de bénéficier de la Police d'Assurance, il peut choisir un « moratoire ».

Si l'assuré est éligible au moratoire, conformément au paragraphe précédent, et opte pour un moratoire afin d'inclure des conditions préexistantes dans la Police d'Assurance, celle-ci devient effective et couvre toute condition médicale dont l'assuré a souffert au cours des 5 années précédant la conclusion de la Police d'Assurance, après un délai d'attente continue de 2 ans ; à condition que l'assuré n'ait pas souffert, subi ou reçu de traitement médical ni présenté de symptômes pour la condition préexistante pertinente au cours de ce délai d'attente. Si au cours du délai d'attente de 2 ans, l'assuré subit, souffre ou reçoit un traitement médical ou présente des symptômes pour la condition préexistante concernée, un nouveau délai d'attente additionnelle de 2 ans au cours de laquelle l'assuré ne doit pas subir, souffrir, ni recevoir de traitement médical, ni présenté de symptômes pour la condition préexistence concernée, commencera à courir à partir de la date à laquelle le traitement médical ou les symptômes concernés ont été subis, ou reçus.

4. Prestations

4.1. Informations générales

Sauf accord contraire, L'Assureur rembourse les frais médicaux éligibles à hauteur de 100 %, tels que décrits et énoncés dans les présentes conditions spéciales.

4.2. Franchises

Sauf accord contraire prévu dans la Police d'Assurance et en fonction du plan d'assurance souscrit et des termes de la Police d'Assurance, l'Assureur rembourse les frais médicaux éligibles, dépassant la franchise, à hauteur de 100 %, jusqu'à un plafond annuel maximal spécifié dans les présentes Conditions Spéciales.



4.2.1. Franchises

Le plan Global Health Exclusive comporte les variantes de Franchises suivantes :

- ▶ 0 euro
- ▶ 250 euros
- ▶ 500 euros
- ▶ 1 000 euros

La Franchise est applicable par Année d'Assurance et par Assuré, et uniquement pour les traitements ambulatoires tels que définis dans la clause 4.3.3. Si l'Assuré a convenu d'une Franchise avec l'Assureur, l'Assureur rembourse 100 % des dépenses médicales éligibles au titre des traitements ambulatoires, après déduction de la Franchise convenue.

Les dépenses médicales sont imputées à l'Année d'Assurance au cours de laquelle le médecin ou Praticien a été consulté, ou au cours de laquelle le Traitement Médical a été dispensé.

4.2.2. Prestations doublées pour la Région 1

Si la Police d'Assurance couvre la Région 1 (c.-à-d. le monde entier y compris les États-Unis), les limites et les montants maximaux énoncés aux articles 4.3.2, 4.3.3 et 4.3.4 des présentes Conditions Spéciales sont doublés.

Si une prestation est limitée à un certain nombre de jours ou de sessions, ou si une Franchise a été convenue dans le cadre de la Police d'Assurance, cette limite et cette Franchise ne seront pas affectées par les dispositions du paragraphe précédent.

4.3. Prestations

4.3.1. Informations générales

L'Assuré est libre de choisir tout médecin ou Praticien à la condition qu'il soit établi et muni d'une autorisation d'exercice valable et en cours de validité en rapport avec la maladie ou le dommage corporel subi.

Les prestations accordées au titre du contrat comprennent le remboursement des frais médicaux et des dépenses engagées pour un Traitement Médical, sous réserve des présentes Conditions Spéciales et de la Police d'Assurance.

Les frais médicaux encourus au titre du Traitement Médical fourni par des médecins et des Praticiens (y compris les conseils et traitements fournis par des Dentistes), sont couverts dans la Police d'Assurance dans la mesure où ces frais sont conformes aux taux des frais médicaux habituellement pratiqués dans le pays où ils sont encourus. La Police d'Assurance peut également couvrir les frais médicaux qui dépassent ces taux, si les frais en question sont justifiés et raisonnables au regard de la Maladie ou du Dommage corporel subi(e). Dans le cas de Praticiens pour lesquels il n'existe pas de taux de frais communs pour les dépenses dans le pays où elles sont encourues, l'Assureur se fonde sur la rémunération comparable des médecins, si elle est disponible, ou sur le niveau général des prix applicable dans le pays concerné.

En cas de remboursement des interventions et de matériaux dentaires techniques de laboratoire, l'Assureur utilise les prix moyens appliqués à cet égard dans le pays où le traitement en question est dispensé.

Les prothèses dentaires, les Implants Dentaires et l'orthodontie sont couverts par la Police d'Assurance s'ils sont effectués par un Médecin ou Praticien (y compris par un Dentiste), sans être considérés comme un traitement en ambulatoire ou hospitalier du patient au sens des présentes Conditions Spéciales.

La Police d'Assurance couvre les Traitements Médicaux qui sont reconnus par la Médecine Conventionnelle.



