

# Guide Client - WorldCare

---

*Particuliers et leur famille*

# Tout ce qu'il faut savoir sur votre assurance santé internationale

---

En vigueur le 1 April 2021

## Introduction

---

**Nous Vous** remercions d'avoir choisi Now Health International pour **Votre Contrat** d'assurance santé internationale.

**Nous** avons conçu WorldCare en **Nous** basant sur ce que **Nous** croyons être les attentes et besoins des personnes qui souscrivent à une assurance santé internationale. Au cœur de cela se trouve **Notre** engagement à **Vous** fournir des informations claires pour comprendre et utiliser votre **Contrat**. **Nous Vous** invitons à lire ce guide avec attention afin de **Vous** assurer que la couverture que **Vous** avez choisie **Vous** satisfait pleinement et répond à vos besoins.

### Comment utiliser ce guide

Ce guide est un document important. Il définit **Vos** droits et **Nos** obligations envers **Vous**. Avec le **Tableau des Garanties** à la section 4, il **Vous** apporte des explications sur le **Contrat** WorldCare choisi et les termes de **Votre** couverture.

**Vous** y trouverez des informations sur :

- La couverture dont **Vous** bénéficiez (**Garanties** et exclusions)
- **Vos** droits et responsabilités
- Comment soumettre une demande de remboursement
- La façon dont **Votre Contrat** est administré
- Comment formuler une plainte
- Les autres services dont **Vous** bénéficiez sous **Votre Contrat**

Tout au long du guide, certains mots et expressions apparaissent en caractère gras. Cela signifie qu'ils ont un sens médical ou légal spécifique - ils sont définis à la section 1.

Les **Garanties** de **Votre Contrat** sont détaillées à la section 4 de ce guide. **Votre Certificat d'Assurance** indique la couverture dont **Vous** bénéficiez, sa durée et le niveau de couverture. Comme pour tout **Contrat** d'assurance santé, il y figure des exclusions. Ce sont les **Pathologies Médicales** et **Traitements** qui ne sont pas couverts - ils sont énumérés à la section 5.

### Nos engagements envers vous

Lorsque **Vous** utilisez **Votre** assurance Now Health, voici ce que **Vous** pouvez attendre de **Nous** :

- Un engagement à traiter **Vos** demandes de remboursement aussi vite que possible
- Un Service Client disponible 24h/24
- Une aide pour trouver des prestataires de santé compétents et proches de **Vous**
- **L'autorisation Préalable** de certains traitements dans la mesure du possible, afin de **Vous** éviter d'avancer les frais
- La mise à disposition d'une équipe internationale de gestion de sinistres qui **Vous** aidera à prendre des décisions concernant **Vos** soins de santé grâce à son expertise médicale

Pour de plus amples informations sur **Votre Contrat**, ou si **Vous** souhaitez **Nous** faire part d'un changement de situation **Vous** concernant, **Nous Vous** remercions de **Nous** contacter en utilisant les coordonnées à la page suivante.

---

## Nous contacter

Bien qu'il soit important que **Vous** lisiez et compreniez ce guide Client relatif à **Votre** Contrat, **Nous** comprenons que dans certains cas il est plus simple de **Nous** contacter afin d'obtenir des informations. **Notre** Service Client est prêt à **Vous** assister pour toutes questions. Par exemple, si **Vous** avez besoin d'un **Traitement** médical, **Vous** pouvez **Nous** contacter avant d'avancer les frais pour connaître l'étendue de **Votre** couverture.

**Nous Vous** informons que les appels téléphoniques peuvent être enregistrés et/ou contrôlés dans le cadre de la formation du personnel, de la qualité de nos services et afin de conserver un enregistrement de **Nos** conversations. Si **Vous** souhaitez **Nous** faire part d'un changement de situation **Vous** concernant, **Vous** pouvez **Nous** contacter en utilisant les coordonnées ci-dessous.

**Notre** équipe basée à Malte est disponible du lundi au vendredi, de 9 heures à 5 heures. En dehors de ces horaires, **Nos** autres centres de Services Client restent également disponibles 24h/24.

T +356 2260 5110 | CustomerService@now-health.com

Now Health International Services (Europe) Limited  
Dragonara Business Centre 5th Floor, Dragonara Road,  
St Julian's, STJ 3141, Malta

## Notre équipe d'Assistance pour les Évacuations et Rapatriements en Urgence

**Notre** équipe multilingue est disponible 24h/24, 365 jours par an. Pour de plus amples informations sur **Nos** services d'**Évacuation** et de **Rapatriement en Urgence**, **Nous Vous** remercions de **Vous** référer à la section 3.3.

T +356 2260 5240

Si **Vous** avez la moindre question sur **Votre** adhésion ou souhaitez connaître l'avancée de **Votre** demande de remboursement, **Vous** pouvez **Vous** connecter sur **Votre** espace client sécurisé en ligne sur le site [www.now-health.com](http://www.now-health.com) ou **Nous** contacter par email à [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com).

## Sommaire

---

1. Lexique . . . . .	06
2. Gérer <b>Votre Contrat</b> en ligne . . . . .	11
3. Soumettre une demande de remboursement . . . . .	12
4. <b>Vos Garanties</b> : ce que <b>Nous</b> garantissons ? . . . . .	20
5. <b>Les Exclusions</b> : ce que <b>Nous</b> ne garantissons pas? . . . . .	49
6. La gestion de <b>Votre Contrat</b> . . . . .	54
7. Formuler une plainte . . . . .	57
8. Droits et responsabilités. . . . .	60

# 1. Lexique

---

Les mots et expressions suivants qui figurent dans **Votre Contrat** ont une définition spécifique. Ils apparaîtront toujours en gras et débiteront avec une majuscule tout au long de **Votre Contrat**.

<b>Accident</b>	Toute atteinte corporelle identifiable et non intentionnelle de la part de l' <b>Assuré</b> provenant d'un événement soudain, inattendu, imprévisible et extérieur lorsque <b>Votre Contrat</b> est vigueur.
<b>Pathologie Aiguë</b>	Une maladie, affection ou blessure qui est susceptible de répondre rapidement à un <b>Traitement</b> qui vise à <b>Vous</b> ramener à l'état de santé dont <b>Vous</b> bénéficiez immédiatement avant de souffrir de la maladie, affection ou blessure, ou qui permettra <b>Votre</b> rétablissement complet.
<b>Acte de Terrorisme</b>	Tout acte de violence de nature clandestine commis par un individu ou un groupe terroriste dont le but est de contraindre ou intimider la population civile afin d'atteindre un objectif politique, militaire, social ou religieux.
<b>Accord</b>	Un accord passé entre <b>Nous</b> et les Hôpitaux, unités de <b>Soins de Jour</b> et centres d'imagerie, listés au sein du <b>Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International</b> .
<b>Médecine douce</b>	Au titre de ce <b>Contrat</b> la médecine douce s'entend comme les <b>Traitements</b> thérapeutiques et diagnostiques existants en dehors des institutions où la médecine conventionnelle est enseignée. Ce type de médecine comprend la médecine chinoise, les <b>Traitements</b> administrés par les chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, homéopathes et acupuncteurs lorsqu'ils sont autorisés à pratiquer.
<b>Apicectomie</b>	Il s'agit d'une chirurgie dentaire réalisée afin de retirer l'apex de la racine et le tissu infecté environnant d'un abcès dentaire, lorsque l'inflammation ou l'infection persiste dans la région osseuse autour de l'extrémité de la dent après un traitement de canal. L'apicectomie est pratiquée pour traiter les conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fissure de la racine dentaire</li> <li>• Racine de la dent sévèrement courbée</li> <li>• Dents obturées ou surmontées de couronnes</li> <li>• Kyste ou infection qui ne peut être traité par traitement de canal</li> <li>• Perforations de la racine</li> <li>• Douleur et infection récurrente</li> <li>• Symptômes persistants dont la cause n'est pas visible aux rayons X.</li> <li>• Calcification</li> <li>• Surfaces des racines et os environnant endommagés qui nécessitent une procédure chirurgicale</li> </ul>
<b>Garanties</b>	Couverture d'assurance offerte par ce <b>Contrat</b> et toutes extensions et restrictions indiquées au <b>Certificat d'Assurance</b> ou tout avenant (si applicable) et toujours sous réserve du paiement effectif de la prime due.
<b>Tableau des Garanties</b>	Barème des <b>Garanties</b> applicables à ce <b>Contrat</b> et indiquant le montant maximal que nous paierons au titre des <b>Garanties</b> .
<b>Cancer</b>	Tumeur, cellules malignes ou tissus cancéreux qui se caractérisent par la croissance incontrôlée et la propagation des cellules malignes et l'invasion des tissus.
<b>Certificat d'assurance</b>	Le certificat précise les informations relatives au <b>Titulaire du Contrat</b> , aux <b>Assurés</b> , à la <b>Période de Couverture</b> , aux <b>Assureurs</b> , à la <b>Date d'Entrée</b> , au niveau de couverture et tout avenant applicable le cas échéant.
<b>Trouble Congénital</b>	Une <b>Pathologie Médicale</b> présente à la naissance ou que l'on estime avoir été présente dès la naissance, qu'elle soit héréditaire ou causée par des facteurs environnementaux.

<b>Participation</b>	Participation aux frais encourus que doit régler l' <b>Assuré</b> à chaque demande de remboursement.
<b>Pays d'Origine</b>	Pays pour lequel <b>Vous</b> possédez un passeport.
<b>Pays de Résidence</b>	Pays dans lequel <b>Vous</b> résidez habituellement (généralement pour une période d'au moins six mois par <b>Période de Couverture</b> ) à la <b>Date d'Effet du Contrat</b> ou à la <b>Date d'Entrée</b> et à chaque <b>Date de Renouvellement</b> ultérieure.
<b>Pathologie Chronique</b>	<p>Une maladie, affection ou blessure ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiert une surveillance constante ou de long terme par le biais de consultations, examens, bilans de santé, <b>Médicaments et Pansements</b> et/ou tests</li> <li>• Requiert un contrôle constant ou de long terme ou un soulagement des symptômes</li> <li>• Nécessite <b>Votre Rééducation</b> ou un apprentissage spécifique pour <b>Vous</b> aider à la gérer</li> <li>• Dure indéfiniment</li> <li>• Est reconnue comme incurable</li> <li>• Est par essence récurrente ou a des chances de réapparaître</li> </ul>
<b>Soins/Intervention de Jour</b>	Un patient admis à l' <b>Hôpital</b> ou en unité de jour, car il requiert une période de rétablissement médicalement supervisée, mais n'occupe pas de lit pendant la nuit.
<b>Franchise Annuelle</b>	Montant dont l' <b>Assuré</b> a la responsabilité de régler pour tous frais médicaux encourus lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> et qui est déduit avant que tout règlement ne soit versé au titre des <b>Garanties</b> du <b>Contrat</b> , comme stipulé sur <b>Votre Certificat d'Assurance</b> . La <b>Franchise Annuelle</b> du <b>Contrat</b> s'applique par <b>Assuré</b> , par <b>Période de Couverture</b> .
<b>Dentiste</b>	Personne légalement autorisée à pratiquer son métier par l'ordre des médecins compétent dans le pays où les <b>Soins</b> dentaires sont administrés.
<b>Ayants Droit</b>	Conjoint(e) ou partenaire et/ou les enfants non mariés, âgés de moins de 18 ans et résidant avec <b>Vous</b> , ou jusqu'à leur 28ème anniversaire s'ils poursuivent des études à plein temps (une preuve écrite provenant de l'établissement scolaire où ils sont inscrits pourra être demandée), à la <b>Date d'Effet</b> du <b>Contrat</b> et à chaque <b>Date de Renouvellement</b> ultérieure. Par le terme "partenaire", on entend mari, épouse, partenaire civil ou la personne résidant de façon permanente avec <b>Vous</b> dans une situation assimilable à une union conjugale. Les <b>Ayants droit</b> sont désignés à titre d' <b>Assuré</b> sur le <b>Certificat d'Assurance</b> .
<b>Analyses et Examens médicaux</b>	Examens, tels que les rayons X ou les analyses sanguines, réalisés afin de déterminer ou aider à déterminer l'origine de <b>Vos</b> symptômes.
<b>Médicaments et Pansements</b>	Médicaments, drogues et pansements essentiels délivrés sur ordonnance, prescrits par un <b>Médecin</b> ou <b>Spécialiste</b> et nécessaires pour soulager ou guérir une <b>Pathologie Médicale</b> .
<b>Éligible</b>	Il s'agit des <b>Traitements</b> et frais médicaux qui sont pris en charge par <b>Votre Contrat</b> . Afin de déterminer si un <b>Traitement</b> ou certains frais sont couverts, l'ensemble des sections de <b>Votre Contrat</b> doivent être lues conjointement et sont soumises à l'intégralité des termes (sous réserve du paiement de la prime due), des <b>Garanties</b> et des <b>Exclusions</b> figurant dans ce <b>Contrat</b> .
<b>Date d'Entrée</b>	La date indiquée sur le <b>Certificat d'Assurance</b> et à laquelle un <b>Assuré</b> a été ajouté au <b>Contrat</b> .

---

<b>Urgence</b>	Apparition d'une <b>Pathologie Médicale</b> aiguë, soudaine, sérieuse et imprévisible ou d'une blessure nécessitant un <b>Traitement</b> médical immédiat, qui sans <b>Traitement</b> reçu dans les 48 heures de la situation d'urgence pourrait entraîner la mort ou une détérioration grave des fonctions corporelles.
<b>Service d'Évacuation ou de Rapatriement</b>	<b>Vous</b> transporter vers un <b>Hôpital</b> disposant des infrastructures médicales nécessaires pour une <b>Hospitalisation</b> ou une <b>Intervention de Jour</b> dans le pays où <b>Vous</b> êtes tombé malade ou un autre pays voisin (évacuation) ou enfin <b>Vous</b> rapatrier dans <b>Votre Pays d'Origine</b> ou <b>Votre Pays de Résidence</b> principal (rapatriement). Ce service inclut tout <b>Traitement Médicalement Nécessaire</b> administré pendant <b>Votre</b> transport et par la compagnie d'assistance internationale désignée par <b>Nous-même</b> .
<b>Expatrié</b>	Toute personne habitant et/ou travaillant en dehors du pays pour lequel elle possède un passeport. Habituellement pour une durée supérieure à 180 jours par <b>Période de Couverture</b> .
<b>Zone Géographique</b>	La zone géographique utilisée pour le calcul de <b>Votre</b> prime et qui est basée sur <b>Votre Pays de Résidence</b> principale à la <b>Date d'Effet</b> du <b>Contrat</b> et à chaque <b>Date de Renouvellement</b> ultérieure.
<b>Hôpital</b>	Tout établissement, qui est agréé en tant qu' hôpital médical ou chirurgical selon les lois du pays où les soins sont administrés. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux : maisons de repos et de retraite, thermes, centres de cure et de remise en forme.
<b>Chambre d'Hôpital</b>	Il s'agit des chambres privées et semi-privées telles qu'indiquées dans le <b>Tableau des Garanties</b> . Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes.
<b>Prestataire de Soins au sein du Réseau Partenaire</b>	Prestataire de soins au sein du réseau partenaire qui, en vertu de <b>Votre Contrat</b> , fournit des services aux assurés du <b>Contrat</b> à des taux négociés au préalable.
<b>Hospitalisation</b>	Un patient admis à l' <b>Hôpital</b> et occupant un lit pour une nuitée ou plus, pour des raisons médicales.
<b>Assuré/Vous/Votre/Vos</b>	Le <b>Titulaire du Contrat</b> et/ou les <b>Ayants droit</b> nommés sur le <b>Certificat d'Assurance</b> et couverts par ce <b>Contrat</b> .
<b>Pathologie Médicale</b>	Toute maladie, affection ou blessure, y compris les <b>Maladies Mentales</b> .
<b>Médecin</b>	Une personne qui s'est vue délivrer un diplôme universitaire de médecine ou de chirurgie par une faculté de médecine reconnue par l' <b>OMS</b> et qui est habilitée à pratiquer la médecine par les autorités concernées dans le pays où le <b>Traitement</b> est administré. Par "faculté de médecine reconnue" on entend une faculté de médecine listée dans le répertoire en vigueur des écoles de médecine publié par l' <b>OMS</b> .
<b>Médicalement Nécessaire</b>	<b>Traitement</b> , qui d'un point de vue d'un <b>Médecin</b> qualifié, est jugé approprié et cohérent avec le diagnostic et qui, conformément aux pratiques médicales reconnues ne peut être omis sans nuire à l'état de l' <b>Assuré</b> ou à la qualité des soins rendus. Un tel <b>Traitement</b> doit être requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou du <b>Médecin</b> et être administré uniquement sur une période de temps appropriée. Dans cette définition, le terme "approprié" prend en considération la sécurité du patient et le coût du <b>Traitement</b> . Dans le cadre d'une <b>Hospitalisation</b> , "médicalement nécessaire" signifie également que le <b>Traitement</b> et le diagnostic ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en <b>Ambulatoire</b> .