4.3.2. Traitements stationnaires

Aperçu

Les Traitements Médicaux suivants sont couverts par la Police d'Assurance, en tant que traitement du patient hospitalisé, sous réserve de la description détaillée des avantages pertinents consentis énoncés ci-dessous :

Prestations hospitalières, hébergement et soins en chambre simple ou double

Services médicaux (y compris de pathologie, radiologie, tomographie par émission de positons, Imagerie par Résonance Magnétique, Tomographie par Émission de Positons, Soins Palliatifs).

Frais hospitaliers, y compris la salle d'opération, les soins intensifs et analyses de laboratoire

Chirurgie et anesthésie

Chirurgie sur le patient ambulant au lieu d'un traitement du patient hospitalisé

Médicaments et Pansements

Kinésithérapie

Thérapies, y compris l'ergothérapie, la luminothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, cataplasmes, bains médicaux, la cryothérapie, thermothérapie, l'électrothérapie

Aides et appareils thérapeutiques

États congénitaux

Thérapie et médication du cancer, y compris la chirurgie de reconstruction après un Cancer du sein

Transplantation de moelle osseuse ou d'organe (frais à la fois pour les donateurs et les receveurs)

Traitement psychiatrique

Hébergement des parents pendant le traitement d'un mineur hospitalisé de moins de 18 ans.

Soins infirmiers à domicile et aide à domicile au lieu d'un séjour à l'hôpital

Avantage remboursement hospitalier de substitution pour les traitements n'ayant pas fait l'objet d'une demande de prestation auprès de l'assureur

Rééducation de suivi du patient hospitalisé

Hospice

Soin hospitalier de jour

Transport jusqu'à l'hôpital le plus proche adapté aux soins primaires après un Accident ou en Cas d'Urgence

Descriptions détaillées des Avantages

Prestations hospitalières, hébergement et soins en chambre simple ou double

L'Assuré peut librement choisir l'hôpital où il doit recevoir le Traitement Médical. Le Traitement Médical en hôpital signifie tout Traitement Médical au cours duquel l'Assuré est admis dans un hôpital pour au moins 24 heures afin d'y recevoir le Traitement Médical pertinent.

Lorsque le Traitement Médical est effectué dans des hôpitaux fournissant aussi un Traitement en Sanatorium, la Police d'Assurance couvre uniquement les traitements qui entrent dans la catégorie Traitement Médical, sauf là où l'Assureur a approuvé par écrit d'autres traitements avant le Commencement du Traitement.

La Police d'Assurance couvre l'ensemble du traitement médical reçu en tant que traitements stationnaires, sans limite de temps, à condition que l'Assureur soit contacté et informé du séjour hospitalier et du Traitement Médical concerné avant l'admission à l'hôpital, ou dans les trois jours calendaires suivants l'admission.



Services médicaux y compris pathologie, radiologie, tomодensitométrie, IRM, TEP et Soins Palliatifs

La Police d'Assurance couvre toutes les dépenses engagées pour tout traitement médical stationnaire, comprenant les examens, les diagnostics et la thérapie.

Frais hospitaliers, y compris salle d'opération, soins intensifs et laboratoire

L'Assureur rembourse les frais liés à l'utilisation d'infrastructures spécialisées telles que les salles d'opération, les unités de soins intensifs et les laboratoires.

Chirurgie et anesthésie

L'Assureur rembourse les frais liés à la chirurgie tels que, par exemple, l'anesthésie, l'utilisation d'équipements spéciaux et les services médicaux.

Les frais liés à la chirurgie ambulatoire sont également éligibles aux prestations prévues dans la Police d'Assurance, dès lors que cette chirurgie ambulatoire remplace un traitement stationnaire.

Chirurgie ambulatoire remplaçant un séjour stationnaire

L'Assureur rembourse les frais de traitement médical ambulatoire, qui peut être effectué dans un cabinet médical ou dans un hôpital, mais qui ne requiert aucun séjour stationnaire consécutif de nuit.

Médicaments et bandages

Pour pouvoir être couverts par la Police d'Assurance, les Médicaments et bandages doivent avoir été prescrits par une Autorité Médicale compétente à l'hôpital lors d'une Hospitalisation. En outre, les Médicaments doivent avoir été obtenus dans une pharmacie ou une officine agréée par les autorités compétentes.

Les Médicaments d'Homéopathie classiques sont également considérés comme des Médicaments à part entière entrant dans la catégorie des traitements médicaux.

Les produits alimentaires, les fortifiants, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les produits d'hygiène et de soin du corps ainsi que les sels de bain ne sont pas considérés comme des Médicaments et ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Physiothérapie, y compris massages

Pour pouvoir être couverts par la Police d'Assurance, la physiothérapie et les massages doivent avoir été prescrits par une Autorité Médicale compétente de l'hôpital dans le cadre de soins médicaux hospitaliers. En outre, ils doivent être fournis par une Autorité médicale. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des soins médicaux et doit mentionner le diagnostic, le type et le nombre de séances.

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

Pour pouvoir être couvertes par la Police d'Assurance, les thérapies physio-médicales doivent avoir été prescrites par un médecin de l'hôpital dans le cadre d'un traitement médical stationnaire. En outre, ces soins doivent être effectués par un médecin ou un thérapeute qualifié et certifié. L'ordonnance doit être délivrée avant le début du Traitement et doit mentionner le diagnostic, le type et le nombre de séances.



Aides et appareils thérapeutiques

La Police d'Assurance couvre les frais encourus au titre d'aides et appareils thérapeutiques servant de dispositif vital, ou qui atténuent ou compensent des handicaps physiques, tels que des stimulateurs cardiaques et des membres artificiels/prothèses (dentiers exceptés). Ces dispositifs doivent être ajustés pendant le séjour hospitalier du patient et rester dans ou sur son corps.

Les frais de réparation de ces aides médicales sont également éligibles aux prestations selon les conditions susmentionnées.

Maladies congénitales

La Police d'Assurance couvre les frais de Traitement Médical lié aux conditions congénitales, pour tous les troubles ou maladies diagnostiqués à la naissance, les anomalies, les malformations à la naissance, les erreurs commises pendant l'accouchement, la prématurité et les malformations, y compris les maladies y afférentes, jusqu'à un montant maximal de 100 000 euros pendant la vie entière de l'assuré.

Traitement du cancer, Médicaments et soins oncologiques, y compris la chirurgie reconstructive après un Cancer du sein

Dans le cadre d'un traitement stationnaire, la police d'assurance couvre les dépenses médicales encourues en cas de Traitement Médical du Cancer, telles que les services médicaux, les tests de diagnostic, les médicaments, la radiothérapie, la chimiothérapie, et les frais hospitaliers.

Transplantation de moelle osseuse ou d'organe (frais à la fois pour les donneurs et les receveurs)

En cas de transplantation de moelle osseuse ou d'organe (par exemple cœur, rein, foie, pancréas), l'assureur couvre les dépenses médicales d'un Assuré agissant aussi bien comme receveur que comme donneur, jusqu'à un montant total de 150 000 euros sur la durée de vie totale de l'Assuré.

Sont ainsi couvertes les dépenses associées à une obtention d'organe auprès d'un donneur, les frais de transport de l'organe jusque sur le site du receveur, ainsi que les dépenses liées à un possible séjour hospitalier du donneur. Les frais de recherche d'un organe ou d'un donneur compatible sont exclus.

Traitement psychiatrique

La police d'assurance couvre les dépenses de services psychiatriques dans le cadre d'un Traitement Médical stationnaire, à condition que l'Assureur ait donné son autorisation préalable écrite avant le début du Traitement.

Un délai d'Attente de 10 mois s'applique à cet égard.

Hébergement des parents pendant le traitement d'un mineur hospitalisé de moins de 18 ans.

L'assureur couvre les frais supplémentaires au titre de la présence prescrite d'un parent au chevet d'un Assuré âgé de moins de 18 ans et admis pour un traitement hospitalier.

Soins infirmiers à domicile et aide à domicile à la place d'un séjour à l'hôpital

L'assureur couvre les dépenses au titre de soins infirmiers à domicile et d'aide à domicile prescrits, dispensés par des personnes qualifiées et formées, en remplacement d'un séjour hospitalier médicalement recommandé, ou dans le but de raccourcir la durée d'un tel séjour. Les soins infirmiers à domicile comprennent l'aide à domicile sous forme d'aide à l'accomplissement des tâches répétitives de la vie quotidienne, telles que faire les courses, la cuisine, nettoyer le domicile, laver la vaisselle, laver le linge, ainsi que veiller à maintenir le confort du domicile.

* Les montants cités valent – sauf spécification autre – par Assuré et par Année d'Assurance



Les soins infirmiers à domicile ne sont pas considérés comme Traitement Médical, mais ils n'en sont pas moins couverts par la Police d'Assurance en plus du Traitement Médical dans la mesure où la prestation consiste en un remboursement des dépenses encourues pour un maximum de 30 jours par séjour à l'hôpital par Année d'Assurance, et à condition que l'Assureur ait donné son autorisation préalable écrite d'une telle extension de la couverture d'assurance et des prestations.

Indemnités journalières pour un séjour hospitalier effectué sans demande de remboursement

Si l'assuré ne réclame pas auprès de l'Assureur le remboursement du Traitement Médical hospitalier, l'assureur verse des indemnités journalières d'un montant de 75 euros par jour prescrit de séjour à l'hôpital.

Rééducation de suivi en hôpital

L'assureur rembourse les frais de rééducation de suivi en hôpital prescrits, servant à poursuivre un traitement médical hospitalier, par exemple après un acte chirurgical de pontage, une crise cardiaque, une transplantation d'organe, une opération sur de grands os et articulations, etc; à condition que l'assureur ait donné son accord préalable écrit.

Les cures et séjours en centre de cure, balnéothérapie, sanatorium et maisons de repos, ainsi que dans les maisons médicalisées ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Les prestations de rééducation de suivi du patient hospitalisé consiste en un remboursement des frais encourus avec un maximum de 21 jours par séjour à l'hôpital.

La Rééducation de suivi du patient hospitalisé doit commencer 2 semaines après avoir quitté l'hôpital, sauf accord écrit contraire écrit avec l'Assureur.