<b>Nouveau-né</b>	Un bébé qui est dans les 16 premières semaines de sa vie suivant sa naissance.
<b>Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International</b>	Liste consultable des prestataires de soins avec lesquels <b>Nous</b> avons un <b>Accord de Tiers payant</b> .
<b>Franchise par Visite Ambulatoire</b>	Montant restant à la charge d'un <b>Assuré</b> pour tous frais de soins <b>Ambulatoires</b> et qui est déduit avant que tout règlement soit versé au titre des <b>Garanties</b> du <b>Contrat</b> , comme stipulé sur <b>Votre Certificat d'Assurance</b> . Par "visite" on entend par consultation. La <b>Franchise par Visite Ambulatoires</b> s'applique par <b>Assuré</b> , par consultation et lorsque <b>Vous</b> recevez des <b>Traitements Ambulatoires Éligibles</b> au sein ou en dehors du <b>Réseau de Prestataires Now Health International</b> .
<b>Prestataire de Soins hors du Réseau Partenaire</b>	Un prestataire de soins hors du réseau partenaire est un prestataire avec lequel <b>Nous</b> n'avons pas d'entente en vertu de <b>Votre Contrat</b> .
<b>Soins Ambulatoires</b>	Un patient se rendant à l' <b>Hôpital</b> , dans un cabinet de consultation, rendez-vous de télémedecine ou une clinique externe et qui n'est pas admis en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> .
<b>Tiers-Payant pour les Soins Ambulatoires</b>	La liste publiée des prestataires de santé avec lesquels <b>Nous</b> avons un accord de <b>Tiers Payant</b> .
<b>Période de Couverture</b>	La période de couverture est indiquée sur le <b>Certificat d'Assurance</b> . Il s'agira d'une période de 12 mois débutant à la <b>Date d'Effet</b> du <b>Contrat</b> et à chaque <b>Date de Renouvellement</b> ultérieure, si applicable.
<b>Kinésithérapeute</b>	Kinésithérapeute en exercice qui est agréé et autorisé à pratiquer son métier dans le pays où le <b>Traitement</b> est administré.
<b>Autorisation Préalable</b>	Procédure qui consiste pour l' <b>Assuré</b> à obtenir <b>Notre</b> autorisation avant de recevoir un <b>Traitement</b> ou d'encourir des frais. Les <b>Garanties</b> pour lesquelles une entente préalable est requise de <b>Notre</b> part sont marquées du signe <b>Entente Préalable</b> suivant  (dans le <b>Tableau des Garanties</b> et comme il en est fait mention à la section 4).
<b>Contrat</b>	Le contrat passé entre <b>Vous</b> et <b>Nous</b> qui définit les termes et conditions de la couverture offerte. L'ensemble des termes et conditions se compose du formulaire d'adhésion, du <b>Certificat d'Assurance</b> , du <b>Tableau des Garanties</b> et ce guide client.
<b>Titulaire du Contrat</b>	La personne ou la compagnie désignée comme <b>Titulaire du Contrat</b> sur le <b>Certificat d'Assurance</b> .
<b>Grossesse</b>	Période comprise entre la date à laquelle la grossesse est diagnostiquée jusqu'à l'accouchement.
<b>Chambre privée</b>	Logement d'occupation simple dans un <b>Hôpital</b> privé. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes.
<b>Maladie Mentale</b>	Trouble mental ou anxieux répondant aux critères de classification d'un système de classement international tel que le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (Diagnostic and Statistical Manual - DSM) ou la Classification Internationale des Maladies (CIM). Le trouble doit être associé à une souffrance actuelle ou à une gêne majeure d'un individu dans les activités quotidiennes importantes (telles que l'activité professionnelle). La pathologie susmentionnée doit être cliniquement grave et non déclenchée par un événement particulier tel qu'un deuil, un problème relationnel ou scolaire ou d'accouturation.

---

<b>Infirmière Qualifiée</b>	Une infirmière dont le nom figure actuellement au registre ou ordre des infirmières tenu par tout organisme régissant l'enregistrement des infirmières au sein du pays dans lequel le <b>Traitement</b> est prodigué.
<b>Tarifs Raisonables et Habituels</b>	Le tarif standard qui serait habituellement facturé pour <b>Votre Traitement</b> , dans le pays où le <b>Traitement</b> est administré. <b>Nous</b> pouvons demander à ce que le montant de ces frais soit justifié/étayé par un tiers indépendant, tel qu'un chirurgien, physicien, <b>Spécialiste</b> en exercice ou le ministère de la santé.
<b>Rééducation</b>	<b>Traitement Médicalement Nécessaire</b> visant à restaurer la forme et/ou les fonctions corporelles normales d'un <b>Assuré</b> ainsi que son autonomie à réaliser les activités de la vie courante à la suite d'une <b>Pathologie Médicale</b> .
<b>Date de Renouvellement</b>	L'anniversaire de la <b>Date d'Effet</b> du <b>Contrat</b> .
<b>Chambre Semi-Privée</b>	Logement d'occupation double dans un <b>Hôpital</b> privé. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes.
<b>Spécialiste</b>	Un chirurgien, anesthésiste ou physicien qui s'est vu délivrer un diplôme universitaire de médecine ou de chirurgie par une faculté de médecine reconnue par l' <b>OMS</b> et qui est habilité à pratiquer la médecine par les autorités concernées dans le pays où le <b>Traitement</b> est administré. Il s'agit d'une personne reconnue pour s'être spécialisée dans un domaine, ou qui détient une expertise dans le <b>Traitement</b> de la maladie, affection ou blessure qui est traitée. Par "faculté de médecine reconnue" on entend une faculté de médecine listée dans le répertoire mondial des écoles de médecine en vigueur publié par l' <b>OMS</b> .
<b>Date d'Effet</b>	La date d'effet indiquée sur <b>Votre Certificat d'Assurance</b> . <b>Nous</b> devons être en réception de la prime pour que <b>Votre Contrat</b> débute.
<b>Procédure Chirurgicale</b>	Une opération nécessitant l'incision de tissu ou autre intervention chirurgicale invasive.
<b>Phase Terminale</b>	Une condition médicale est diagnostiquée en phase terminale lorsque le décès est prévu dans les 12 mois suivant le diagnostic et les <b>Traitements</b> ne peuvent plus guérir la condition.
<b>Traitement</b>	Procédures médicales ou chirurgicales (y compris les <b>Analyses et Examens Médicaux</b> ) nécessaires pour diagnostiquer, soulager ou guérir une <b>Pathologie Médicale</b> .
<b>Assureurs</b>	Les compagnies d'assurance désignées à titre d'assureurs sur le <b>Certificat d'Assurance</b> .
<b>Vaccinations</b>	Vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel le <b>Traitement</b> est administré et toute vaccination <b>Médicalement Nécessaire</b> avant un voyage, ainsi que la prophylaxie anti paludisme.
<b>Délai de Carence</b>	Période qui suit la <b>Date d'Effet</b> de <b>Votre Contrat</b> (ou <b>Date d'Entrée</b> si <b>Vous</b> êtes un <b>Ayant droit</b> ) et durant laquelle <b>Vous</b> ne pouvez prétendre à certaines <b>Garanties</b> . <b>Votre Tableau des Garanties</b> indiquera quelles <b>Garanties</b> sont sujettes à un délai de carence.
<b>Nous/Notre/Nos</b>	Now Health International Services (Europe) Limited pour le compte des <b>Assureurs</b> mentionnés sur le <b>Certificat d'Assurance</b> .
<b>OMS</b>	L'Organisation Mondiale de la Santé.

## 2. Gérer votre contrat en ligne

### Guide d'utilisation de l'espace client sécurisé en ligne

Le moyen le plus simple de gérer **Votre Contrat** est par le biais de l'espace client sécurisé en ligne, accessible sur notre site [www.now-health.com](http://www.now-health.com). Pour y accéder, **Vous** aurez besoin du nom d'utilisateur unique et du mot de passe qui **Vous** ont été fournis lors de **Votre** adhésion. Si **Vous** avez besoin d'aide pour récupérer ces informations, contactez **Nous** au +356 2260 5110.

#### About me

**Vous** pouvez depuis cette section, visualiser et mettre à jour :

- **Vos** coordonnées personnelles,
- **Vos** identifiants de connexion,
- la manière dont **Vous** souhaitez recevoir **Vos** documents contractuels et **Nous** indiquer la façon dont **Vous** aimeriez recevoir **Vos** remboursements.

#### My Plan

Cet onglet **Vous** permet :

- d'accéder en quelques clics aux détails de **Votre Contrat**
- de télécharger très facilement **Votre Certificat d'Assurance**, guide client et **Vos** formulaires de demande de remboursement.
- de consulter **Vos** plafonds de **Garanties**.

#### My claims

Dans cet espace, **Vous** pouvez :

- soumettre rapidement **Vos** demandes de remboursement et suivre leur avancée en temps réel.
- consulter le détail de **Vos** demandes, passées et présentes, y compris leur statut, l'identité du prestataire de soins, les montants des demandes de remboursement soumises et les montants remboursés dans la monnaie que **Vous** avez sélectionnée.

L'avancée du traitement de **Vos** demandes est mise à jour en temps réel, ainsi **Vous** disposez toujours des informations les plus récentes sur leur statut. **Vous** pouvez également ici **Nous** soumettre une demande d'autorisation préalable.

#### Other features

En complément des services listés ci-dessus, l'espace client sécurisé en ligne **Vous** permet de :

- télécharger les formulaires,
- **Nous** faire connaître **Votre** courtier ou prestataire de soins préféré
- et trouver un prestataire de soins au sein du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International**.

Pour de plus amples informations, visitez la rubrique FAQ, facilement accessible depuis **Notre** page d'accueil sur [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

#### Télécharger notre application pour mobile

**Notre** application pour mobile, disponible sur iPhone et Android offre de nombreuses fonctionnalités utiles y compris celles de trouver un prestataire de soins au sein du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International** et de soumettre une demande de remboursement pour des **Traitements** que **Vous** avez déjà réglés et tout cela en quelques clics.



## 3. Soumettre une demande de remboursement

Dès l'instant où **Vous** devenez un de **Nos Assurés**, **Vous** bénéficiez du soutien de **Notre** Service Client. **Vous** avez également accès à **Notre** assistance téléphonique, ouverte 24h/24, 365 jours par an.

**Votre** espace client sécurisé en ligne comporte une section qui est spécifiquement allouée à **Vos** demandes de remboursement et qui **Vous** fournit les dernières informations disponibles sur **Vos** soumissions passées et présentes. **Vous** pouvez également utiliser cette section pour **Nous** adresser une demande de remboursement. Pour **Vous** connecter, indiquez simplement **Votre** nom d'utilisateur et mot de passe.

Pour **Nous** aider à traiter **Vos** demandes le plus rapidement possible, **Nous** **Vous** remercions de suivre ces quelques étapes simples :

### 3.1 Soumettre une demande de remboursement pour des Traitements que Vous avez déjà réglés

#### Étape 1

##### Choisissez la manière dont Vous souhaitez effectuer Votre demande

**Vous** pouvez **Nous** adresser une demande de remboursement en utilisant l'espace client sécurisé en ligne sur [www.now-health.com](http://www.now-health.com), l'application pour mobile ou si **Vous** préférez une solution plus traditionnelle, envoyez-**Nous** **Votre** demande par email ou par la poste.

Les formulaires sont téléchargeables sur l'espace client sécurisé en ligne ou à la page "How to claim" sur [www.now-health.com](http://www.now-health.com). Contactez-**Nous** autrement au +356 2260 5110 pour demander un formulaire ou si **Vous** avez besoin d'aide pour accéder à l'espace client sécurisé en ligne.

#### Étape 2

##### Pour Vos demandes de remboursement de Soins Ambulatoires et d'Hospitalisation/Soins de jour inférieures à USD 500/EUR 400/GBP 300 par Pathologie Médicale :

##### Utilisez le formulaire de demande de remboursement (imprimé ou pdf) :

Complétez les sections 1 et 2 du formulaire, signez le et adressez le **Nous** accompagné de **Vos** justificatifs de paiement et toutes autres informations pertinentes telles que **Vos** rapports de diagnostic, comptes rendus d'hospitalisation et rapports médicaux.

- Par email à [ClaimsService@now-health.com](mailto:ClaimsService@now-health.com), ou
- Par la poste à l'adresse suivante, Now Health International Services (Europe) Limited, Dragonara Business Centre 5th Floor, Dragonara Road, St Julian's, STJ 3141, Malta

##### Utilisez l'application pour mobile :

Complétez l'ensemble des différents champs du formulaire, transférez les images requises, acceptez la déclaration et l'autorisation et cliquez sur "Submit form". Les renseignements que **Vous** fournissez seront sauvegardés dans **Vos** paramètres.

##### Utilisez l'espace client sécurisé en ligne :

Sélectionnez l'**Assuré** souhaité dans la liste déroulante, complétez l'ensemble des différents champs du formulaire, transférez les images requises, acceptez la déclaration et l'autorisation et cliquez sur "Submit form".

#### Étape 2

##### Pour Vos demandes de remboursement d'Hospitalisation/Soins de jour supérieures à USD 500/EUR 400/GBP 300 par Pathologie Médicale :

##### Utilisez le formulaire de demande de remboursement (imprimé ou pdf) :

**Vous** et **Votre Médecin** devez compléter toutes les sections pertinentes du formulaire avant de **Nous** adresser **Votre** demande de remboursement. Signez le formulaire et adressez-le **Nous** accompagné de **Vos** justificatifs de paiement et toutes autres informations pertinentes telles que **Vos** rapports de diagnostic, comptes rendus d'hospitalisation et rapports médicaux.

- Par email à [ClaimsService@now-health.com](mailto:ClaimsService@now-health.com), ou
- Par la poste à l'adresse suivante, Now Health International Services (Europe) Limited, Dragonara Business Centre 5th Floor, Dragonara Road, St Julian's, STJ 3141, Malta

##### Utilisez l'application pour mobile :

**Vous** ne pouvez utiliser l'application mobile pour une demande d'un tel montant.

##### Utilisez l'espace client sécurisé en ligne :

Scannez le formulaire de demande de remboursement dûment complété et transférez le accompagné de **Vos** justificatifs de paiement et toutes informations pertinentes telles que **Vos** rapports de diagnostic, comptes rendus d'hospitalisation et rapports médicaux et cliquez sur "Submit form".

#### Étape 3

**Nous** étudierons **Votre** demande. Si **Nous** sommes en possession de toutes les informations nécessaires pour parvenir à une décision, **Nous** traiterons toutes demandes de remboursement **Éligibles** sous 5 jours ouvrés.

#### Étape 4

**Vous** pouvez suivre l'avancée du traitement de **Vos** demandes sous **Votre** espace client sécurisé en ligne. Connectez-**Vous** à tout moment en renseignant **Votre** nom d'utilisateur et mot de passe afin de suivre les progrès de **Votre** remboursement. Les fonctionnalités de cet espace **Vous** permettront de voir :

- le statut de **Votre** demande,
- l'identité du prestataire de soins,
- la monnaie dans laquelle les soins ont été réglés et la monnaie dans laquelle le remboursement est effectué,
- quelle est la **Garantie** mise en jeu pour chacune des demandes,
- ainsi que toute **Franchise Annuelle**, **Participation** ou **Franchise par Visite Ambulatoire** appliquée.

Toute mise à jour est affichée en temps réel, ainsi **Vous** disposez toujours des informations les plus récentes concernant **Votre** demande. A chaque mise à jour du statut de **Votre** demande **Nous** **Vous** enverrons un SMS ou un email, ainsi **Vous** êtes informé du meilleur moment pour **Vous** connecter sur **Votre** espace.

**Notes importantes :**

**Vous** devez **Nous** adresser **Vos** demandes de remboursement dans un délai de 6 mois suivant la date de **Votre Traitement** (sauf si cela s'avère raisonnablement impossible).

**Nous Vous** remercions de conserver les originaux des copies que **Vous Nous** adressez, ces derniers pouvant **Vous** être demandés à une date ultérieure. Si **Nous Vous** demandons l'envoi des originaux, cela sera dans les six mois à compter de la date où **Vous Nous** avez informé de **Votre** demande de remboursement.

Si le montant total de **Vos** demandes de remboursement actuelles et passées relatives à une **Hospitalisation** ou **Soins de Jour** (par **Pathologie Médicale**, par **Assuré**, par **Période de Couverture**) est supérieur à USD 500/EUR 400/GBP 300, **Nous Vous** remercions de demander à **Votre Médecin** de compléter la section 3 du formulaire.

Si **Vous** ne savez pas si **Votre** demande entre dans le cadre de la procédure à suivre pour les remboursements inférieurs à USD 500/EUR 400/GBP 300 par **Pathologie Médicale**, **Nous Vous** remercions de remplir toutes les sections du formulaire et de demander à **Votre Médecin** de compléter sa section. Adressez-**Nous** ensuite le formulaire en utilisant une des options d'envoi mentionnées à l'Étape 2.

Pour toute demande remboursée par Now Health, **Vous** pouvez choisir la monnaie dans laquelle **Vous** souhaitez recevoir les fonds et la méthode de remboursement.

**Nous Vous** remercions de noter que la procédure de remboursement ci-dessus s'applique également aux demandes de remboursement pour les **Garanties** maternité, soins dentaire, bien être, optique et **Vaccinations** si toutefois ces **Garanties** figurent dans le **Contrat** choisi.

## 3.2 Bénéficiez du Tiers-Payant pour Vos frais de soins

### 3.2.1 Hospitalisation et Soins de Jour

En cas d'**Hospitalisation** ou **Soins de Jour**, **Nous** tâcherons d'arranger le règlement direct de **Vos** factures avec le prestataire de soins.

#### Étape 1

5 jours avant **Votre** admission (ou dès que possible), contactez **Notre** Service Client au T +356 2260 5110 | [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com)

Donnez **Nous** le nom, les coordonnées téléphoniques et numéro de fax de l'**Hôpital**, le nom de la personne à contacter au sein de l'**Hôpital** et le nom du **Médecin** en charge de **Votre** admission.

#### Étape 2

**Votre Médecin** devra compléter un formulaire d'**Autorisation Préalable**. **Vous** pouvez télécharger ce formulaire depuis la page web "How to claim" sur **Notre** site internet ou depuis l'espace client sécurisé en ligne.

Une fois le formulaire complété par **Votre Médecin**, il peut **Nous** le retourner directement. Alternativement, **Vous** pouvez **Nous** l'adresser également en suivant l'une des méthodes indiquées sur le formulaire ou en utilisant l'espace personnel client en ligne à la page "My Claims".

**Nous Vous** contacterons une fois tous les arrangements pris.

#### Étape 3

Lors de **Votre** arrivée à l'établissement de soins le jour de **Votre Traitement**, montrez **Votre** carte d'adhérent et indiquez au personnel que **Vous** bénéficiez du **Tiers Payant** via **Votre** assureur.

**Nous** pouvons **Vous** demander également de remplir des formulaires additionnels, tels que le formulaire de divulgation d'informations médicales par le prestataire de soins. **Vous** trouverez tous **Nos** formulaires sur **Votre** espace client sécurisé en ligne sur [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

**Vous** devrez **Vous** acquitter directement auprès de l'établissement de soins de toute **Franchise Annuelle** applicable à **Votre Contrat** et ce avant **Votre** sortie.