Centre de soins palliatifs (Hospice)

Dès lors qu'un traitement ambulatoire au foyer ne peut être prodigué à l'assuré ni chez lui ni chez un membre de sa famille l'assuré et à la condition que le centre de soins palliatifs travaille en collaboration avec des infirmiers et des médecins ayant de l'expérience en soins palliatifs et qu'il soit placé sous la responsabilité professionnelle d'un(e) infirmier(e), ou de tout autre spécialiste qualifié, disposant de plusieurs années d'expériences en soins palliatifs ou d'une formation correspondante et pouvant attester d'une formation en tant que responsable personnel soignant ou à des fonctions de direction .

La Police d'Assurance couvre les frais d'hébergement, de nourriture, de soins et de soutien dans un centre de soins palliatifs sous réserve des conditions ci-dessous.

Pour que les prestations de soins, entièrement ou partiellement stationnaires, en centre de soins palliatifs soient accordées, il faut que l'assuré souffre d'une maladie :

- qui évolue progressivement, c'est-à-dire qui s'aggrave progressivement et qui a déjà atteint un stade très avancé ;
- pour laquelle la guérison étant impossible, des Soins Palliatifs stationnaires sont nécessaires et qui ne laisse entrevoir qu'une espérance de vie de quelques semaines ou de quelques mois.

Les prestations de centre de soins palliatifs sont, entre autres, consentis pour ce qui suit :

- Cancer à un stade avancé.
- État entièrement déclaré du Sida en tant que maladie infectieuse.
- Maladie du système nerveux s'accompagnant d'une paralysie progressive irrémédiable.
- Stade final d'une maladie rénale, hépatique, cardiaque, du tube digestif ou pulmonaire.

Les prestations relatives aux dépenses d'Hospice sont limitées à un séjour d'au maximum 5 semaines pour la durée du contrat.



Traitement (partiellement hospitalier) à l'hôpital de jour

Le traitement hospitalier de jour signifie un Traitement Médical reçu dans un hôpital sans nuitée à l'hôpital.

Un traitement partiellement hospitalier signifie un séjour dans une clinique ou un hôpital de jour ou de nuit dans laquelle/lequel le patient séjourne le jour ou la nuit, mais pour lequel la base d'hospitalisation d'un jour entier (24 heures) n'est pas nécessaire.

Dans les deux cas, la durée du séjour à l'hôpital est comprise entre 8 et 24 heures, et ne doit pas dépasser 24 heures.

Transport jusqu'à l'hôpital le plus proche, équipé pour prodiguer les premiers soins après un Accident ou en Cas d'Urgence

L'Assureur couvre les frais de transport raisonnables vers l'hôpital approprié le plus proche, ou vers l'établissement médical le plus proche.

4.3.3. Traitement du patient ambulat

Aperçu

Les Traitements Médicaux suivants sont couverts par la Police d'Assurance, en tant que traitement ambulatoire, sous réserve de la description détaillée des prestations accordées énoncées ci-dessous :

Services médicaux y compris pathologie, radiologie, tomodensitométrie, IRM TEP et Soins Palliatifs

Thérapie contre le cancer, médicaments et prestations médicales d'Oncologie

Maladies congénitales

Acupuncture, Homéopathie, Ostéopathie et Chiropraxie, y compris les Médicaments et bandages

Traitement psychiatrique

Médicaments et Bandages

Médicaments en vente libre

Physiothérapie, massage inclus

Aides et appareils thérapeutiques

Transport vers le médecin ou l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins après un Accident ou en Cas d'Urgence par des services de secours reconnus, en utilisant des moyens de transport adaptés à la situation

Descriptions détaillées des Avantages

Services médicaux (examens, diagnostics y compris de pathologie, radiologie, tomodensitométrie, IRM, TEP et Soins Palliatifs)

La Police d'Assurance couvre toutes les dépenses engagées pour le traitement médical ambulatoire pour les examens, diagnostics et thérapies.

Les prestations consistent, entre autres, en un remboursement des frais de pathologie, radiologie, tomodensitométrie, IRM, TEP, chimiothérapie et d'autres services médicaux d'oncologie (Cancer) ainsi que des Mesures Prophylactiques.

Thérapie contre le Cancer, Médicaments et prestations médicales d'Oncologie

L'assureur couvre les mesures nécessaires à l'examen, au diagnostic et à la thérapie, la chimiothérapie et les prestations médicales d'oncologie dans le cadre de prestations ambulatoires.



Maladies congénitales

L'assureur couvre les dépenses au titre d'un Traitement Médical en lien avec des états congénitaux jusqu'à un montant maximal de 100 000 euros pour toute la durée de vie de l'assuré.

Sont ainsi couverts les troubles ou maladies diagnostiqués à la naissance, anomalies, défauts et malformations à la naissance, erreurs commises pendant la naissance, prématurité et malformations à la naissance, y compris des maladies y afférentes.

Acupuncture, homéopathie, ostéopathie et chiropraxie, y compris les médicaments et bandages

L'assureur rembourse les frais de traitement médicaux uniquement si le traitement est assuré par des médecins ou autres thérapeutes en mesure de prouver qu'ils sont en possession des diplômes correspondants et qui sont autorisés à pratiquer selon les autorités compétentes dans le pays dans lequel le traitement est dispensé jusqu'à un montant maximum de 1000* euros par assuré et par année d'assurance.

Les médicaments et bandages prescrits par ces médecins ou praticiens dans le cadre du traitement médical concerné sont également couverts par la Police d'Assurance.

Traitement psychiatrique

L'assureur couvre les dépenses au titre de traitement psychiatrique jusqu'à un maximum de 1 000 euros par assuré et par année d'assurance, à condition que l'Assureur ait donné son autorisation préalable écrite avant le début du Traitement.

Un délai d'Attente de 10 mois s'applique.

Médicaments et bandages

Pour pouvoir être couverts par la Police d'Assurance, les Médicaments et bandages doivent avoir été prescrits par un médecin, un praticien, un dentiste ou une autorité médicale compétente. En outre, les Médicaments doivent avoir été obtenus auprès d'une pharmacie ou d'une officine agréée.

Les produits alimentaires, les fortifiants, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les produits d'hygiène et de soin du corps ainsi que les sels de bain ne sont pas considérés comme des Médicaments et ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Médicaments en vente libre

Les médicaments en vente libre peuvent être achetés sans ordonnance ; ils sont destinés à traiter les symptômes de maladies courantes pour lesquelles l'Assuré n'a pas nécessairement besoin de consulter un médecin.

La Police d'Assurance couvre les dépenses de médicaments en vente libre jusqu'à un montant maximal de 50 euros par assuré et par Année d'Assurance.

Physiothérapie, massage inclus

Il s'agit des services médico-physiques (kinésithérapie et thérapie par l'exercice, massages médicaux), qui sont disponibles sur ordonnance. En outre, ils doivent être fournis par un médecin ou un thérapeute qualifié et certifié. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début du traitement et doit mentionner le diagnostic, le type et le nombre de séances.

Les Avantages accordés dans la Police d'Assurance consistent en un remboursement des frais pour un maximum de 15 sessions par Assuré par Année d'Assurance



Aides et appareils thérapeutiques

L'assureur couvre les frais encourus aux fins du Traitement Médical ambulatoire pour des appareils orthopédiques et prothétiques, ainsi que les dispositifs matériels jusqu'à 750 euros*, utilisées pour prévenir des handicaps physiques ou directement pour atténuer ou compenser ces handicaps. Les dispositifs médicaux doivent être prescrits par un médecin et ne doivent pas entrer dans la catégorie des biens de consommation grand public.

Sont ainsi considérées comme dispositifs médicaux dans le cadre d'un traitement médical ambulatoire : les Bandages, ceintures, semelles orthopédiques, béquilles, prothèses auditives, bas de contention, membres artificiels/prothèses (à l'exception des prothèses dentaires), assises et matelas de chaise-longue et de siège, dispositifs de soutien du tronc, dispositifs de soutien des bras et des jambes et équipement de phonation (larynx électronique).

Les dispositifs médicaux suivants sont couverts par la Police d'Assurance uniquement après l'accord préalable écrit donné par l'Assureur : Fauteuils roulants, moniteurs de surveillance cardiaque et respiratoire, pompes de perfusion, inhalateurs, appareils à oxygène et moniteurs de surveillance pour les nourrissons.

Les autres dispositifs ne sont pas considérés comme des dispositifs couverts par la Police d'Assurance.

Les frais de réparation des dispositifs couverts en vertu de la Police d'Assurance peuvent bénéficier d'un remboursement sous réserve des termes et conditions susmentionnés.

Les dépenses de fournitures sanitaires telles que les coussins chauffants et appareils de massage par exemple, ainsi que les frais associés à leur utilisation et à leur entretien, ne sont pas couverts par la Police d'Assurance

Transport jusqu'à l'hôpital le plus proche adapté aux soins primaires après un accident ou en cas d'urgence

La Police d'Assurance couvre les dépenses de transport jusqu'à l'hôpital disponible adapté le plus proche pour les soins primaires après un Accident ou en Cas d'Urgence.

4.3.4. Traitement dentaire

Aperçu

Les traitements dentaires suivants sont couverts en tant que Traitements Médicaux par la Police d'Assurance, sous réserve de la description détaillée des Avantages pertinents consentis énoncés ci-dessous :

Vue d'ensemble des traitements dentaires

Traitement dentaire d'urgence

- Pulpotomie/ Pulpectomie
- Simples obturations

Descriptions détaillées des Avantages

Traitement dentaire d'urgence

Un traitement dentaire d'urgence est un traitement reçu dans un service de chirurgie dentaire ou au service des urgences d'un hôpital pour apporter un soulagement immédiat de la douleur dentaire provoquée par un accident ou par une blessure à une dent naturelle saine, y compris une Pulpotomie ou Pulpectomie et l'obturation



subséquentes. Cela n'inclut pas toute forme de prothèse dentaire, de restaurations permanentes ou de poursuite du traitement du canal radiculaire. Le traitement doit être reçu dans les 24 heures consécutives à la situation d'urgence.

L'assureur remboursera ces services jusqu'à un montant de 500 euros* par année d'assurance.