#### Étape 4

Lors de **Votre** sortie, demandez au prestataire de soins de **Nous** adresser l'original du formulaire de demande de remboursement accompagné de la facture à régler. **Vous** pourrez suivre l'avancée du remboursement sous **Votre** espace client sécurisé en ligne. Connectez-**Vous** en utilisant **Votre** nom d'utilisateur et mot de passe sur le site [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

**Notes importantes :**

Pour toute **Hospitalisation**, **Soins de Jour** ou **Soins Ambulatoires** importants, **Nous Vous** remercions de **Nous** contacter au préalable avant de recevoir le **Traitement**. A défaut, **Nous** ne serons peut être pas en mesure de prendre en charge les frais directement. Ce qui signifie que **Vous** pourrez être amené à verser un acompte ou régler l'intégralité de la facture.

Si **Vous** devez subir des **Hospitalisations** ou **Soins de Jour** répétés, **Nous** aurons besoin d'un nouveau formulaire de demande de remboursement pour chaque séjour et ce même s'il s'agit de la même **Pathologie Médicale**.

**Vous** devrez **Vous** acquitter directement auprès de l'établissement de soins de toute **Franchise Annuelle** applicable à **Votre Contrat** et ce avant **Votre** sortie.

## 3.2 Bénéficiez du Tiers-Payant pour vos frais de soins

### 3.2.2 Le Tiers-Payant pour Vos Soins Ambulatoires au sein du Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International

Si **Vous** avez sélectionné une **Franchise Annuelle**, cette dernière ne s'applique pas aux **Traitements** reçus en **Ambulatoire** au sein de **Notre Réseau de Tiers-Payant pour les Soins Ambulatoires**.

**Vos soins Ambulatoires** sont sujets à toute franchise optionnelle sélectionnée, la **Franchise par Visite Ambulatoire** ou la **Participation aux frais de Soins Ambulatoires**.

- Si **Vous** avez sélectionné l'option **Franchise par Visite Ambulatoire**, **Vous** devrez **Vous** acquitter auprès du prestataire de soins faisant partie de **Notre Réseau de Tiers-Payant pour les Soins Ambulatoires**, des premiers USD 25/EUR 20/GBP 15 ou USD 15/EUR 12/GBP 10 (selon l'option choisie) à chaque consultation en **Ambulatoire Éligible**.
- Si **Vous** avez sélectionné l'option **Participation aux frais de Soins Ambulatoires**, **Vous** devrez **Vous** acquitter auprès du prestataire de soins faisant partie de **Notre Réseau de Tiers-Payant pour les Soins Ambulatoires**, du montant de la **Participation** pour **Vos Soins Ambulatoires Éligibles**.

Si la **Franchise par Visite Ambulatoire** ou la **Participation aux frais de Soins Ambulatoires** est sélectionnée, elle s'appliquera par **Assuré** lorsque **Vous** recevez des **Soins Ambulatoires Éligibles** au sein ou en dehors de **Notre Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International**.

Le **Tiers-Payant pour Vos Soins Ambulatoires** n'est pas disponible sous le **Contrat WorldCare Essential** comportant l'option **Soins Ambulatoires**.

#### Étape 1

Afin de trouver un établissement offrant le **Tiers-Payant pour Vos Soins Ambulatoires**, connectez-**Vous** sur **Votre** espace client sécurisé en ligne sur [www.now-health.com](http://www.now-health.com). Ici, **Vous** pourrez localiser un établissement de soins adapté parmi le Réseau de **Tiers-Payant pour Vos Soins Ambulatoires**.

Si **Vous** ne parvenez pas à localiser un établissement offrant le **Tiers-Payant pour Vos Soins Ambulatoires** proche de **Votre** localisation, **Notre Service Client** sera ravi de **Vous** aider.

**Vous** pouvez les contacter au T +356 2260 5110 | [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com)

#### Étape 2

Lors de **Votre** arrivée à l'établissement de soins, merci de montrer **Votre** carte d'adhérent Now Health. **Nous Vous** remercions d'avoir sur **Vous** également une pièce d'identité ou un passeport. L'établissement pourrait **Vous** demander de remplir et signer un formulaire d'autorisation ou une clause de non-responsabilité.

#### Étape 3

L'établissement de soins vérifiera si une **Franchise par Visite Ambulatoire** ou une **Participation aux frais de Soins Ambulatoires** est applicable, avant de **Vous** diriger vers un **Médecin**.

Si **Votre** couverture n'est pas **Éligible**, ils **Vous** dirigeront tout de même vers un **Médecin**, toutefois il **Vous** faudra payer pour le **Traitement**.

#### Étape 4

À **Votre** départ, l'établissement pourrait **Vous** demander de signer une confirmation indiquant que le **Traitement** a bien été reçu.

#### Étape 5

Si **Vous** devez visiter l'établissement de soins de nouveau pour un **Traitement** consécutif, il **Vous** faudra renouveler la procédure de prise en charge ci-dessus.

#### Notes importantes :

Si **Vous** recevez un **Traitement** non **Éligible** sous **Votre Contrat** au sein de **Notre Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International**, **Vous** serez redevable des frais encourus et **Vous** devrez **Nous** les rembourser. Dans le cas contraire, **Nous** pourrions suspendre **Vos Garanties** jusqu'au remboursement intégral du montant **Nous** étant dû. Si une demande de prise en charge est jugée frauduleuse, **Nous Nous** réservons le droit de **Vous** exclure du **Contrat** avec effet immédiat sans remboursement des primes collectées.

Si **Vous** recevez un **Traitement Éligible** au sein du Réseau de **Prestataires Partenaires Now Health International** mais payez et demandez le remboursement pour le **Traitement** reçu, la **Franchise par Visite Ambulatoire** ou **Participation** standard s'appliquera.

Le **Tiers-Payant pour Vos Soins Ambulatoires** n'est pas disponible pour les **Garanties**, soins dentaires, maternité et bien-être, optique et **Vaccinations** sauf indication contraire sur **Votre** carte d'adhérent.

### 3.3 Que faire en cas d'Urgence médicale

Si **Vous** êtes admis à l'**Hôpital** pour un **Traitement** médical d'**Urgence** ou si l'**Hôpital** soignant **Vous** **Urgence** médicale **Vous** informe qu'il est nécessaire de **Vous** évacuer vers un autre établissement pour recevoir des soins; **Vous**, **Votre Médecin** ou l'**Hôpital** doivent contacter **Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence** disponible 24h/24 et ce dès que possible.

En contactant **Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence**, **Vous** **Nous** donnez l'opportunité d'arranger, si possible, le règlement direct de **Vos** factures avec l'**Hôpital**. Cela **Nous** permettra également de traiter **Votre** demande de prise en charge sans encourir de délai de traitement.

#### Étape 1

Contactez **Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence** au +356 2260 5240 ou par mail à [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com). Ce service est disponible 24h/24, 365 jours par an.

Merci d'avoir à **Votre** disposition **Vos** noms et numéro d'adhérent, ainsi que le nom, les coordonnées téléphoniques et numéro de fax de l'**Hôpital**, le nom de la personne à contacter au sein de l'**Hôpital** et le nom de **Médecin** en charge de **Vous**.

#### Étape 2

**Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence** vérifiera si la **Pathologie Médicale** pour laquelle **Vous** demander une prise en charge est **Éligible** sous **Votre Contrat**.

#### Étape 3

Si la demande est **Éligible**, **Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence** étudiera **Votre** demande d'admission en **Urgence** ou **Votre** demande d'**Évacuation** en fonction de **Vos** besoins médicaux.

#### Étape 4

Si **Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence** confirme que **Votre Pathologie Médicale** répond à l'ensemble des critères suivants :

- met **Votre** vie en danger
- est couverte par **Votre Contrat**
- ne peut être soignée de manière adéquate dans le secteur où **Vous** **Vous** situez, et
- requière **Votre Hospitalisation** immédiate

Ils procéderont à tous les arrangements nécessaires afin de **Vous** déplacer par voie aérienne et/ou terrestre vers l'**Hôpital** le plus proche et pouvant **Vous** fournir le **Traitement** approprié.

**Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence** s'assurera également que l'ensemble des frais **Éligibles** à destination, tels que les frais d'admission, seront réglés directement avec l'**Hôpital**.

#### Étape 5

Une fois **Votre Traitement** médical reçu et si **Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence** en confirme la nécessité, ils prendront les arrangements nécessaires pour **Vous** rapatrier vers **Votre** lieu de destination, à condition que **Vous** soyez médicalement apte à voyager.

#### Notes importantes :

**Nous** prendrons en charge uniquement les frais d'**Évacuation** ayant été autorisés et arrangés par **Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence**.

**Nous** ne prendrons pas en charge les frais d'**Évacuation** si l'**Évacuation** est directement ou indirectement liée à une **Pathologie Médicale** qui a été expressément exclue sur **Votre Certificat d'Assurance** ou tout autre **Pathologie Médicale** ou événement expressément exclu de **Votre Contrat**.

### 3.4 L'accès au Traitement électif (non urgent) aux Etats-Unis

Si **Vous** avez sélectionné l'option **Traitement** électif aux Etats-Unis et devez consulter un **Médecin** ou **Vous** rendre à l'**Hôpital** aux Etats-Unis, **Nous Vous** remercions de suivre les étapes ci-dessous.

Si **Vous** devez subir des procédures diagnostiques ou une chirurgie en **Ambulatoire**, une **Hospitalisation** ou une **Intervention de Jour** aux Etats-Unis, **Vous** devez **Nous** contacter dès que possible. **Nous Vous** confirmerons si l'établissement est un **Prestataire de soins au sein du Réseau Partenaire** et **Nous** tenterons d'arranger le règlement direct de la facture avec le prestataire de soins. Si l'établissement que **Vous** avez sélectionné est un **Prestataire en dehors du Réseau Partenaire** ou ne peut **Nous** adresser directement la facture pour le type de **Traitement** requis, **Nous** prendrons les mesures nécessaires pour trouver un établissement équivalent au sein du réseau.

#### Étape 1

5 jours avant **Votre Traitement** (ou le plus tôt possible), contactez **Notre** Service Client au  
T +356 2260 5110 | [ClinicalService@now-health.com](mailto:ClinicalService@now-health.com)

Un Conseiller Clinique examinera **Votre** droit à **Garantie** pour le **Traitement** proposé et **Vous** indiquera de quelle manière formuler **Votre** demande de prise charge.

Donnez-**Nous** le nom et les coordonnées téléphoniques et numéro de fax de l'**Hôpital**, le nom de la personne à contacter au sein de l'**Hôpital** et le nom du **Médecin** en charge de **Votre** admission.

#### Étape 2

**Votre Médecin** devra compléter un formulaire d'**Autorisation Préalable**. **Vous** pouvez télécharger ce formulaire depuis la page web "How to claim" sur **Notre** site internet ou depuis l'espace client sécurisé en ligne.

Une fois le formulaire complété par **Votre Médecin**, il peut **Nous** le retourner directement. Alternativement, **Vous** pouvez **Nous** l'adresser également en suivant l'une des méthodes indiquées sur le formulaire ou en utilisant l'espace client sécurisé en ligne à la page "My Claims".

**Nous Vous** contacterons une fois tous les arrangements pris.

#### Étape 3

Lors de **Votre** arrivée à l'établissement de soins le jour du **Traitement**, montrez **Votre** carte d'adhérent et indiquez au personnel que **Vous** bénéficiez du **Tiers Payant** via **Nos** agents.

**Nous** pouvons **Vous** demander également de remplir des formulaires complémentaires, tels que le formulaire de divulgation d'informations médicales par le prestataire de soins. **Vous** trouverez tous **Nos** formulaires sur **Votre** espace client sécurisé en ligne sur [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

**Vous** devrez **Vous** acquitter directement auprès de l'établissement de soins de toute **Franchise Annuelle**, **Participation** ou **Franchise par Visite Ambulatoire** applicable à **Votre contrat** et ce avant **Votre** sortie.

#### Étape 4

Lors de **Votre** sortie, demandez au prestataire de soins de **Nous** adresser l'original du formulaire de demande de remboursement accompagné de la facture à régler. **Vous** pourrez suivre l'avancée du remboursement sous **Votre** espace client sécurisé en ligne. Connectez-**Vous** en utilisant **Votre** nom d'utilisateur et mot de passe sur le site [www.now-health.com](http://www.now-health.com).

#### Notes importantes :

Pour toute **Hospitalisation**, **Soins de Jour** ou **Soins Ambulatoires** importants, contactez-**Nous** au préalable avant de recevoir le **Traitement**. A défaut, **Nous** ne serons peut-être pas en mesure de prendre en charge les frais directement. Ce qui signifie que **Vous** pourrez être amené à verser un acompte ou régler l'intégralité de la facture.

Si **Vous** visitez un **Prestataire de soins en dehors du Réseau de Prestataires Partenaires**, **Nous** appliquerons un pourcentage de **Participation** de 50% à tout **Traitement Éligible** comme stipulé dans le **Tableau des Garanties**. **Vous** serez responsable du règlement de la différence, qui devra être versée directement au **Prestataire de soins en dehors du Réseau de Prestataires Partenaires**.

**Nous Nous** réservons le droit de refuser de prendre en charge toute dépense médicale survenant aux Etats-Unis que **Nous** n'avons pas autorisée.

Si **Nous Nous** acquittons des frais directement auprès du prestataire de soins pour un **Traitement** qui n'est pas **Éligible** sous **Votre Contrat**, **Vous** devez **Nous** rembourser la somme équivalente.

**Vous** devrez **Vous** acquitter directement auprès de l'établissement de soins de toute **Franchise Annuelle**, **Participation** ou **Franchise par Visite Ambulatoire** applicable à **Votre contrat** et ce avant **Votre** sortie.

### 3.5 Quels documents nous adresser pour soumettre une demande de remboursement ?

**Nous Vous** remercions de remplir tous les formulaires demandés par **Nos** services.

**Vous** devez **Nous** adresser **Votre** demande de remboursement dans les six mois suivant la date de **Votre Traitement** (sauf si cela s'avère raisonnablement impossible).

Si le montant total de **Vos** demandes de remboursement actuelles et passées relatives à une **Hospitalisation** ou **Soins de Jour** (par **Pathologie Médicale**, par **Assuré**, par **Période de Couverture**) est supérieur à USD 500/EUR 400/GBP 300, **Nous Vous** remercions de demander à **Votre Médecin** de compléter la section 3 du formulaire.

### 3.6 Ai-je besoin de produire davantage d'informations ?

Il est parfois impossible de déterminer l'**Éligibilité** de **Votre** demande de remboursement à l'aide du seul formulaire, ainsi dans certains cas, **Nous** pouvons **Vous** demander des informations complémentaires. Ces demandes additionnelles seront effectuées de manière raisonnable et toujours dans le but de **Nous** permettre d'étudier **Votre** demande et de prendre une décision.

**Nous** pouvons **Vous** demander l'accès à **Votre** dossier médical y compris aux lettres de recommandation d'un **Médecin**. Si l'accès à ces informations importantes ne **Nous** est pas donné de manière raisonnable, **Nous** devons refuser **Votre** demande de remboursement. Si des remboursements ont été effectués par le passé pour cette **Pathologie Médicale**, **Nous** en récupérons les sommes.

Dans certaines occasions, lorsque l'**Éligibilité** d'une demande de remboursement est incertaine, **Nous** **Nous** réservons le droit de soumettre cette dernière à un **Médecin** de **Notre** choix pour étude, et ce à **Nos** frais. Ils pourront étudier les informations médicales à leur disposition ou **Vous** demander de venir en personne pour un examen physique. En choisissant ce **Médecin**, **Nous** prendrons compte de **Votre** situation personnelle. **Vous** devez coopérer avec le **Médecin** que **Nous** avons mandaté au risque de **Nous** voir refuser la prise en charge de **Votre** demande de remboursement.

### 3.7 Que dois-je faire en cas de couverture ou assurance cumulative ?

Pour toute demande de remboursement, **Vous** devez **Nous** informer si **Vous** avez la possibilité de faire jouer un autre **Contrat** d'assurance pour recouvrer tout ou partie de ces frais. Si un autre **Contrat** d'assurance est mis en jeu, **Nous** ne paierons que la part dont **Nous** sommes redevables.

### 3.8 Que dois-je faire si le Traitement pour lequel je demande le remboursement est relatif à une blessure ou Pathologie Médicale causée par une tierce personne ?

**Vous** devez **Nous** indiquer sur le formulaire si **Vous** avez la possibilité de réclamer le remboursement de **Vos** frais médicaux à une tierce personne.

Si **Vous** demandez le remboursement d'un **Traitement** relatif à une **Pathologie Médicale** causée par une tierce personne, les **Garanties** du **Contrat** **Vous** restent acquises et **Nous** procéderons au remboursement de **Vos** frais.

Si **Vous** demandez le remboursement d'un **Traitement** relatif à une blessure causée par une tierce personne, **Nous** obtenons le droit par la loi de recouvrer de la tierce personne les sommes que **Nous** avons versées au titre des **Garanties** mises en jeu sous le **Contrat**. **Vous** devez **Nous** avertir dès que possible de toute action engagée à l'égard du tiers responsable et **Nous** tenir informés de son aboutissement et de toutes indemnités en résultant.

Si **Votre** action contre le tiers aboutit et des indemnités **Vous** sont versées, ces dernières doivent nous être reversées dans un délai de 21 jours suivant leur réception selon les modalités suivantes :

- Si la demande d'indemnisation engagée contre le tiers **Vous** est accordée intégralement, l'intégralité de cette somme doit **Nous** être reversée.
- Si **Vous** ne recevez qu'un pourcentage de la demande d'indemnisation, ce même pourcentage doit **Nous** être reversé.

Si les sommes reçues ne **Nous** sont pas versées (y compris tout intérêt versé par le tiers), **Nous** sommes en droit de recouvrer ces sommes auprès de **Vous**. De plus, **Votre Contrat** pourra être annulé selon les dispositions de la section 8 concernant **Vos** droits et responsabilités.

Les droits et voies de recours de cette clause s'appliquent en addition, et non en lieu, des autres droits et voies de recours conférés par la loi.

### 3.9 Vous avez une Franchise Annuelle, une Franchise par Visite Ambulatoire et/ou une Participation sur Votre Contrat

Toute **Franchise Annuelle**, **Franchise par Visite Ambulatoire** ou **Participation** apparaît sur **Votre Certificat d'Assurance** et est appliquée dans la même monnaie que celle du paiement de **Vos** primes.

**Une Franchise Annuelle**, **Franchise par Visite Ambulatoire** ou **Participation** est le montant qui reste à **Votre** charge pour toute demande de remboursement, par **Assuré** sous **Votre Contrat**.

Lorsqu'une demande de prise en charge est soumise, toute **Franchise Annuelle** est automatiquement déduite du montant que **Nous** payons en cas d'**Hospitalisation** ou **Soins de Jour Éligibles**.

La **Franchise Annuelle** s'applique par **Assuré**, par **Période de Couverture**. A titre d'exemple, si un **Assuré** demande la prise en charge de plusieurs **Hospitalisations** sur une même **Période de Couverture**, la **Franchise Annuelle** ne s'appliquera qu'à la première **Hospitalisation Éligible** si le montant total de la **Franchise Annuelle** est déduite de cette première demande de prise en charge. Si le montant total de la **Franchise Annuelle** n'a pas été déduite de la première demande, la franchise restante sera déduite de la deuxième demande de prise en charge et ce avant que tout règlement ne soit effectué.

La **Franchise par Visite Ambulatoire** s'applique par **Assuré** et par consultation **Ambulatoire Éligible**. A titre d'exemple, si un **Assuré** se rend à plusieurs visites médicales afin de recevoir des soins **Ambulatoires Éligibles** pour une ou plusieurs **Pathologie(s) Médicale(s)**, alors la **Franchise par Visite Ambulatoire** s'appliquera à chaque consultation.

La **Participation** est le pourcentage des frais encourus qui est à **Votre** charge pour toute demande de remboursement **Éligible** par **Période de Couverture**. A titre d'exemple, si un **Assuré** a sélectionné un pourcentage de **Participation** de 20% applicable aux soins **Ambulatoires** et **Nous** adresse une demande de remboursement d'un montant de USD 100/EUR 80/GBP 62.50, l'**Assuré** devra alors payer USD 20/EUR 16/GBP 12.50 et **Nous** réglerons USD 80/EUR 64/GBP 50.

**Vous** devez **Nous** soumettre **Votre** formulaire de demande de remboursement et **Vos** factures, et ce même si le montant de la **Franchise Annuelle** ou **Franchise par Visite Ambulatoire** est supérieur au montant du remboursement demandé afin de **Nous** permettre de gérer correctement **Votre Contrat**. Lorsque **Vous** soumettez une demande de remboursement, **Nous** réduirons la somme que **Nous** paierons jusqu'à ce que le montant de la **Franchise Annuelle** ou de la **Franchise par Visite Ambulatoire** soit atteint.

### 3.10 Comment sont calculés mes remboursements ?

Pour calculer **Vos** remboursements, **Nous** baserons toujours à la date à laquelle le **Traitement** médical a été reçu et les remboursements seront dans un premier lieu réglés dans la même monnaie que la facture acquittée. Alternativement, **Vous** pouvez demander le remboursement dans la monnaie de **Votre Contrat** ou dans la monnaie de **Votre** choix. **Nous** convertirons les monnaies en **Nous** basant sur les taux de change côtés par Citybank au jour du **Traitement**.

### 3.11 Dans quelles monnaies puis-je obtenir mes remboursements ?

**Vous** pouvez choisir la monnaie dans laquelle **Vous** souhaitez obtenir **Vos** remboursements parmi les options suivantes : la monnaie de **Votre Contrat**, la monnaie dans laquelle **Vous** êtes acquitté de la facture ou toute autre monnaie de **Votre** choix. Nous pouvons effectuer des transactions dans les monnaies listées ci-dessous :\*

<b>ALL</b> Lek albanais	<b>CRC</b> Colon costaricain	<b>LSL</b> Loti du Lesotho	<b>RWF</b> Franc rwandais
<b>DZD</b> Dinar algérien	<b>HRK</b> Kuna croate	<b>LBP</b> Livre libanaise	<b>WST</b> Tala de Samoa
<b>AMD</b> Dram arménien	<b>CZK</b> Couronne tchèque	<b>LYD</b> Dinar libyen	<b>SAR</b> Rial saoudien
<b>AOA</b> Kwanza angolais	<b>DKK</b> Couronne danoise	<b>LTL</b> Litas lituanien	<b>RSD</b> Dinar serbe
<b>AUD</b> Dollar australien	<b>DJF</b> Franc de Djibouti	<b>MKD</b> Dinar macédonien	<b>SCR</b> Roupie seychelloise
<b>AZN</b> Nouveau manat azerbaïdjanais	<b>DOP</b> Peso dominicain	<b>MOP</b> Pataca de Macao	<b>SLL</b> Leone de Sierra Leone
<b>BSD</b> Dollar bahaméen	<b>EGP</b> Livre égyptienne	<b>MGA</b> Ariary malgache	<b>SGD</b> Dollar de Singapour
<b>BHD</b> Dinar bahreïni	<b>EUR</b> Euro	<b>MWK</b> Kwacha malawien	<b>SBD</b> Dollar des îles Salomon
<b>BDT</b> Taka bangladais	<b>ERN</b> Nakfa érythréen	<b>MVR</b> Rufiyaa maldivien	<b>ZAR</b> Rand sud-africain
<b>BBD</b> Dollar de la Barbade	<b>EEK</b> Kroon estonien	<b>MYR</b> Ringgit malais	<b>SRD</b> Dollar du Surinam
<b>BYR</b> Rouble biélorusse	<b>ETB</b> Birr éthiopien	<b>MRO</b> Ouguiya mauritanien	<b>SEK</b> Couronne suédoise
<b>BZD</b> Dollar bélizien	<b>FJD</b> Dollar de Fidji	<b>MUR</b> Roupie mauricienne	<b>SZL</b> Lilangeni du Swaziland
<b>BMD</b> Dollar bermudien	<b>GMD</b> Dalasi gambien	<b>MXN</b> Peso mexicain	<b>CHF</b> Franc suisse
<b>BTN</b> Ngultrum du Bhoutan	<b>GEL</b> Lari géorgien	<b>MDL</b> Leu moldave	<b>LKR</b> Roupie sri lankaise
<b>BOB</b> Bolíviano bolivien	<b>GHS</b> Cédi ghanéen	<b>MNT</b> Tugrik mongol	<b>TWD</b> Nouveau dollar de Taiwan
<b>BAM</b> Mark convertible de Bosnie-Herzégovine	<b>GTQ</b> Quetzal guatémaltèque	<b>MAD</b> Dirham marocain	<b>TZS</b> Shilling tanzanien
<b>BWP</b> Pula du Botswana	<b>GNF</b> Franc guinéen	<b>MZN</b> Metical mozambicain	<b>THB</b> Baht thaïlandais
<b>BRL</b> Réal brésilien	<b>GYD</b> Dollar guyanien	<b>NAD</b> Dollar namibien	<b>TOP</b> Pa'anga de Tonga
<b>BND</b> Dollar du Brunei	<b>HTG</b> Gourde haïtienne	<b>NPR</b> Roupie népalaise	<b>TTD</b> Dollar de Trinidad
<b>BGN</b> Lev bulgare	<b>HNL</b> Lempira hondurien	<b>NZD</b> Dollar néo-zélandais	<b>TND</b> Dinar tunisien
<b>BIF</b> Franc burundais	<b>HKD</b> Dollar de Hong Kong	<b>NIO</b> Cordoba nicaraguayen	<b>TRY</b> Livre turque
<b>CAD</b> Dollar canadien	<b>HUF</b> Forint hongrois	<b>NGN</b> Naira nigérian	<b>AED</b> Dirham des Émirats arabes unis
<b>CVE</b> Escudo cap-verdien	<b>INR</b> Roupie indienne	<b>NOK</b> Couronne norvégienne	<b>UGX</b> Shilling ougandais
<b>KHR</b> Riel cambodgien	<b>IDR</b> Roupie indonésienne	<b>OMR</b> Rial omanais	<b>GBP</b> Livre britannique
<b>KYD</b> Dollar des îles Caïmans	<b>ILS</b> Shekel israélien	<b>PKR</b> Roupie pakistanaise	<b>UAH</b> Hryvnia ukrainienne
<b>XOF</b> Franc CFA	<b>JMD</b> Dollar jamaïcain	<b>PGK</b> Kina de Papouasie-Nouvelle-Guinée	<b>UYU</b> Peso uruguayen
<b>XAF</b> Franc CFA d'Afrique centrale, BEAC	<b>JPY</b> Yen japonais	<b>PYG</b> Guarani paraguayen	<b>USD</b> Dollar des États-Unis
<b>XPF</b> Franc CFP	<b>JOD</b> Dinar jordanien	<b>PEN</b> Sol péruvien	<b>UZS</b> Som ouzbek
<b>CLP</b> Peso chilien	<b>KZT</b> Tenge kazakh	<b>PHP</b> Peso philippin	<b>VUV</b> Vatu vanuatais
<b>CNY</b> Yuan ou renminbi chinois	<b>KES</b> Shilling kényan	<b>PLN</b> Zloty polonais	<b>VEF</b> Bolivar vénézuélien
<b>COP</b> Peso colombien	<b>KRW</b> Won sud-coréen	<b>QAR</b> Rial qatari	<b>VND</b> Dong vietnamien
<b>KMF</b> Franc comorien	<b>KWD</b> Dinar koweïtien	<b>RON</b> Nouveau leu roumain	<b>YER</b> Rial yéménite
	<b>LAK</b> Kip laotien	<b>RUB</b> Rouble russe	<b>ZMK</b> Kwacha zambien
	<b>LVL</b> Lats letton		

\*Soumises aux monnaies locales et/ou réglementations/restrictions internationales.

## 4. Les Garanties : ce que nous garantissons

Toutes les **Garanties** offertes par WorldCare sont détaillées dans le **Tableau des Garanties** de cette section. Les limites de **Garanties** indiquées sont exprimées par **Assuré** et soit par **Pathologie Médicale**, par visite ou par **Période de Couverture**. Pour les maladies en phase **Terminale**, les limites sont viagères. **Nous Nous** permettons de **Vous** rappeler que ce **Contrat** n'est pas conçu pour prévoir toutes les éventualités. En contrepartie du paiement des primes, **Nous Nous** engageons à fournir la couverture telle que décrite dans les termes de ce **Contrat**.

**Nous Vous** invitons à **Vous** reporter aux définitions de la section 1 pour plus de détails sur les documents qui forment **Votre Contrat**.

### 4.1 Résumé de WorldCare

WorldCare a été conçu pour couvrir les frais médicaux **Raisonnables et habituels** pour le **Traitement** actif et **Médicalement Nécessaire** de maladies, affections ou blessures.

Worldcare **Vous** couvre dans le monde entier, à l'exception des Etats-Unis, sauf si l'option **Traitement** électif aux Etats-Unis a été sélectionnée.

Un résumé de chaque **Contrat** est présenté ci-dessous :

<b>Essential</b>	Couverture pour les <b>Traitements</b> avec <b>Hospitalisation</b> et en <b>Soins de jour</b> , avec la possibilité de réduire vos primes d'assurance en choisissant une <b>Franchise Annuelle</b> importante. Cette formule s'adresse aux personnes souhaitant couvrir uniquement les soins médicaux lourds et coûteux/peu fréquents.
<b>Advance</b>	Offre les <b>Garanties</b> du contrat Essential auxquelles s'ajoutent une couverture limitée de <b>Vos Soins Ambulatoires</b> .
<b>Excel</b>	Offre les <b>Garanties</b> du contrat Advance auxquelles s'ajoutent la couverture de vos soins dentaires, ainsi que des limites de <b>Contrat</b> généralement rehaussées.
<b>Apex</b>	Offre les <b>Garanties</b> du contrat Excel auxquelles s'ajoutent la couverture de vos soins dentaires et de maternité, ainsi que des limites de <b>Garanties</b> généralement rehaussées.
<b>Garanties Optionnelles</b>	Afin de <b>Vous</b> fournir davantage de flexibilité, <b>Vous</b> pouvez également sélectionner certaines <b>Garanties</b> additionnelles optionnelles, importantes pour vous.

Les options disponibles sont :

<b>Traitement</b> Électif aux Etats-Unis	Les frais d' <b>Hospitalisation</b> , de <b>Soins de Jour</b> et de <b>Soins Ambulatoires</b> aux Etats-Unis sont remboursés intégralement lorsque le <b>Traitement</b> est reçu au sein de <b>Notre</b> réseau de Prestataires Partenaires.
<b>Participation aux Soins Ambulatoires</b>	Si <b>Vous</b> optez pour cette option, les frais de <b>Soins Ambulatoires Éligibles</b> seront sujets à un pourcentage de <b>Participation</b> de 10%.
<b>Participation aux Soins Ambulatoires – Option 2</b>	Si <b>Vous</b> optez pour cette option, les frais de <b>Soins Ambulatoires Éligibles</b> seront sujets à un pourcentage de <b>Participation</b> de 20%.
<b>Bien-être, Optique et Vaccinations</b>	Il s'agit d'une option disponible sur Advance, Excel et Apex et qui offre une couverture limitée pour le bien être, l'optique et les <b>Vaccinations</b> .
<b>Bien-être, Optique et Vaccinations – Option 2</b>	Comme pour l'option Bien-être, Optique et <b>Vaccinations</b> avec des limites de <b>Garanties</b> généralement rehaussées.
<b>Votre choix de Franchise Annuelle</b>	La <b>Franchise Annuelle</b> du <b>Contrat</b> s'applique à toute <b>Hospitalisation</b> et <b>Soins de Jour</b> et s'exprime par <b>Assuré</b> , par <b>Période de Couverture</b> .
<b>Franchise par Visite Ambulatoire</b>	Cette option est disponible pour Advance, Excel et Apex. <b>Vous</b> pouvez choisir de payer USD 25/EUR 20/GBP 10 ou USD 15/EUR 12/GBP 10 à chaque visite chez le <b>Médecin</b> administrant des <b>Soins Ambulatoires</b> . <b>Nous Vous</b> remercions de noter que <b>Vous</b> devrez <b>Vous</b> acquitter des premiers USD 25/ EUR 20/GBP 10 ou USD 15/EUR 12/GBP 10 pour toute demande de remboursement de <b>Soins Ambulatoires Éligible</b> .
<b>Soins Ambulatoires</b> (uniquement disponible pour Essential)	Ajoutez la couverture de <b>Vos Soins Ambulatoires</b> au <b>Contrat</b> Essential.
<b>Soins Ambulatoires</b> (uniquement disponible pour Essential) – Option 2	Comme pour l'option <b>Soins Ambulatoires</b> , avec la couverture des traitements d'entretien des <b>Pathologies Médicales Chroniques</b> pour un montant ne dépassant pas la sous-limite indiquée.

Ce qui précède est un résumé de quelques **Garanties** du **Contrat**. Pour connaître toutes les **Garanties** et exclusions, il est important de lire ce guide en entier. Pour voir l'ensemble du **Tableau des Garanties**, merci de consulter la section 4.3.

## 4.2 Autorisation Préalable

Quand devez-**Vous Nous** contacter avant de recevoir un **Traitement** médical ?

**Votre Contrat** ne couvre que les **Traitements Médicalement Nécessaires** d'un coût **Raisonnable et habituel**. Il est important que **Vous Nous** contactiez avant de recevoir un **Traitement** afin que **Nous** puissions **Vous** confirmer que ce dernier est **Éligible** sous **Votre Contrat**.

Une **Autorisation Préalable** est ainsi requise avant le début du **Traitement** et d'encourir des frais médicaux. Le symbole "**Autorisation Préalable** 📄" présent dans le **Tableau des Garanties** indique les **Garanties** pour lesquelles une **Autorisation Préalable** est requise.

**Vous** devez contacter **Notre** Service Client au +356 2260 5110.

**Autorisation Préalable** signifie que tous les frais relatifs à la **Garantie** mise en jeu requièrent une **Autorisation Préalable** de **Notre** part, ces frais peuvent être couverts ou non par **Votre Contrat**.

Une **Autorisation Préalable** est requise pour les **Traitements** suivants :

- Toute **Hospitalisation**
- Les **Soins de Jour** programmés
- Toute chirurgie programmée
- **Procédures de Diagnostic** - tomographie par émission de positrons (PET)
- **Hospitalisation** psychiatrique
- **Évacuation** et **Rapatriement**
- Corps du défunt
- La **Kinésithérapie** pour les **Contrats** Advance, Excel et Apex, toutes les 10 séances
- Soins infirmiers à domicile
- SIDA
- **Traitement** électif aux Etats-Unis

Si une **Autorisation Préalable** n'est pas obtenue et que le **Traitement** reçu s'avère ne pas être **Médicalement Nécessaire**, **Nous Nous** réservons le droit de refuser la prise en charge. Si le **Traitement** est **Médicalement Nécessaire**, mais non autorisé par **Nous** au préalable, **Nous** prendrons en charge uniquement les **Frais Raisonnables et habituels**. Par **Frais Raisonnables et habituels** on entend les frais standards et habituellement facturés pour **Votre** traitement.

En cas d'**Urgence** Médicale, **Vous**, **Votre Médecin** ou l'**Hôpital** doivent contacter **Notre** service d'assistance en cas d'**Urgence** disponible 24h/24 et ce dès que possible. A défaut d'obtenir une **Autorisation Préalable** pour le **Traitement** d'une **Pathologie Médicale Éligible**, **Vous** serez peut être amené à prendre en charge une portion des coûts.

## 4.3 Now Health International: WorldCare

WorldCare a été conçu pour couvrir les frais de santé **Raisonnables et habituels** et le **Traitement** actif **Médicalement Nécessaire** des maladies, affections ou blessures.

Le **Tableau des Garanties** ci-dessous donne le détail de la couverture offerte par chaque **Contrat**. Cette information additionnelle doit être lue conjointement avec l'intégralité de ce guide.

Les **Garanties** sont conçues pour couvrir le **Traitement** de court terme dispensé à l'occasion d'épisodes aigus de **Pathologies Chroniques**, et dont le but est de **Vous** ramener à l'état de santé dont **Vous** bénéficiez immédiatement avant de subir l'épisode, ou qui permettra **Votre** rétablissement complet.