4.4. Limitations des prestations

La couverture d'assurance prévue par la Police d'Assurance ne s'étend pas aux Maladies et aux Blessures Corporelles, y compris leurs conséquences, ni au décès, découlant de la guerre, d'opérations militaires, du service militaire, des émeutes et troubles civils, sauf s'ils sont expressément inclus et explicitement couverts dans la police d'assurance.

La Police d'Assurance ne couvre pas les Traitements Médicaux pour les Maladies ou les Blessures Corporelles sciemment auto-infligées, ni les Traitements Médicaux en lien avec la toxicomanie.

Sauf accord contraire avec l'Assureur expressément écrit, la Police d'Assurance ne couvre pas les frais de Traitements en Sanatorium, les cures, ainsi que les traitements ou rééducations dans des établissements balnéaires.

La Police d'Assurance ne couvre pas le Traitement Médical du/de la conjoint(e), des parents ou enfants du Preneur d'assurance ou de l'Assuré.

La Police d'Assurance ne couvre pas la tentative de suicide.

Pour tout traitements effectués par des médecins, praticiens, dentistes, naturopathes ou dans des hôpitaux pour lequel l'assureur a, de manière valable, refusé l'octroi de prestations, aucune prestation n'est dûe. Si le traitement n'est pas encore terminé au moment de la demande de remboursement, il n'existe aucune obligation de rembourser les frais survenus plus de trois mois après la déclaration - concernée.

La Police d'Assurance ne couvre pas l'hébergement dû à la dépendance (soins de longue durée) ou d'un placement.

La Police d'Assurance ne couvre aucune dépense liée à la production de rapports médicaux, de récapitulatifs de traitements et de dépenses que le Preneur d'Assurance ou les Assurés sont tenus de fournir.

La Police d'Assurance ne couvre pas la perte d'autonomie de l'Assuré ainsi que toute dépense engagée en raison d'une nécessité de surveillance permanente. La Police d'Assurance ne couvre aucune dépense encourue en lien avec le séjour au domicile et/ou avec la réception de soins non médicaux au domicile ou dans une maison de convalescence ou similaire ou dans un établissement psychiatrique ou similaire.

En cas de dépassement de ce qui est médicalement nécessaire pour tout traitement médical ou autre soin prodigué à l'Assuré, les prestations seront limitées à la partie des soins ou du traitement qui est Médicalement Nécessaire, entrant dans la catégorie Traitement Médical couvert en vertu de la Police d'Assurance. Une diminution des prestations consenties en vertu de la Police d'Assurance s'appliquera également si des sommes excessives (comparé au niveau général des prix applicables dans le pays concerné) sont facturées au titre d'un Traitement Médical.

Les Demandes de remboursement d'une prestation ou d'une partie de prestation effectuées avant la Date de Prise d'Effet ou pendant le délai d'Attente seront exclues de la couverture et des prestations accordées en vertu de la Police d'Assurance.



La Police d'Assurance ne couvre pas le traitement, par la voie opératoire et hormonale, des caractéristiques sexuelles biologiques du sexe opposé.

La Police d'Assurance *ne couvre pas* le traitement ou la chirurgie destiné(e) à corriger la vision, par exemple par laser, kératectomie réfractive (KR) et photo kératectomie réfractive (PKR). Toutefois, la Police d'Assurance couvre bien la correction de la vision lorsque le trouble de la vision est causé par une maladie ou blessure corporelle.

5. Prime

La prime est définie après la signature du Formulaire d'adhésion, en tenant compte du pays dans lequel les Assurés ont leur résidence habituelle.

Si l'Assuré change de de résidence habituelle pendant la durée d'une police d'assurance, les primes sont ajustées immédiatement.

Si après un anniversaire, l'Assuré entre dans une autre catégorie d'âges, la prime sera ajustée sur base de la nouvelle catégorie d'âges.

Les ajustements susmentionnés seront mis en œuvre conformément aux dispositions des Conditions Générales et aux dispositions légales applicables.

Le montant de la prime applicable à la Police d'Assurance est indiqué dans les Conditions Particulières.



II. Conditions d'Assistance Médicale et d'assistance supplémentaire

En association avec un produit d'assurance santé de Foyer Global Health

1. Objet des d'Assistance Médicale et d'Assistance Additionnelle

L'assureur fournit les services d'assistance médicale et d'assistance supplémentaire dans le cadre des traitements médicalement nécessaires pour les maladies, les accidents, notamment les urgences, et les autres événements.

2. Champ d'application géographique

Les services d'assistance médicale et d'assistance supplémentaire sont valables dans le monde entier.

3. Prestations

3.1. Informations générales

Sauf dispositions contraires, l'assureur fournit les prestations d'Assistance Médicale et d'Assistance supplémentaire selon le type et l'étendue des prestations conformément aux aperçus des services d'assistance médicale et d'assistance supplémentaire suivants.

3.2. Services d'Assistance Médicale

Les services d'assistance médicale et d'assistance supplémentaire peuvent être souscrits uniquement en association avec un produit d'assurance santé de Foyer Global Health.