A défaut, si un **Traitement** d'entretien d'une **Pathologie Chronique**, telle que l'asthme, le diabète et l'hypertension, est requis, une telle couverture sera fournie sous la **Garantie 1 - Traitement** d'entretien des **Pathologies Médicales Chroniques**. Certaines couvertures indiquent un "remboursement intégral", cela signifie que les demandes de prise en charge **Éligibles** seront couvertes jusqu'à la limite du plafond annuel du **Contrat**, après déduction de toute **Franchise Annuelle**, **Franchise par Visite Ambulatoire**, **Participation** ou condition similaire, si les frais engagés pour le **Traitement Médicalement Nécessaire** sont **Raisonnables et habituels**.

## 4.3.1 WorldCare Essential

Garantie	Essential
Plafond Annuel du Contrat Services d'assistance téléphonique disponibles 24h/24 pour l'ensemble des Contrats	USD 3m/ EUR 2.4m/ GBP 1.9m
<p><b>1. Traitement d'Entretien des Pathologies Médicales Chroniques:</b> <i>Traitement d'entretien des <b>Pathologies Médicales</b> chroniques, ce qui comprend mais ne se limite pas à l'asthme, le diabète et l'hypertension et qui requièrent une surveillance constante ou de long terme par le biais de consultations, examens, bilans de santé, <b>Médicaments et Pansements</b> et/ou tests et dans la limite du plafond de <b>Garantie</b> suivant <b>Votre Date d'Entrée au Contrat</b>. Cette <b>Garantie</b> ne couvre pas l'insuffisance rénale et la dialyse rénale. Leur prise en charge relève de la <b>Garantie 6</b>. Les <b>Traitements</b> contre le <b>Cancer</b> relèvent de la <b>Garantie 8</b>.</i></p>	<p>▶ Non couvert</p>
<p><b>2. Frais d'Hospitalisation, Honoraires de Médecin et Spécialiste:</b></p> <p>(i) Les frais d'<b>Hospitalisation</b> et de <b>Soins de Jour</b> facturés par un <b>Hôpital</b> y compris les frais de séjour (salle commune/chambre privée ou semi-privée); les <b>Analyses et Examens médicaux</b>; les frais opératoires y compris les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste; et la couverture des soins infirmiers administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b>; les <b>Médicaments et Pansements</b> prescrits par un <b>Médecin</b> ou un <b>Spécialiste</b>; et les appareils chirurgicaux utilisés par le <b>Médecin</b> durant l'opération. Cela inclut les consultations pré et postopératoires en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> et les soins intensifs.</p> <p>(ii) Les frais accessoires : L'achat ou la location de béquilles, cannes, aides à la marche et fauteuils roulants non électriques à propulsion manuelle dans les six mois qui suivent une <b>Hospitalisation</b> ou des <b>Soins de Jour</b> pour le <b>Traitement d'une Pathologie Médicale Éligible</b>.</p>	<p>(i) ▶ Remboursement intégral <b>Autorisation Préalable pour (i)</b> 📞</p> <p>(ii) ▶ Jusqu'à USD 1,500/ EUR 1,200/GBP 930 par <b>Pathologie Médicale</b></p>
<p><b>3. Procédures Diagnostiques:</b> <i>Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomographie par ordinateur (CT-scan) <b>Médicalement Nécessaires</b> à des fins diagnostiques lors d'une <b>Hospitalisation, Soins de Jour</b> ou soins <b>Ambulatoires</b>.</i></p>	<p><b>Autorisation Préalable pour les TEP</b> 📞</p> <p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>4. Transport en Ambulance d'Urgence:</b> <i>Transport en ambulance d'<b>Urgence</b> par route vers un <b>Hôpital</b> ou entre deux <b>Hôpitaux</b>, ou lorsque considéré <b>Médicalement Nécessaire</b> par un <b>Médecin</b> ou un <b>Spécialiste</b>.</i></p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>5. Frais de Séjour d'un Parent:</b> <i>Frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> d'un parent restant durant la nuit avec un <b>Assuré</b> âgé de moins de 18 ans lorsque l'enfant est admis pour un <b>Traitement Éligible</b> en <b>Hospitalisation</b>.</i></p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>6. Insuffisance Rénale et Dialyse Rénale:</b></p> <p>(i) <b>Traitement</b> de l'insuffisance rénale, y compris les dialyses rénales en <b>Hospitalisation</b>.</p> <p>(ii) <b>Traitement</b> de l'insuffisance rénale, y compris les dialyses rénales en <b>Soins de Jour</b> ou en <b>Ambulatoire</b>.</p>	<p>(i) ▶ Remboursement intégral pour les soins pré et postopératoires en <b>Hospitalisation</b></p> <p>(ii) ▶ Jusqu'à USD 25,000/ EUR 20,000/ GBP 15,625 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>7. Greffe d'Organe:</b></p> <p>(i) <b>Traitement</b> pour ou en relation avec une greffe de rein, pancréas, foie, cœur, poumon, moelle osseuse, cornée, ou cœur et poumon lorsque le receveur est un <b>Assuré au Contrat</b>. Lorsque la greffe d'organe est requise en raison d'un <b>Trouble Congénital</b>, la prise en charge sera acquise sous la <b>Garantie 12</b> mais exclue de la <b>Garantie 7</b> - Greffe d'Organe.</p> <p>(ii) Frais médicaux encourus par le donneur d'organe lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>, à l'exception des frais de recherche de donneur d'organe. <b>Nous prenons en charge uniquement les greffes d'organes effectuées au sein d'établissements internationaux accrédités, par des chirurgiens accrédités et lorsque la collecte d'organes respecte les recommandations de l'OMS.</b></p>	<p>(i) ▶ Remboursement intégral</p> <p>(ii) ▶ Jusqu'à USD 50,000/ EUR 40,000/ GBP 31,250 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>8. Traitement contre le Cancer:</b> <i><b>Traitement</b> contre le <b>Cancer</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation, Soins de Jour</b> ou <b>Soins Ambulatoires</b>. Cela inclut les frais d'oncologie, la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, seules ou combinées, et ce dès le diagnostic établi.</i></p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>

Garantie	Essential
<p><b>9. Conditions Médicales de Grossesse:</b></p> <p><b>Traitement</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> pour une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> et survenant durant les stades prénatals de la <b>Grossesse</b> ou pour une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> et survenant durant l'accouchement. <b>Nous</b> autoriserions le <b>Traitement</b> des éléments suivants comme éligibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grossesse</b> ectopique (lorsque le fœtus grandit en dehors de l'utérus)</li> <li>• Môle hydatiforme (croissance anormale de cellules dans l'utérus)</li> <li>• Rétention placentaire (rétention du placenta dans l'utérus)</li> <li>• Placenta praevia</li> <li>• <b>Éclampsie</b> (coma ou convulsions durant la <b>Grossesse</b> et suivant un épisode de prééclampsie)</li> <li>• <b>Diabète</b> (si une exclusion a été portée au <b>Contrat</b> du fait de <b>Vos</b> antécédents médicaux de diabète, alors <b>Vous</b> ne serez pas couvert pour le <b>Traitement</b> du diabète pendant la <b>Grossesse</b>)</li> <li>• Hémorragie post-partum (saignements abondants dans les heures ou jours suivant l'accouchement)</li> <li>• Fausse couche nécessitant un <b>Traitement</b> chirurgical immédiat</li> </ul> <p><b>Délai de carence:</b> les frais engagés dans les 12 mois à compter de la date d'entrée sous la police de la mère sont exclus.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral</p>
<p><b>10. Couverture du Nouveau-Né:</b></p> <p><b>Traitement</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> pour naissance prématurée (i.e avant les 37 semaines de gestation) ou pour une <b>Pathologie Aiguë</b> dont souffre le <b>Nouveau-Né</b> de l'<b>Assuré</b> et qui se manifeste dans les 30 jours suivant sa naissance. A la condition que le <b>Nouveau-Né</b> soit ajouté au <b>Contrat</b> dans les 30 jours suivant sa naissance et que la prime soit payée. En cas de naissances multiples, la <b>Garantie</b> est acquise à hauteur des mêmes limites de <b>Garanties</b> indiquées.</p> <p>Dans l'éventualité où <b>Nous</b> demandons des détails sur les antécédents médicaux du <b>Nouveau-Né</b> avant l'ajout du bébé au <b>Contrat</b>, <b>Nous</b> nous réservons le droit de porter des restrictions à la couverture que <b>Nous</b> offrons.</p> <p>Nous vous invitons à vous reporter à la section 6.5 – Ajouter un <b>Nouveau-né</b> de ce Guide Client pour plus de détails.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Jusqu'à USD 100,000/ EUR 80,000/ GBP 62,500 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>11. Frais de Séjour des Nouveau-Nés Accompagnant leur Mère:</b></p> <p>Frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> d'un <b>Nouveau-Né</b> (âgé de 16 semaines au plus) accompagnant sa mère (elle-même <b>Assurée</b> au <b>Contrat</b>) alors qu'elle reçoit un <b>Traitement Éligible</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b>.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral</p>
<p><b>12. Trouble Congénital:</b></p> <p><b>Traitement</b> d'un <b>Trouble Congénital</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b>. Dans l'éventualité où un <b>Trouble Congénital</b> se manifeste chez un <b>Nouveau-né</b> dans les 30 jours suivant sa naissance, la couverture de cette <b>Pathologie Médicale</b> sera acquise sous la <b>Garantie</b> 10, et exclue de la <b>Garantie</b> 12 - <b>Trouble Congénital</b>.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Jusqu'à USD 100,000/ EUR 80,000/ GBP 62,500 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>13. Chirurgie Réparatrice:</b></p> <p>Chirurgie Réparatrice requise afin de rétablir une fonction naturelle ou un aspect physique après un <b>Accident</b>, ou à la suite d'une <b>Procédure Chirurgicale</b> pour traiter une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>, survenant après la <b>Date d'entrée</b> de l'<b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> ou la <b>Date d'Effet</b>, la date la plus tardive étant retenue.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral</p>
<p><b>14. Rééducation:</b></p> <p>Lorsque prescrit par un <b>Spécialiste</b> comme une partie intégrante du <b>Traitement</b> d'une <b>Pathologie Médicale</b> qui requiert <b>Votre</b> admission dans une unité de <b>Rééducation</b> reconnue d'un <b>Hôpital</b>. Suite à l'<b>Hospitalisation</b> de l'<b>Assuré</b> au sein d'un <b>Hôpital</b> durant au minimum trois jours consécutifs et lorsqu'un <b>Spécialiste</b> confirme par écrit que la <b>Rééducation</b> est nécessaire. L'admission dans une unité de <b>Rééducation</b> doit être effectuée dans les 14 jours de la sortie de l'<b>Hôpital</b>. Un tel <b>Traitement</b> doit être sous la supervision et le contrôle direct d'un <b>Spécialiste</b> et comprend:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation de salles de <b>Traitement</b> spécial</li> <li>Les frais de physiothérapie</li> <li>Les frais de thérapie du langage</li> <li>Les frais d'ergothérapie</li> </ol>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral pour le <b>Traitement Éligible</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b> uniquement jusqu'à 30 jours par <b>Pathologie Médicale</b></p>
<p><b>15. Soins Dentaires d'Urgence avec Hospitalisation:</b></p> <p>Cela désigne les soins dentaires de restauration d'<b>Urgence</b> requis afin de sonder les dents naturelles à la suite d'un <b>Accident</b> et nécessitant <b>Votre</b> admission à l'<b>Hôpital</b> pour une nuit au moins.</p> <p>Les soins dentaires doivent être reçus dans les 10 jours suivant l'<b>Accident</b>. La <b>Garantie</b> prend en charge tout <b>Traitement</b> nécessaire à la suite d'une blessure accidentelle causée par un impact extra-buccal, lorsque les conditions suivantes s'appliquent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le <b>Traitement</b> comprend le remplacement d'une couronne, de bridge, de facette ou prothèse dentaire, <b>Nous</b> paierons uniquement le coût raisonnable et habituellement pratiqué pour un remplacement du même type ou de la même qualité.</li> <li>• Si des implants dentaires sont cliniquement nécessaires, <b>Nous</b> paierons uniquement le montant des frais qui aurait été déboursés si une pose de bridge avait été réalisée à la place.</li> </ul> <p>Cette <b>Garantie</b> couvre également la réparation ou la reconstruction de prothèses dentaires endommagées à la suite d'un <b>Accident</b> qui nécessite l'admission de l'<b>Assuré</b> dans un <b>Hôpital</b> pour au moins une nuit, sous réserve que ces prothèses dentaires étaient portées au moment de l'<b>Accident</b>.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral</p>
<p><b>16. Traitement Psychiatrique avec Hospitalisation:</b></p> <p><b>Traitement</b> psychiatrique reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> dans une unité de soins psychiatriques reconnue d'un <b>Hôpital</b>. Tout <b>Traitement</b> doit être administré sous le contrôle direct d'un psychiatre agréé.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;"><b>Autorisation Préalable</b> 📞</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral jusqu'à 30 jours par <b>Période de Couverture</b></p>

Garantie	Essential
<p><b>17. Maladie en Phase Terminale:</b></p> <p><i>Soins palliatifs et Soins en Hospice : Lorsque la maladie est diagnostiquée en <b>Phase Terminale</b>, prise en charge des <b>Traitements en Hospitalisation, Soins de Jour ou Soins Ambulatoires</b> administrés sur l'avis d'un <b>Médecin ou Spécialiste</b> dans le but de soulager temporairement les symptômes. Prise en charge des frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> ou en hospice, des soins infirmiers administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b> et des <b>Médicaments et Pansements</b> prescrits.</i></p>	<p>▶ <b>Traitement Éligible</b> en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> uniquement jusqu'à USD 50,000/ EUR 40,000/GBP 31,250 limite viagère</p>
<p><b>18. Traitement d'Urgence aux Etats-Unis:</b></p> <p><i>Pour les voyages planifiés d'une durée allant jusqu'à 30 jours. Prise en charge du <b>Traitement</b> administré par un <b>Médecin ou Spécialiste</b> dans les 24 heures suivant la situation d'<b>Urgence</b>, rendu nécessaire à la suite d'un <b>Accident</b> ou le début soudain d'une maladie grave provoquant une <b>Pathologie Médicale</b> qui présente une menace immédiate pour l'état de santé de l'<b>Assuré</b>.</i></p> <p><i>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou les <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</i></p>	<p>▶ <b>Accident:</b> Remboursement intégral pour les <b>Accidents</b> nécessitant une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>.</p> <p>▶ <b>Maladies:</b> Pour les <b>Hospitalisations</b> et <b>Soins de Jour</b>, jusqu'à USD 25,000/ EUR 20,000/ GBP 15,625 par <b>Période de Couverture</b>.</p> <p>▶ Pour les <b>Soins Ambulatoires</b> reçus au Service d'Accueil des <b>Urgences</b> d'un <b>Hôpital</b> jusqu'à USD 500/ EUR 400/ GBP 310 par <b>Période de Couverture</b>.</p>
<p><b>19. Évacuation et Rapatriement:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p><i>Des arrangements seront pris pour déplacer un <b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> présentant une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> grave, mettant sa vie en danger vers le centre médical le plus proche dans le but d'être admis à l'<b>Hôpital</b> en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>.</i></p> <p><i>Prise en charge des dépenses raisonnables suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Frais de transport d'un <b>Assuré</b> en cas de <b>Traitement</b> d'Urgence et transport <b>Médicalement Nécessaire</b> et lorsque les soins ne peuvent être facilement dispensés sur le lieu de l'incident. Cela inclut un billet en classe économique pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place, qui voyage à titre d'escorte.</i></li> <li>(ii) <i>Frais raisonnables de transport local aller-retour pour se rendre à des rendez-vous d'ordre médical lorsque le <b>Traitement</b> est reçu en <b>Soins de Jour</b>.</i></li> <li>(iii) <i>Frais raisonnables de transport local aller-retour pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place pour se rendre à l'<b>Hôpital</b> et visiter l'<b>Assuré</b> suite à son <b>Hospitalisation</b>.</i></li> <li>(iv) <i>Frais raisonnables d'hébergement non-hospitalisé et ce immédiatement avant ou après la période d'admission à l'<b>Hôpital</b> à condition que l'<b>Assuré</b> soit suivi par un <b>Spécialiste</b>.</i></li> </ul> <p><i>Les coûts de l'<b>Évacuation</b> ne s'étendent pas aux frais de sauvetages air-mer ou en montagne qui ne sont pas encourus dans des stations de ski reconnues ou stations de sports d'hiver similaires.</i></p> <p><i>Nos conseillers médicaux décideront du moyen de transport le plus approprié pour l'<b>Évacuation</b> et cette <b>Garantie</b> ne prendra pas en charge le transport s'il est effectué contre l'avis médical de <b>Nos</b> conseillers médicaux ou vers un centre médical ne disposant pas d'infrastructures appropriées pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b>.</i></p> <p><b>Rapatriement</b></p> <p><i>Prise en charge d'un billet en classe économique afin de rapatrier l'<b>Assuré</b> et la personne l'accompagnant sur place, qui voyage à titre d'escorte, vers le lieu du <b>Traitement</b> ou le <b>Pays d'Origine</b> de l'<b>Assuré</b> ou son <b>Pays de Résidence</b> principal, à condition que le déplacement soit effectué dans le mois suivant l'arrêt du <b>Traitement</b>.</i></p> <p><i>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou aux <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</i></p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ▶ Remboursement intégral</li> <li>(ii) ▶ Remboursement intégral</li> <li>(iii) ▶ Remboursement intégral</li> <li>(iv) ▶ Jusqu'à USD 200/ EUR 160/GBP 125 par jour. Jusqu'à to USD 7,500/ EUR 6,000/GBP 4,600 par personne, par <b>Évacuation</b>.</li> </ul> <p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Remboursement intégral</li> </ul>
<p><b>20. Corps du défunt:</b></p> <p><i>En cas de décès suite à une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>, nous paierons les coûts <b>Raisonnables et habituels</b> suivants:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) <i>Transport du corps du défunt <b>Assuré</b> ou de ses cendres vers son <b>Pays d'Origine</b> ou <b>Pays de Résidence</b>.</i></li> <li>(ii) <i>Frais d'enterrement ou de crémation à l'endroit du décès et conformément aux pratiques raisonnables et usuelles.</i></li> </ul>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ▶ Remboursement intégral</li> <li>(ii) ▶ Jusqu'à USD 10,000/ EUR 8,000/GBP 6,250</li> </ul>

Garantie	Essential
<p><b>21. Garantie Forfaitaire en cas d'Hospitalisation:</b></p> <p>Cette <b>Garantie</b> est payable pour chaque nuit passée par un <b>Assuré</b> à l'<b>Hôpital</b> et uniquement si l'<b>Assuré</b> est admis à l'<b>Hôpital</b> avant minuit et reçoit le <b>Traitement</b> gratuitement, <b>Traitement</b> qui si reçu dans le privé aurait été <b>Éligible</b> sous ce <b>Contrat</b>. La <b>Garantie</b> est acquise pour un maximum de 30 nuits par <b>Période de couverture</b>.</p> <p>Pour cette <b>Garantie</b> l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.</p>	<p>▶</p> <p>USD 125/ EUR 100/ GBP 75 par nuit</p>
<p><b>22. Soins Ambulatoires:</b></p> <p>Honoraires de <b>Médecin</b> y compris les consultations; les honoraires de <b>Spécialiste</b>; Frais de télé-médecine; les <b>Examens</b> et <b>Analyses Médicales</b>; les <b>Médicaments et Pansements</b> prescrits.</p> <p>Toutes les consultations pré opératoires ou post-hospitalisation sont prises en charge sous cette <b>Garantie</b>.</p>	<p>▶</p> <p>Consultation préopératoire dans les 15 jours précédant l'admission et consultation post-hospitalisation dans les 30 jours suivant la sortie de l'<b>Hôpital</b>.</p> <p>Jusqu'à USD 2,000/ EUR 1,600/GBP 1,250 par <b>Pathologie Médicale</b> par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>23. Chirurgie en Soins de Jour ou en Ambulatoire:</b></p> <p>Prise en charge des frais de <b>Procédure Chirurgicale</b> réalisée en cabinet médical, à l'<b>Hôpital</b>, en unité de soins de jour ou unité de consultation en <b>Ambulatoire</b>. Toutes les consultations pré et postopératoires sont prises en charge sous la <b>Garantie 22 - Soins Ambulatoires</b>.</p>	<p>▶</p> <p>Remboursement intégral</p>
<p><b>24. Traitement Psychiatrique en Soins Ambulatoires:</b></p> <p>Traitement ambulatoire administré par un psychologue agréé et/ou un psychiatre agréé, sous réserve de 10 séances et de la limite de coût en vertu de la présente section.</p> <p>Pour les 5 premières séances, vous pouvez choisir de consulter un psychologue agréé directement sans avoir besoin de recommandation médicale. Cependant, toute séance ultérieure avec un psychologue agréé nécessitera une recommandation médicale et un diagnostic auprès d'un médecin généraliste qualifié ou un d'un spécialiste.</p>	<p>▶</p> <p>Non couvert</p>
<p><b>25. Kinésithérapie ambulatoire et médecine douce:</b></p> <p>(i) Kinésithérapie réalisée par un <b>Kinésithérapeute</b>.</p> <p>(ii) Médecine complémentaire et <b>Traitement</b> par un thérapeute. Cette <b>Garantie</b> comprend les <b>Traitements</b> réalisés par les ostéopathes, podologues et podiatres, les chiropracteurs, les homéopathes, les diététiciens et les acupuncteurs mais exclut les <b>Kinésithérapeutes</b> couverts en (i).</p> <p>(iii) <b>Traitements</b> ou thérapies administrés en <b>Soins Ambulatoires</b> par un <b>Médecin</b> traditionnel chinois reconnu ou un <b>Médecin</b> ayurvédique.</p> <p>Par année d'assurance, <b>Vous</b> pouvez choisir un total de 5 séances de la combinaison de votre choix parmi les garanties (i) et (ii) à l'exclusion des diététiciens sans une nécessité de recommandation médicale; toutes les consultations ultérieures nécessiteront une recommandation d'un médecin ou d'un spécialiste.</p> <p>Au titre de cette <b>Garantie</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p>(i) ▶</p> <p>Jusqu'à 5 séances dans les 30 jours suivant l'hospitalisation</p> <p>(ii) ▶</p> <p>Non couvert</p> <p>(iii) ▶</p> <p>Non couvert</p>
<p><b>26. Soins Infirmiers à Domicile:</b></p> <p>(i) Soins administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b> au domicile de l'<b>Assuré</b>, reçus immédiatement à la suite d'un <b>Traitement</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> sur la recommandation d'un <b>Médecin</b> ou d'un <b>Spécialiste</b>.</p> <p>(ii) Visite à domicile en <b>Urgence</b> de <b>Médecin</b> (médecin généraliste) en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>(i) ▶</p> <p>Jusqu'à to USD 100/ EUR 80/GBP 65 par jour, jusqu'à 30 jours par <b>Pathologie Médicale</b>.</p> <p>(ii) ▶</p> <p>Non couvert</p>
<p><b>27. SIDA:</b></p> <p>Dépenses médicales qui résultent ou sont de quelque manière que ce soit liées au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et/ou aux pathologies liées au VIH y compris le Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA) ou le complexe associé au SIDA (ou ARC pour AIDS Related Complex) et/ou ses dérivés ou variations mutantes. A la suite d'un <b>Accident*</b> du travail avéré ou d'une transfusion de sang**. Les dépenses se limitent aux consultations pré et post-diagnostic, contrôles de routine pour cette condition, <b>Médicaments et Pansements</b> (à l'exception des <b>Traitements</b> expérimentaux ou non prouvés), frais de <b>Chambre d'Hôpital</b> et soins infirmiers.</p> <p>* Pour le personnel des services des urgences, les professions médicales ou dentaires, les assistants de laboratoire, pharmacien ou employé d'un établissement de soins qui apportent la preuve d'avoir contracté le virus du VIH de façon accidentelle en effectuant les tâches habituelles de leur profession ; d'avoir contracté le virus du VIH trois ans après la <b>Date d'Entrée</b> au <b>Contrat</b> ou sa <b>Date d'Effet</b>, la date la plus tardive étant retenue. L'incident étant la cause de l'infection doit avoir été reporté, investigué et documenté selon les procédures à suivre dans la profession de l'<b>Assuré</b> ; un test réalisé dans les cinq jours suivant l'incident n'a pas révélé la présence du VIH ou d'anticorps à un tel virus ; et un test positif au VIH a été réalisé dans les 12 mois suivant l'<b>Accident</b> du travail signalé.</p> <p>** Pour autant que la transfusion sanguine ait été reçue lors d'une <b>Hospitalisation</b> dans le cadre d'un <b>Traitement Médicalement Nécessaire</b>.</p> <p><b>Délai de Carence</b> : Couverture disponible uniquement après trois ans d'adhésion continue.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>▶</p> <p><b>Traitement Éligible</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> uniquement jusqu'à to USD 25,000/ EUR 20,000/ GBP 15,625 par <b>Période de Couverture</b></p>

## Options aux Garanties de Base

## Essential

## 28. Traitement Électif (non urgent) aux États-Unis:

- (i) Les dépenses associées à une **Hospitalisation** ou **Soins de Jour** aux États-Unis pour le **Traitement** d'une **Pathologie Médicale Éligible** seront prises en charge intégralement lorsque le **Traitement** est reçu au sein du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International**.
- (ii) Les dépenses associées à des **Soins Ambulatoires** aux États-Unis pour une **Pathologie Médicale Éligible** seront prises en charge intégralement lorsque le **Traitement** est reçu au sein du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International**.

Les **Traitements** reçus en dehors du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International** sont sujets à un pourcentage de **Participation** de 50%.

**Autorisation Préalable** pour les **chirurgies et procédures de diagnostic en Ambulatoire, Hospitalisation et Soins de Jour.** 🏠



Optionnel  
Jusqu'à USD 1.5m/  
EUR 1.2m/  
GBP 937,500  
par **Assuré**  
par **Période de Couverture**

## 29. Soins Ambulatoires:

- (i) Honoraires de **Médecin** y compris les consultations, les honoraires de **Spécialiste**, Frais de télémédecine, les **Examens** et **Analyses Médicales**, les **Médicaments** et **Pansements** prescrits.
- (ii) a. Kinésithérapie réalisée par un **Kinésithérapeute**.  
b. Médecine complémentaire et **Traitement** par un thérapeute. Cette **Garantie** comprend les **Traitements** réalisés par les ostéopathes, podologues et podiatres, les chiropracteurs, les homéopathes, les diététiciens et les acupuncteurs mais exclut les **Kinésithérapeutes** couverts en (i).  
c. **Traitements** ou thérapies administrés en **Soins Ambulatoires** par un **Médecin** traditionnel chinois reconnu ou un **Médecin** ayurvédique.

Par année d'assurance, **Vous** pouvez choisir un total de 5 séances de la combinaison de votre choix parmi les garanties (ii)a. et (ii)b. à l'exclusion des diététiciens sans une nécessité de recommandation médicale; toutes les consultations ultérieures nécessiteront une recommandation d'un médecin ou d'un spécialiste.

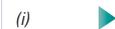
Au titre de cette **Garantie**, la **Franchise par Visite Ambulatoire** ne s'applique pas.

Toutes les consultations pré opératoires ou post-hospitalisation sont prises en charge sous cette **Garantie**.

Cette **Garantie** remplace la **Garantie 22 - Soins Ambulatoires**.

Merci de noter que si cette option est choisie, les seules options de **Franchise Annuelle** disponibles sont USD 1,000/EUR 800/GBP 625, USD 2,500/EUR 2,000/GBP 1,550 ou USD 5,000/EUR 4,000/GBP 3,125.

Si **Vous** sélectionnez une **Franchise Annuelle** optionnelle, **Vous** devez également optez pour une **Participation aux Soins Ambulatoires**.



Optionnel  
Jusqu'à to USD 4,500/  
EUR 3,600/GBP 2,800  
par **Période de Couverture**



Remboursement intégral  
à hauteur de 10 séances maximum par **Période de Couverture** dans l'ensemble.  
La Kinésithérapie est limitée à 10 séances et ne s'applique pas en addition de la Garantie 25

## 30. Soins Ambulatoires Option 2:

- (i) Honoraires de **Médecin** y compris les consultations, les honoraires de **Spécialiste**, Frais de télémédecine, les **Examens**, **Analyses Médicales** et frais associés au traitement d'entretien des **Pathologies Maladies** chroniques, les **Médicaments** et **Pansements** prescrits.
- (ii) a. Kinésithérapie réalisée par un **Kinésithérapeute**.  
b. Médecine complémentaire et **Traitement** par un thérapeute. Cette **Garantie** comprend les **Traitements** réalisés par les ostéopathes, podologues et podiatres, les chiropracteurs, les homéopathes, les diététiciens et les acupuncteurs mais exclut les **Kinésithérapeutes** couverts en (i).  
c. **Traitements** ou thérapies administrés en **Soins Ambulatoires** par un **Médecin** traditionnel chinois reconnu ou un **Médecin** ayurvédique.

Par année d'assurance, **Vous** pouvez choisir un total de 5 séances de la combinaison de votre choix parmi les garanties (ii)a. et (ii)b. à l'exclusion des diététiciens sans une nécessité de recommandation médicale; toutes les consultations ultérieures nécessiteront une recommandation d'un médecin ou d'un spécialiste.

Au titre de cette **Garantie**, la **Franchise par Visite Ambulatoire** ne s'applique pas.

Toutes les consultations pré opératoires ou post-hospitalisation sont prises en charge sous cette **Garantie**.

Cette **Garantie** remplace la **Garantie 22 - Soins Ambulatoires**.

Merci de noter que si cette option est choisie, les seules options de **Franchise Annuelle** disponibles sont USD 1,000/EUR 800/GBP 625, USD 2,500/EUR 2,000/GBP 1,550 ou USD 5,000/EUR 4,000/GBP 3,125.

Si **Vous** sélectionnez une **Franchise Annuelle** optionnelle, **Vous** devez également optez pour une **Participation aux Soins Ambulatoires**.



Optionnel  
Jusqu'à to USD 4,500/  
EUR 3,600/GBP 2,800  
par **Période de Couverture**



Remboursement intégral  
à hauteur de 10 séances maximum par **Période de Couverture** dans l'ensemble.  
La Kinésithérapie est limitée à 10 séances et ne s'applique pas en addition de la Garantie 25.

## 31. Participation aux Soins Ambulatoires:

Un pourcentage de **Participation** de 10% s'appliquera à tout **Traitement Ambulatoire Éligible**. Si **Votre Contrat** inclut les **Garanties** maternité, dentaire ou bien être, optique et **Vaccinations**, toute **Participation** applicable sera indiquée au **Tableau des Garanties**.

Merci de noter que la **Participation** ne s'applique pas aux **Traitements** liés à la dialyse rénale/l'insuffisance rénale, le **Cancer** ou la greffe d'organe.



Optionnel

Options aux Garanties de Base	Essential
<p><b>32. Participation aux Soins Ambulatoires Option 2:</b></p> <p>Un pourcentage de <b>Participation</b> de 20% s'appliquera à tout <b>Traitement Ambulatoire Éligible</b>. Si <b>Votre Contrat</b> inclut les <b>Garanties</b> maternité, dentaire ou bien être, optique et <b>Vaccinations</b>, toute <b>Participation</b> applicable sera indiquée au <b>Tableau des Garanties</b>.</p> <p>Merci de noter que la <b>Participation</b> ne s'applique pas aux <b>Traitements</b> liés à la dialyse rénale/l'insuffisance rénale, le <b>Cancer</b> ou la greffe d'organe.</p>	<p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Optionnel</p>
<p><b>33. Évacuation et Rapatriement - Protection accrue:</b></p> <p><b>Évacuation</b></p> <p>Des arrangements seront pris pour déplacer un <b>Assuré au Contrat</b> présentant une <b>athologie Médicale Éligible</b> grave, mettant sa vie en danger vers le centre médical le plus proche, son <b>Pays de Résidence</b>, son <b>Pays d'Origine</b> ou le pays choisi par l'adhérent assuré dans le but d'être admis à l'<b>Hôpital</b> en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>.</p> <p>Prise en charge des dépenses raisonnables suivantes:</p> <p>(i) <b>Frais de transport d'un Assuré</b> en cas de <b>Traitement d'Urgence</b> et transport <b>Médicalement Nécessaire</b>, lorsque les soins ne peuvent être facilement dispensés sur le lieu de l'incident. Cela inclut un billet en classe économique pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place, qui voyage à titre d'escorte.</p> <p>(ii) <b>Frais raisonnables de transport local aller-retour</b> pour se rendre aux rendez-vous d'ordre médical lorsque le <b>Traitement</b> est reçu en <b>Soins de Jour</b>.</p> <p>(iii) <b>Frais raisonnables de transport local aller-retour</b> pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place pour se rendre à l'<b>Hôpital</b> et visiter l'<b>Assuré</b> suite à son <b>Hospitalisation</b>.</p> <p>(iv) <b>Frais raisonnables d'hébergement non-hospitalisé</b> et ce immédiatement avant ou après la période d'admission à l'<b>Hôpital</b> à condition que l'<b>Assuré</b> soit suivi par un <b>Spécialiste</b>.</p> <p>Les coûts de l'<b>Évacuation</b> ne s'étendent pas aux frais de sauvetages air-mer ou en montagne qui ne sont pas encourus dans des stations de ski reconnues ou stations de sports d'hiver similaires.</p> <p>Le pays choisi par l'adhérent assuré pour l'<b>Évacuation</b> est sujet à la disponibilité sur place d'infrastructures médicales appropriées.</p> <p><b>Nos</b> conseillers médicaux détermineront si le pays choisi dispose des infrastructures médicales nécessaires pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b> dont souffre l'adhérent assuré.</p> <p><b>Nos</b> conseillers médicaux décideront du moyen de transport le plus approprié pour l'<b>Évacuation</b> et cette <b>Garantie</b> ne prendra pas en charge le transport s'il est effectué contre l'avis médical de <b>Nos</b> conseillers médicaux ou vers un centre médical ne disposant pas d'infrastructures appropriées pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b>.</p> <p><b>Rapatriement</b></p> <p>Prise en charge d'un billet en classe économique afin de rapatrier l'<b>Assuré</b> et la personne l'accompagnant sur place qui voyage à titre d'escorte, vers le lieu du <b>Traitement</b> ou le <b>Pays d'Origine</b> de l'<b>Assuré</b> ou son <b>Pays de Résidence</b> principal, à condition que le déplacement soit effectué dans le mois suivant l'arrêt du <b>Traitement</b>. Les frais raisonnables pour les dépenses ci-dessus seront remboursés intégralement.</p> <p>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou aux <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</p>	<p style="text-align: right;"><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Optionnel</p> <p>(i) ▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral</p> <p>(ii) ▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral</p> <p>(iii) ▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral</p> <p>(iv) ▶</p> <p style="text-align: right;">Jusqu'à USD 200/ EUR 160/GBP 125 par jour.</p> <p style="text-align: right;">Jusqu'à to USD 7,500/ EUR 6,000/GBP 4,600 par personne, par <b>Évacuation</b>.</p> <p style="text-align: right;"><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p style="text-align: right;">▶</p> <p style="text-align: right;">Remboursement intégral</p>

Options de Franchise Annuelle	Essential
<p><b>Franchise Annuelle Standard</b></p>	<p style="text-align: center;">Nul</p>
<p><b>Franchise Annuelle Optionnelle</b></p> <p>Merci de noter: Les <b>Franchises Annuelles</b> s'appliquent à tout <b>Traitement Médicalement Nécessaire</b> en vertu de la <b>Garantie 19</b> et la <b>Garantie 33</b>.</p>	<p style="text-align: right;">USD 1,000/ EUR 800/ GBP 625</p> <p style="text-align: right;">USD 2,500/ EUR 2,000/ GBP 1,550</p> <p style="text-align: right;">USD 5,000/ EUR 4,000/ GBP 3,125</p> <p style="text-align: right;">USD 10,000/ EUR 8,000/ GBP 6,250</p> <p style="text-align: right;">USD 15,000/ EUR 12,000/ GBP 9,375</p>