Aperçu

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

Transport en ambulance et rapatriement médicalement nécessaire

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

Soutien et information (second avis, suivi de l'évolution de la maladie)

Garantie de prise en charge, notamment en préparation d'un séjour à l'hôpital

Versement d'une avance

Assistance et information sur les termes médicaux, le type, les causes et les options de traitement/ thérapie possibles pour la maladie

Assistance pour l'organisation d'un entretien de « médecin à médecin »

Information sur le choix du médicament prescrit, les préparations comparables et leurs effets secondaires

Assistance et conseils médicaux avant un voyage (vaccinations, constitution d'un kit de premiers secours)

Description détaillée des prestations

Service d'assistance téléphonique et pare-mail 24 h/24, avec des conseillers, médecins et spécialistes expérimentés

L'assistance médicale est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 365 jours par an, en appelant la ligne d'assistance médicale.



Transport en ambulance et rapatriement médicalement nécessaire

Ce service couvre les frais de transport en ambulance médicalement justifiés et nécessaires ainsi que le transport de retour, dans le pays de résidence de l'assuré ou vers un lieu transfrontalier. Les frais d'accompagnement médicalement justifié et nécessaire pendant le transport sont également inclus dans le service fourni.

L'assureur couvre les frais de transport en ambulance et rapatriement si les conditions suivantes sont réunies :

- ▶ L'hôpital qui fournit le traitement ne dispose pas de normes d'hygiène adéquate ou les soins médicaux dispensés sont inadéquats.
- ▶ Le transport en ambulance ou le rapatriement doivent être mandatés par le médecin traitant et
- ▶ L'assureur doit avoir approuvé le remboursement de ses frais au préalable.
- ▶ Le service ambulancier et le transport de retour vers un hôpital adapté pour fournir un traitement avancé seront effectués après que cela aura été convenu entre le médecin responsable et l'assureur.
- ▶ Sous réserve d'un accord avec l'assureur, le rapatriement peut également être effectué vers : le lieu de résidence actuelle de l'assuré ou vers le dernier lieu de résidence permanente ou vers le pays d'origine, si l'événement assuré s'est produit en dehors du pays de résidence.

Information sur les infrastructures médicales/les soins médicaux avec prise en compte de la langue requise

- ▶ Désignation de médecins, de consultants hospitaliers, d'hôpitaux et d'hôpitaux spécialisés dans la région environnante de l'assuré, en particulier eu égard à la langue requise.
- ▶ Conseils et assistance lors de la sélection d'un lieu de traitement en cas de transfert/changement, médicalement nécessaire, de prestataire de soins.

Support et information (second avis, surveillance de l'évolution de la maladie)

- ▶ Support et organisation d'un second avis médical (diagnostics médicales) émis par un spécialiste du domaine médical concerné, en cas de maladies menaçant la vie et de problèmes de santé graves.
- ▶ Assistance dans le choix du spécialiste et de l'hôpital, de l'organisation de l'admission et de la sortie de l'hôpital de l'assuré.
- ▶ Organisation et support à la surveillance de l'évolution de la maladie/ de la guérison par des médecins et des interlocuteurs de l'assureur.

Garantie de paiement des frais, notamment en préparation d'un séjour à l'hôpital

- ▶ Émission d'une garantie de paiement des frais, p. ex. en cas de traitement hospitalier planifié.
- ▶ Possibilité de règlement direct des frais avec le médecin / l'hôpital traitant.

Versement d'une avance

Versement d'une avance à l'Assuré si le fournisseur de soins et/ou l'hôpital n'acceptent que les règlements comptants.

Assistance et information sur les termes médicaux, le type, les causes et les options de traitement/ thérapie possibles pour la maladie

Conseils, explications sur des termes médicaux, des questions médicales liées à la maladie de l'assuré, notamment des causes et des possibilités de traitement/formes de thérapie d'une maladie.

Support pour l'organisation d'une discussion entre médecins

En cas de maladie ou d'aggravation de l'état de santé, p. ex. en cas de troubles chroniques, l'assureur aide à organiser une discussion entre médecins p. ex. entre le médecin du patient dans le pays de départ/ d'origine et celui dans le pays de résidence.



Assistance dans le choix de la médication prescrite, de préparations comparables, et de leurs effets secondaires

- ▶ Information sur des médicaments, leurs effets secondaires et leurs interactions avec d'autres préparations et les conditions médicales préexistantes.
- ▶ Information sur des préparations comparables.

Assistance et conseils médicaux avant le voyage (vaccinations, constitution d'un kit de premiers secours)

- ▶ Informations médicales sur les conditions d'hygiène dans le pays de séjour.
- ▶ Conseils et informations sur les vaccinations recommandées pour le pays de résidence, en particulier en cas de conditions médicales préexistantes.
- ▶ Aide à la constitution d'un kit de premiers secours en tenant dûment compte des normes d'hygiène et des conditions météorologiques dans le pays de résidence.
- ▶ Des conseils et informations peuvent être obtenus auprès de l'assureur par téléphone et par e-mail.

3.3. Assistance additionnelle

Le droit à la garantie « Assistance Additionnelle » existe si ladite garantie a été convenue pour l'assuré en conformité avec le certificat d'assurance (CP).