## 4.3.2 WorldCare Advance

Garantie	Advance
<b>Plafond Annuel du Contrat</b> <b>Services d'assistance téléphonique disponibles 24h/24 pour l'ensemble des Contrats</b>	<b>USD 3.5m/ EUR 2.8m/ GBP 2.2m</b>
<b>1. Traitement d'Entretien des Pathologies Médicales Chroniques:</b>  <i>Traitement d'entretien des <b>Pathologies Médicales</b> chroniques, ce qui comprend mais ne se limite pas à l'asthme, le diabète et l'hypertension et qui requièrent une surveillance constante ou de long terme par le biais de consultations, examens, bilans de santé, <b>Médicaments et Pansements</b> et/ou tests et dans la limite du plafond de <b>Garantie</b> suivant <b>Votre Date d'Entrée au Contrat</b>. Cette <b>Garantie</b> ne couvre pas l'insuffisance rénale et la dialyse rénale. Leur prise en charge relève de la <b>Garantie</b> 6. Les <b>Traitements</b> contre le <b>Cancer</b> relèvent de la <b>Garantie</b> 8.</i>	 Remboursement intégral
<b>2. Frais d'Hospitalisation, Honoraires de Médecin et Spécialiste:</b>  (i) Les frais d' <b>Hospitalisation</b> et de <b>Soins de Jour</b> facturés par un <b>Hôpital</b> y compris les frais de séjour (salle commune/chambre privée ou semi privée); les <b>Analyses et Examens médicaux</b> ; les frais opératoires y compris les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste; et la couverture des soins infirmiers administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b> ; les <b>Médicaments et Pansements</b> prescrits par un <b>Médecin</b> ou un <b>Spécialiste</b> ; et les appareils chirurgicaux utilisés par le <b>Médecin</b> durant l'opération. Cela inclut les consultations pré et postopératoires en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> et les soins intensifs.  (ii) Les frais accessoires : L'achat ou la location de béquilles, cannes, aides à la marche et fauteuils roulants non électriques à propulsion manuelle dans les six mois qui suivent une <b>Hospitalisation</b> ou des <b>Soins de Jour</b> pour le <b>Traitement</b> d'une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> .	(i)  Remboursement intégral  <b>Autorisation Préalable pour (i)</b> 🏠  (ii)  jusqu'à USD 1,500/ EUR 1,200/GBP 930 par <b>Pathologie Médicale</b>
<b>3. Procédures Diagnostiques:</b>  <i>Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomographie par ordinateur (CT-scan) <b>Médicalement Nécessaires</b> à des fins diagnostiques lors d'une <b>Hospitalisation, Soins de Jour</b> ou soins <b>Ambulatoires</b>.</i>	<b>Autorisation Préalable pour les TEP</b> 🏠   Remboursement intégral
<b>4. Transport en Ambulance d'Urgence:</b>  <i>Transport en ambulance d'<b>Urgence</b> par route vers un <b>Hôpital</b> ou entre deux <b>Hôpitaux</b>, ou lorsque considéré <b>Médicalement Nécessaire</b> par un <b>Médecin</b> ou un <b>Spécialiste</b>.</i>	 Remboursement intégral
<b>5. Frais de Séjour d'un Parent:</b>  <i>Frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> d'un parent restant durant la nuit avec un <b>Assuré</b> âgé de moins de 18 ans lorsque l'enfant est admis pour un <b>Traitement Éligible</b> en <b>Hospitalisation</b>.</i>	 Remboursement intégral
<b>6. Insuffisance Rénale et Dialyse Rénale:</b>  (i) <b>Traitement</b> de l'insuffisance rénale, y compris les dialyses rénales en <b>Hospitalisation</b> .  (ii) <b>Traitement</b> de l'insuffisance rénale, y compris les dialyses rénales en <b>Soins de Jour</b> ou en <b>Ambulatoire</b> .	(i)  Remboursement intégral pour les soins pré et postopératoires en <b>Hospitalisation</b>  (ii)  jusqu'à USD 100,000/ EUR 80,000/ GBP 62,500 par <b>Période de Couverture</b>
<b>7. Greffe d'Organe:</b>  (i) <b>Traitement</b> pour ou en relation avec une greffe de rein, pancréas, foie, cœur, poumon, moelle osseuse, cornée, ou cœur et poumon lorsque le receveur est un <b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> . Lorsque la greffe d'organe est requise en raison d'un <b>Trouble Congénital</b> , la prise en charge sera acquise sous la <b>Garantie</b> 12 mais exclue de la <b>Garantie</b> 7 - Greffe d'Organe.  (ii) Frais médicaux encourus par le donneur d'organe lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> , à l'exception des frais de recherche de donneur d'organe.  <i>Nous prenons en charge uniquement les greffes d'organes effectuées au sein d'établissements internationaux accrédités, par des chirurgiens accrédités et lorsque la collecte d'organes respecte les recommandations de l'OMS.</i>	(i)  Remboursement intégral  (ii)  Jusqu'à USD 50,000/ EUR 40,000/ GBP 31,250 par <b>Période de Couverture</b>

Garantie	Advance
<p><b>8. Traitement contre le Cancer:</b>  <b>Traitement</b> contre le <b>Cancer</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation, Soins de Jour ou Soins Ambulatoires</b>. Cela inclut les frais d'oncologie, la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, seules ou combinées, et ce dès le diagnostic est établi.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>9. Conditions Médicales de Grossesse:</b>  <b>Traitement</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> pour une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> et survenant durant les stades prénatals de la <b>Grossesse</b> ou pour une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> et survenant durant l'accouchement. <b>Nous</b> autoriserions le <b>Traitement</b> des éléments suivants comme éligibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grossesse</b> ectopique (lorsque le fœtus grandit en dehors de l'utérus)</li> <li>• <b>Môle hydatiforme</b> (croissance anormale de cellules dans l'utérus)</li> <li>• <b>Rétention placentaire</b> (rétention du placenta dans l'utérus)</li> <li>• <b>Placenta praevia</b></li> <li>• <b>Éclampsie</b> (coma ou convulsions durant la <b>Grossesse</b> et suivant un épisode de prééclampsie)</li> <li>• <b>Diabète</b> (si une exclusion a été portée au <b>Contrat</b> du fait de <b>Vos</b> antécédents médicaux de diabète, alors <b>Vous</b> ne serez pas couvert pour le <b>Traitement</b> du diabète pendant la <b>Grossesse</b>)</li> <li>• <b>Hémorragie post-partum</b> (saignements abondants dans les heures ou jours suivants l'accouchement)</li> <li>• <b>Fausse couche</b> nécessitant un <b>Traitement</b> chirurgical immédiat</li> </ul> <p><b>Délai de carence:</b> les frais engagés dans les 12 mois à compter de la date d'entrée sous la police de la mère sont exclus.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>10. Couverture du Nouveau-Né:</b>  <b>Traitement</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> pour naissance prématurée (i.e avant les 37 semaines de gestation) ou pour une <b>Pathologie Aiguë</b> dont souffre le <b>Nouveau-Né</b> de l'<b>Assuré</b> et qui se manifeste dans les 30 jours suivant sa naissance. A la condition que le <b>Nouveau-Né</b> soit ajouté au <b>Contrat</b> dans les 30 jours suivant sa naissance et que la prime soit payée. En cas de naissances multiples, la <b>Garantie</b> est acquise à hauteur des mêmes limites de <b>Garanties</b> indiquées.  Dans l'éventualité où <b>Nous</b> demandons des détails sur les antécédents médicaux du <b>Nouveau-Né</b> avant l'ajout du bébé au <b>Contrat</b>, <b>Nous</b> nous réservons le droit de porter des restrictions à la couverture que <b>Nous</b> offrons.  <b>Nous</b> vous invitons à vous reporter à la section 6.5 – Ajouter un <b>Nouveau-né</b> de ce Guide Client pour plus de détails.</p>	<p>▶ Jusqu'à USD 100,000/ EUR 80,000/ GBP 62,500 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>11. Frais de Séjour des Nouveau-Nés Accompagnant leur Mère:</b>  Frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> d'un <b>Nouveau-Né</b> (âgé de 16 semaines au plus) accompagnant sa mère (elle-même <b>Assurée</b> au <b>Contrat</b>) alors qu'elle reçoit un <b>Traitement Éligible</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b>.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>12. Trouble Congénital:</b>  <b>Traitement</b> d'un <b>Trouble Congénital</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b>. Dans l'éventualité où un <b>Trouble Congénital</b> se manifeste chez un <b>Nouveau-né</b> dans les 30 jours suivant sa naissance, la couverture de cette <b>Pathologie Médicale</b> sera acquise sous la <b>Garantie</b> 10, et exclue de la <b>Garantie</b> 12 - <b>Trouble Congénital</b>.</p>	<p>▶ Jusqu'à USD 100,000/ EUR 80,000/ GBP 62,500 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>13. Chirurgie Réparatrice:</b>  Chirurgie Réparatrice requise afin de rétablir une fonction naturelle ou un aspect physique après un <b>Accident</b>, ou à la suite d'une <b>Procédure Chirurgicale</b> pour traiter une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>, survenant après la <b>Date d'entrée</b> de l'<b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> ou la <b>Date d'Effet</b>, la date la plus tardive étant retenue.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>14. Rééducation:</b>  Lorsque prescrit par un <b>Spécialiste</b> comme une partie intégrante du <b>Traitement</b> d'une <b>Pathologie Médicale</b> qui requiert <b>Votre</b> admission dans une unité de <b>Rééducation</b> reconnue d'un <b>Hôpital</b>. Suite à l'<b>Hospitalisation</b> de l'<b>Assuré</b> au sein d'un <b>Hôpital</b> durant au minimum trois jours consécutifs et lorsqu'un <b>Spécialiste</b> confirme par écrit que la <b>Rééducation</b> est nécessaire. L'admission dans une unité de <b>Rééducation</b> doit être effectuée dans les 14 jours de la sortie de l'<b>Hôpital</b>. Un tel <b>Traitement</b> doit être sous la supervision et le contrôle direct d'un <b>Spécialiste</b> et comprend:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation de salles de <b>Traitement</b> spécial</li> <li>Les frais de physiothérapie</li> <li>Les frais de thérapie du langage</li> <li>Les frais d'ergothérapie</li> </ol>	<p>▶ Remboursement intégral jusqu'à 180 jours par <b>Pathologie Médicale</b></p>
<p><b>15. Soins Dentaires d'Urgence avec Hospitalisation:</b>  Cela désigne les soins dentaires de restauration d'<b>Urgence</b> requis afin de sonder les dents naturelles à la suite d'un <b>Accident</b> et nécessitant <b>Votre</b> admission à l'<b>Hôpital</b> pour une nuit au moins.  Les soins dentaires doivent être reçus dans les 10 jours suivant l'<b>Accident</b>. La <b>Garantie</b> prend en charge tout <b>Traitement</b> nécessaire à la suite d'une blessure accidentelle causée par un impact extra-buccal, lorsque les conditions suivantes s'appliquent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le <b>Traitement</b> comprend le remplacement d'une couronne, de bridge, de facette ou prothèse dentaire, <b>Nous</b> paierons uniquement le coût raisonnable et habituellement pratiqué pour un remplacement du même type ou de la même qualité.</li> <li>• Si des implants dentaires sont cliniquement nécessaires, <b>Nous</b> paierons uniquement le montant des frais qui aurait été déboursés si une pose de bridge avait été réalisée à la place.</li> </ul> <p>Cette <b>Garantie</b> couvre également la réparation ou la reconstruction de prothèses dentaires endommagées à la suite d'un <b>Accident</b> qui nécessite l'admission de l'<b>Assuré</b> dans un <b>Hôpital</b> pour au moins une nuit, sous réserve que ces prothèses dentaires étaient portées au moment de l'<b>Accident</b>.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>

Garantie	Advance
<p><b>16. Traitement Psychiatrique avec Hospitalisation:</b></p> <p><b>Traitement</b> psychiatrique reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> dans une unité de soins psychiatriques reconnue d'un <b>Hôpital</b>. Tout <b>Traitement</b> doit être administré sous le contrôle direct d'un psychiatre agréé.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>➤</p> <p>Remboursement intégral jusqu'à 30 jours par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>17. Maladie en Phase Terminale:</b></p> <p>Soins palliatifs et Soins en Hospice: Lorsque la maladie est diagnostiquée en <b>Phase Terminale</b>, prise en charge des <b>Traitements en Hospitalisation, Soins de Jour ou Soins Ambulatoires</b> administrés sur l'avis d'un <b>Médecin ou Spécialiste</b> dans le but de soulager temporairement les symptômes. Prise en charge des frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> ou en hospice, des soins infirmiers administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b> et des <b>Médicaments et Pansements</b> prescrits.</p>	<p>➤</p> <p>Jusqu'à USD 50,000/ EUR 40,000/ GBP 31,250 limite voyage</p>
<p><b>18. Traitement d'Urgence aux Etats-Unis:</b></p> <p>Pour les voyages planifiés d'une durée allant jusqu'à 30 jours. Prise en charge du <b>Traitement</b> administré par un <b>Médecin ou Spécialiste</b> dans les 24 heures suivant la situation d'<b>Urgence</b>, rendu nécessaire à la suite d'un <b>Accident</b> ou le début soudain d'une maladie grave provoquant une <b>Pathologie Médicale</b> qui présente une menace immédiate pour l'état de santé de l'<b>Assuré</b>.</p> <p>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou les <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</p>	<p>➤</p> <p><b>Accident:</b> Remboursement intégral pour les <b>Accidents</b> nécessitant une <b>Hospitalisation ou Soins de Jour</b>.</p> <p>➤</p> <p>Maladies : Pour les <b>Hospitalisations et Soins de Jour</b>, jusqu'à USD 25,000/ EUR 20,000/ GBP 15,625 par <b>Période de Couverture</b>.</p> <p>Pour les <b>Soins Ambulatoires</b> reçus au Service d'Accueil des <b>Urgences</b> d'un <b>Hôpital</b> jusqu'à USD 500/EUR 400/ GBP 310 par <b>Période de Couverture</b>.</p>
<p><b>19. Évacuation et Rapatriement :</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p>Des arrangements seront pris pour déplacer un <b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> présentant une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> grave, mettant sa vie en danger vers le centre médical le plus proche dans le but d'être admis à l'<b>Hôpital en Hospitalisation ou Soins de Jour</b>.</p> <p>Prise en charge des dépenses raisonnables suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Frais de transport d'un <b>Assuré</b> en cas de <b>Traitement d'Urgence</b> et transport <b>Médicalement Nécessaire</b> et lorsque les soins ne peuvent être facilement dispensés sur le lieu de l'incident. Cela inclut un billet en classe économique pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place, qui voyage à titre d'escorte.</li> <li>(ii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour se rendre à des rendez-vous d'ordre médical lorsque le <b>Traitement</b> est reçu en <b>Soins de Jour</b>.</li> <li>(iii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place pour se rendre à l'<b>Hôpital</b> et visiter l'<b>Assuré</b> suite à son <b>Hospitalisation</b>.</li> <li>(iv) Frais raisonnables d'hébergement non-hospitalisé et ce immédiatement avant ou après la période d'admission à l'<b>Hôpital</b> à condition que l'<b>Assuré</b> soit suivi par un <b>Spécialiste</b>.</li> </ul> <p>Les coûts de l'<b>Évacuation</b> ne s'étendent pas aux frais de sauvetages air-mer ou en montagne qui ne sont pas encourus dans des stations de ski reconnues ou stations de sports d'hiver similaires.</p> <p>Nos conseillers médicaux décideront du moyen de transport le plus approprié pour l'<b>Évacuation</b> et cette <b>Garantie</b> ne prendra pas en charge le transport s'il est effectué contre l'avis médical de <b>Nos</b> conseillers médicaux ou vers un centre médical ne disposant pas d'infrastructures appropriées pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b>.</p> <p><b>Repatriation</b></p> <p>Prise en charge d'un billet en classe économique afin de rapatrier l'<b>Assuré</b> et la personne l'accompagnant sur place, qui voyage à titre d'escorte, vers le lieu du <b>Traitement</b> ou le <b>Pays d'Origine</b> de l'<b>Assuré</b> ou son <b>Pays de Résidence</b> principal, à condition que le déplacement soit effectué dans le mois suivant l'arrêt du <b>Traitement</b>.</p> <p>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou aux <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ➤ Remboursement intégral</li> <li>(ii) ➤ Remboursement intégral</li> <li>(iii) ➤ Remboursement intégral</li> <li>(iv) ➤</li> </ul> <p>Jusqu'à USD 200/EUR 160/ GBP 125 par jour.</p> <p>Jusqu'à USD 7,500/ EUR 6,000/ GBP 4,600 par personne, par <b>Évacuation</b>.</p> <p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>➤ Remboursement intégral</p>