Aperçu

| |
|---|
| Transport de retour vers le pays de résidence |
| Visite de la famille |
| Report du voyage de retour |
| Approvisionnement et acheminement de médicaments vitaux |
| Transport de retour ou garde des enfants |
| Transfert du corps du défunt et support organisationnel en cas de décès |
| Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger |
| Stockage de documents (conservation en lieu sûr, aide à l'obtention de documents de substitution) |
| Organisation d'une aide en cas de difficultés juridiques |
| Organisation d'un service de déménagement |
| Organisation d'une formation interculturelle (information sur la culture locale) |

Description détaillée des prestations

Transport de retour vers le pays de résidence

Lorsqu'il est convenu par l'assureur, et s'il est médicalement nécessaire de transporter l'assuré en vue d'un traitement, l'assureur remboursera les frais de transport (billet de train en 1^e classe, vol en Classe Économie) pour le voyage de retour de l'assuré vers son pays de résidence, sous réserve d'accord préalable, jusqu'à une valeur maximale de 3 000 euros.

Visite de la famille

En cas d'hospitalisation d'urgence, l'assureur organise la visite d'un membre de la famille sur le lieu du traitement médical ainsi que son retour à son domicile et prend en Les frais de déplacement sont pris en charge jusqu'à un montant total de 3 000 euros par assuré et par année d'assurance, à condition que le traitement hospitalier dure au moins 7 jours et que la garantie de prise en charge des frais par l'assureur soit disponible (billet de train en 1^{er} classe, vol en Classe Économique).

Report du voyage de retour

En cas de report du voyage de retour du pays de séjour en raison d'une urgence médicale entraînant une incapacité à voyager (que ce soit le retour au pays d'origine/pays natal ou vers un nouveau pays), l'assureur rembourse les frais de modification/d'annulation des réservations d'hôtel et de vol jusqu'à 3 000 euros par assuré et par année d'assurance.



Approvisionnement et acheminement de médicaments vitaux

En cas d'indisponibilité d'un médicament essentiel dans le pays de séjour de l'assuré, l'assureur s'efforce d'obtenir ce médicament le plus rapidement possible, à condition que le médicament concerné soit légalement autorisé dans le pays de séjour de l'assuré et que son importation n'enfreigne aucune disposition légale.

Transport de retour ou garde des enfants

- ▶ Dans le cas où les deux parents doivent rester à l'hôpital en raison d'une urgence médicale, l'Assureur organise la garde des enfants par un prestataire de services approprié, et prend en charge les frais de cette garde pendant une durée limitée à la durée du traitement médical du patient hospitalisé.
- ▶ Si les deux parents sont hospitalisés pendant des vacances en raison d'une urgence médicale, l'assureur rembourse les frais de transport des enfants (jusqu'à l'âge de 18 ans) vers leur lieu de résidence actuel dans leur pays de résidence.

Transfert du corps du défunt et support organisationnel en cas de décès

- ▶ Exécution des formalités nécessaires au transfert ou à l'incinération du corps du défunt, notamment obtention du certificat de décès, du rapport d'accident, prise de contact avec les autorités/ le consulat et détermination des proches habilités à donner leur accord pour le rapatriement ou l'incinération.
- ▶ Remboursement des frais de transfert du corps du défunt vers le pays de départ ou le pays d'origine ainsi que des frais des formalités en lien avec le transfert, jusqu'à un montant maximal de 10 000 euros par assuré.
- ▶ Transfert de l'urne vers le pays de départ ou le pays d'origine en cas d'incinération.
- ▶ Les frais d'obsèques ne sont pas couverts.

Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger

- ▶ L'Assureur propose des conseils en cas de situation psychologiquement stressante.
- ▶ L'Assuré bénéficie d'un soutien thérapeutique de la part de médecins expérimentés, ainsi que de conseils sur la démarche à suivre, soit un maximum de 5 conversations.

Stockage de documents (conversation en lieu sûr, aide à l'obtention de documents de substitution)

- ▶ L'assureur propose un service de stockage pour les documents importants (p. ex. passeport, visa, permis de conduire, certificat de vaccination, et autres documents importants).
- ▶ En cas de perte du document original, une copie sera envoyée par e-mail, fax ou courrier postal, et de l'aide sera fournie pour obtenir un remplacement.

Organisation d'une aide en cas de difficultés juridiques

Si nécessaire, l'Assureur recommande des avocats/experts anglophones, germanophones ou francophones, dans le pays de résidence.

Organisation d'un service de déménagement

Si nécessaire, l'assureur fait appel à des prestataires de services spéciaux pour organiser le déménagement et fournir de l'aide à la recherche d'un logement si nécessaire.

Organisation d'une formation interculturelle (information sur la culture locale)

Si nécessaire, l'Assureur organise avec un prestataire spécialisé une formation spécifique au pays et interculturelle sur la vie et le travail à l'étranger afin de préparer le séjour à l'étranger.

4. Prime

La prime d'assurance est indiquée dans les conditions particulières.



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 chiropraxie 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. |