Garantie	Advance
<p><b>20. Corps du défunt:</b></p> <p>En cas de décès suite à une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>, Nous paierons les coûts <b>Raisonnables et habituels</b> suivants:</p> <p>(i) Transport du corps du défunt <b>Assuré</b> ou de ses cendres vers son <b>Pays d'Origine</b> ou <b>Pays de Résidence</b>.</p> <p>(ii) Frais d'enterrement ou de crémation à l'endroit du décès et conformément aux pratiques raisonnables et usuelles.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>(i)  Remboursement intégral</p> <p>(ii)  Jusqu'à USD 10,000/ EUR 8,000/GBP 6,250</p>
<p><b>21. Garantie Forfaitaire en cas d'Hospitalisation:</b></p> <p>Cette <b>Garantie</b> est payable pour chaque nuit passée par un <b>Assuré</b> à l'<b>Hôpital</b> et uniquement si l'<b>Assuré</b> est admis à l'<b>Hôpital</b> avant minuit et reçoit le <b>Traitement</b> gratuitement, <b>Traitement</b> qui si reçu dans le privé aurait été <b>Éligible</b> sous ce <b>Contrat</b>. La <b>Garantie</b> est acquise pour un maximum de 30 nuits par <b>Période de couverture</b>. Pour cette <b>Garantie</b> l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.</p>	<p> USD 175/EUR 140/ GBP 105 par nuit</p>
<p><b>22. Soins Ambulatoires:</b></p> <p>Honoraires de <b>Médecin</b> y compris les consultations, les honoraires de <b>Spécialiste</b>, Frais de télé-médecine, les <b>Examens</b> et <b>Analyses Médicales</b>, les <b>Médicaments</b> et <b>Pansements</b> prescrits.</p> <p>Toutes les consultations pré opératoires ou post-hospitalisation sont prises en charge sous cette <b>Garantie</b>.</p>	<p> Remboursement intégral</p>
<p><b>23. Chirurgie en Soins de Jour ou en Ambulatoire:</b></p> <p>Prise en charge des frais de <b>Procédure Chirurgicale</b> réalisée en cabinet médical, à l'<b>Hôpital</b>, en unité de soins de jour ou unité de consultation en <b>Ambulatoire</b>. Toutes les consultations pré et postopératoires sont prises en charge sous la <b>Garantie 22 - Soins Ambulatoires</b>.</p>	<p> Remboursement intégral</p>
<p><b>24. Traitement Psychiatrique en Soins Ambulatoires:</b></p> <p>Traitement ambulatoire administré par un psychologue agréé et/ou un psychiatre agréé, sous réserve de 10 séances et de la limite de coût en vertu de la présente section.</p> <p>Pour les 5 premières séances, vous pouvez choisir de consulter un psychologue agréé directement sans avoir besoin de recommandation médicale. Cependant, toute séance ultérieure avec un psychologue agréé nécessitera une recommandation médicale et un diagnostic auprès d'un médecin généraliste qualifié ou un d'un spécialiste.</p>	<p> Jusqu'à USD 2,500/ EUR 2,000/GBP 1,550 et sujet à un maximum de 10 séances par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>25. Kinésithérapie ambulatoire et médecine douce:</b></p> <p>(i) Kinésithérapie réalisée par un <b>Kinésithérapeute</b>.</p> <p>(ii) Médecine complémentaire et <b>Traitement</b> par un thérapeute. Cette <b>Garantie</b> comprend les <b>Traitements</b> réalisés par les ostéopathes, podologues et podiatres, les chiropracteurs, les homéopathes, les diététiciens et les acupuncteurs mais exclut les <b>Kinésithérapeutes</b> couverts en (i).</p> <p>(iii) <b>Traitements</b> ou thérapies administrés en <b>Soins Ambulatoires</b> par un <b>Médecin</b> traditionnel chinois reconnu ou un <b>Médecin</b> ayurvédique.</p> <p>Par année d'assurance, <b>Vous</b> pouvez choisir un total de 5 séances de la combinaison de votre choix parmi les garanties (i) et (ii) à l'exclusion des diététiciens sans une nécessité de recommandation médicale; toutes les consultations ultérieures nécessiteront une recommandation d'un médecin ou d'un spécialiste.</p> <p>Au titre de cette <b>Garantie</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p>(i)  Remboursement intégral à hauteur de 30 séances maximum par <b>Période de Couverture</b></p> <p>(ii) et (iii)  Remboursement intégral à hauteur de 30 visites maximum par <b>Période de Couverture</b></p> <p><b>Autorisation préalable pour (i), (ii) et (iii) toutes les 10 visites</b> 📄</p>
<p><b>26. Soins Infirmiers à Domicile:</b></p> <p>(i) Soins administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b> au domicile de l'<b>Assuré</b>, reçus immédiatement à la suite d'un <b>Traitement</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> sur la recommandation d'un <b>Médecin</b> ou d'un <b>Spécialiste</b>.</p> <p>(ii) Visite à domicile en <b>Urgence</b> de <b>Médecin</b> (médecin généraliste) en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.</p>	<p>(i)  Remboursement intégral jusqu'à 45 jours par <b>Pathologie Médicale</b>. <b>Autorisation Préalable pour (i)</b> 📄</p> <p>(ii)  Non couvert</p>

## Garantie

## Advance

### 27. SIDA:

Dépenses médicales qui résultent ou sont de quelque manière que ce soit liées au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et/ou aux pathologies liées au VIH y compris le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) ou le complex associé au SIDA (ou ARC pour AIDS Related Complex) et/ou ses dérivés ou variations mutantes. A la suite d'un **Accident\*** du travail avéré ou d'une transfusion de sang\*\*. Les dépenses se limitent aux consultations pré et post-diagnostic, contrôles de routine pour cette condition, **Médicaments et Pansements** (à l'exception des **Traitements** expérimentaux ou non prouvés), frais de **Chambre d'Hôpital** et soins infirmiers.

\* Pour le personnel des services des urgences, les professions médicales ou dentaires, les assistants de laboratoire, pharmacien ou employé d'un établissement de soins qui apportent la preuve d'avoir contracté le virus du VIH de façon accidentelle en effectuant les tâches habituelles de leur profession ; d'avoir contracté le virus du VIH trois ans après la **Date d'Entrée au Contrat** ou sa **Date d'Effet**, la date la plus tardive étant retenue. L'incident étant la cause de l'infection doit avoir été reporté, investigué et documenté selon les procédures à suivre dans la profession de l'**Assuré** ; un test réalisé dans les cinq jours suivant l'incident n'a pas révélé la présence du VIH ou d'anticorps à un tel virus ; et un test positive au VIH a été réalisé dans les 12 mois suivant l'**Accident** du travail signalé.

\*\* Pour autant que la transfusion sanguine ait été reçue lors d'une **Hospitalisation** dans le cadre d'un **Traitement Médicalement Nécessaire**.

**Délai de Carence:** Couverture disponible uniquement après trois ans d'adhésion continue.

### Autorisation Préalable



Jusqu'à USD 25,000/  
EUR 20,000/  
GBP 15,625  
par **Période de Couverture**

## Options aux Garanties de Base

## Advance

### 28. Traitement Électif (non urgent) aux États-Unis:

- (i) Les dépenses associées à une **Hospitalisation** ou **Soins de Jour** aux Etats-Unis pour le **Traitement** d'une **Pathologie Médicale Éligible** seront prises en charge intégralement lorsque le **Traitement** est reçu au sein du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International**.
- (ii) Les dépenses associées à des **Soins Ambulatoires** aux Etats-Unis pour une **Pathologie Médicale Éligible** seront prises en charge intégralement lorsque le **Traitement** est reçu au sein du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International**.

Les **Traitements** reçus en dehors du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International** sont sujets à un pourcentage de **Participation** de 50%.

### Autorisation Préalable pour les chirurgies et procédures de diagnostic en Ambulatoire, Hospitalisation et Soins de Jour



Optionnel  
Jusqu'à USD 1.5m/  
EUR 1.2m/  
GBP 937,500  
par **Assuré**  
par **Période de Couverture**

### 29. Participation aux Soins Ambulatoires:

Un pourcentage de **Participation** de 10% s'appliquera à tout **Traitement Ambulatoire Éligible**. Si **Votre Contrat** inclut les **Garanties** maternité ou dentaire, toute **Participation** applicable sera indiquée au **Tableau des Garanties**.

Merci de noter que la **Participation** ne s'applique pas aux **Traitements** liés à la dialyse rénale/l'insuffisance rénale, le **Cancer** ou la greffe d'organe.



Optionnel

### 30. Participation aux Soins Ambulatoires Option 2:

Un pourcentage de **Participation** de 20% s'appliquera à tout **Traitement Ambulatoire Éligible**. Si **Votre Contrat** inclut les **Garanties** maternité ou dentaire, toute **Participation** applicable sera indiquée au **Tableau des Garanties**.

Merci de noter que la **Participation** ne s'applique pas aux **Traitements** liés à la dialyse rénale/l'insuffisance rénale, le **Cancer** ou la greffe d'organe.



Optionnel

## Options aux Garanties de Base

## Advance

### 31. Bien-être, Optique et Vaccinations:

- (i) **Bien-être:** Cette prestation est payable à titre de contribution aux frais de routine bilans de santé, y compris dépistage du **Cancer**, test BRCA I & II (en cas d'antécédents familiaux directs), densitométrie osseuse (une fois tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans et plus), examen cardiovasculaire, examens neurologiques, signes vitaux (p. ex. tension artérielle, indice de masse corporelle), analyse d'urine, cholestérol) consultation de routine pour enfant (jusqu'à l'âge de 5 ans).  
et/ou
- (ii) **Garantie Optique:** Cette **Garantie** offre également une participation aux frais d'optique y compris un examen oculaire annuel réalisé par un ophtalmologiste, les lunettes prescrites incluant les montures et les verres ; et/ou lentilles de contact lorsque la prescription de l'adhérent a changé, dans les limites de **Garantie** combinée avec un maximum de USD 300/EUR 240/GBP 180 par **Période de Couverture**.  
Merci de noter que **Nous** ne prenons pas en charge les lunettes de soleil ou verres de transition sur prescription.  
et/ou
- (iii) **Vaccinations:** Coûts des drogues et consultations afin d'administrer tous vaccins et rappels **Médicalement Nécessaires** et toute vaccination **Médicalement Nécessaire** avant un voyage, ainsi que la prophylaxie anti-paludisme.

Au titre de cette **Garantie** l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.

**Délai de Carence:** Couverture disponible uniquement après six mois d'adhésion continue.

 Optionnel

  
Limite combinée  
Jusqu'à to USD 500/  
EUR 400/GBP 310  
par **Période de  
Couverture**

### 32. Bien-être, Optique et Vaccinations Option 2:

- (i) **Bien-être:** cette prestation est payable à titre de contribution aux frais de routine bilans de santé, y compris dépistage du **Cancer**, test BRCA I & II (en cas d'antécédents familiaux directs), densitométrie osseuse (une fois tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans et plus), examen cardiovasculaire, examens neurologiques, signes vitaux (p. ex. tension artérielle, indice de masse corporelle), analyse d'urine, cholestérol) consultation de routine pour enfant (jusqu'à l'âge de 5 ans).  
et/ou
- (ii) **Garantie Optique:** Cette **Garantie** offre également une participation aux frais d'optique y compris un examen oculaire annuel réalisé par un ophtalmologiste, les lunettes prescrites incluant les montures et les verres ; et/ou lentilles de contact lorsque la prescription de l'adhérent a changé, dans les limites de la **Garantie** combinée avec un maximum de USD 600/EUR 480/GBP 375 par **Période de Couverture**.  
Merci de noter que **Nous** ne prenons pas en charge les lunettes de soleil ou verres de transition sur prescription.  
et/ou
- (iii) **Vaccinations:** Coûts des drogues et consultations afin d'administrer tous vaccins et rappels **Médicalement Nécessaires** et toute vaccination **Médicalement Nécessaire** avant un voyage, ainsi que la prophylaxie anti-paludisme.

Au titre de cette **Garantie** l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.

**Délai de Carence:** Couverture disponible uniquement après six mois d'adhésion continue.

 Optionnel

  
Limite combinée  
Jusqu'à USD 1,000/  
EUR 800/GBP 625  
par **Période de  
Couverture**

### 33. Évacuation et Rapatriement - Protection accrue:

#### Évacuation

Des arrangements seront pris pour déplacer un **Assuré** au **Contrat** présentant une **Pathologie Médicale Éligible** grave, mettant sa vie en danger vers le centre médical le plus proche, son **Pays de Résidence**, son **Pays d'Origine** ou le pays choisi par l'adhérent assuré dans le but d'être admis à l'**Hôpital** en **Hospitalisation** ou **Soins de Jour**.

Prise en charge des dépenses raisonnables suivantes:

- (i) **Frais de transport d'un Assuré** en cas de **Traitement d'Urgence** et transport **Médicalement Nécessaire**, lorsque les soins ne peuvent être facilement dispensés sur le lieu de l'incident. Cela inclut un billet en classe économique pour la personne accompagnant l'**Assuré** sur place, qui voyage à titre d'escorte.
- (ii) **Frais raisonnables de transport local aller-retour** pour se rendre aux rendez-vous d'ordre médical lorsque le **Traitement** est reçu en **Soins de Jour**.
- (iii) **Frais raisonnables de transport local aller-retour** pour la personne accompagnant l'**Assuré** sur place pour se rendre à l'**Hôpital** et visiter l'**Assuré** suite à son **Hospitalisation**.
- (iv) **Frais raisonnables d'hébergement non-hospitalisé** et ce immédiatement avant ou après la période d'admission à l'**Hôpital** à condition que l'**Assuré** soit suivi par un **Spécialiste**.

Les coûts de l'**Évacuation** ne s'étendent pas aux frais de sauvetages air-mer ou en montagne qui ne sont pas encourus dans des stations de ski reconnues ou stations de sports d'hiver similaires.

Le pays choisi par l'adhérent assuré pour l'**Évacuation** est sujet à la disponibilité sur place d'infrastructures médicales appropriées. **Nos** conseillers médicaux détermineront si le pays choisi dispose des infrastructures médicales nécessaires pour traiter la **Pathologie Médicale Éligible** dont souffre l'adhérent assuré. **Nos** conseillers médicaux décideront du moyen de transport le plus approprié pour l'**Évacuation** et cette **Garantie** ne prendra pas en charge le transport s'il est effectué contre l'avis médical de **Nos** conseillers médicaux ou vers un centre médical ne disposant pas d'infrastructures appropriées pour traiter la **Pathologie Médicale Éligible**.

#### Rapatriement

Prise en charge d'un billet en classe économique afin de rapatrier l'**Assuré** et la personne l'accompagnant sur place qui voyage à titre d'escorte, vers le lieu du **Traitement** ou le **Pays d'Origine** de l'**Assuré** ou son **Pays de Résidence** principal, à condition que le déplacement soit effectué dans le mois suivant l'arrêt du **Traitement**. Les frais raisonnables pour les dépenses ci-dessus seront remboursés intégralement.

Les frais liés à la **Grossesse** normale ou aux **Complications de Grossesse** sont expressément exclus de cette **Garantie**.

**Autorisation Préalable** 

 Optionnel

(i)  Remboursement intégral

(ii)  Remboursement intégral

(iii)  Remboursement intégral

(iv)   
Jusqu'à USD 200/  
EUR 160/GBP 125  
par jour.  
Jusqu'à USD 7,500/  
EUR 6,000/GBP 4,600  
par personne,  
par **Évacuation**.

**Autorisation Préalable** 

 Remboursement intégral

Options de Franchise par Visite Ambulatoire:	Advance
<p><b>Franchise par Visite Ambulatoire:</b></p> <p>Une <b>Franchise</b> de USD 25/EUR 20/GBP 15 par <b>Visite Ambulatoire</b> s'appliquera lorsque Vous recevez des <b>Soins Ambulatoires Éligibles</b> au sein et en dehors du <b>Réseau de Prestataire Partenaire Now Health International</b>.</p> <p>Merci de noter: La <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas à la <b>Garantie Médecine Douce</b>. Si <b>Votre Contrat</b> inclut la <b>Garantie soins Dentaires</b>, comme stipulé dans <b>Votre Tableau des Garanties</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p style="text-align: center;"> Optionnel USD 25/EUR 20/ GBP 15</p>
<p><b>Franchise par Visite Ambulatoire - Option 2:</b></p> <p>Une <b>Franchise</b> de USD 25/EUR 20/GBP 15 par <b>Visite Ambulatoire</b> s'appliquera lorsque Vous recevez des <b>Soins Ambulatoires Éligibles</b> au sein et en dehors du <b>Réseau de Prestataire Partenaire Now Health International</b>.</p> <p>Merci de noter: La <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas à la <b>Garantie Médecine Douce</b>. Si <b>Votre Contrat</b> inclut la <b>Garantie soins Dentaires</b>, comme stipulé dans <b>Votre Tableau des Garanties</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p style="text-align: center;"> Optionnel USD 15/EUR 12/ GBP 10</p>

Options de Franchise Annuelle	Advance
<p><b>Franchise Annuelle Standard</b></p>	<p style="text-align: center;">Nul</p>
<p><b>Franchise Annuelle Optionnelle:</b></p> <p>Merci de noter: Si <b>Vous</b> optez pour une <b>Franchise Annuelle</b> optionnelle, <b>Vous</b> devez également sélectionner une <b>Participation aux Soins Ambulatoires</b> ou une <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b>.</p> <p>Les <b>Franchises Annuelles</b> s'appliquent à tout <b>Traitement Médicalement Nécessaire</b> en vertu de la <b>Garantie 19</b> et la <b>Garantie 33</b>.</p>	<p style="text-align: center;">USD 1,000/ EUR 800/GBP 625 USD 2,500/ EUR 2,000/GBP 1,550 USD 5,000/ EUR 4,000/GBP 3,125 USD 10,000/ EUR 8,000/GBP 6,250 USD 15,000/ EUR 12,000/GBP 9,375</p>

## 4.3.3 WorldCare Excel

Garantie	Excel
<b>Plafond Annuel du Contrat</b> <i>Services d'assistance téléphonique disponibles 24h/24 pour l'ensemble des Contrats</i>	USD 4m/ EUR 3.2m/ GBP 2.5m
<p><b>1. Traitement d'Entretien des Pathologies Médicales Chroniques:</b> <i>Traitement d'entretien des <b>Pathologies Médicales</b> chroniques, ce qui comprend mais ne se limite pas à l'asthme, le diabète et l'hypertension et qui requièrent une surveillance constante ou de long terme par le biais de consultations, examens, bilans de santé, <b>Médicaments et Pansements</b> et/ou tests et dans la limite du plafond de <b>Garantie</b> suivant <b>Votre Date d'Entrée au Contrat</b>. Cette <b>Garantie</b> ne couvre pas l'insuffisance rénale et la dialyse rénale. Leur prise en charge relève de la <b>Garantie 6</b>. Les <b>Traitements</b> contre le <b>Cancer</b> relèvent de la <b>Garantie 8</b>.</i></p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>2. Frais d'Hospitalisation, Honoraires de Médecin et Spécialiste:</b></p> <p>(i) <i>Les frais d'<b>Hospitalisation</b> et de <b>Soins de Jour</b> facturés par un <b>Hôpital</b> y compris les frais de séjour (salle commune/chambre privée ou semi privée); les <b>Analyses et Examens médicaux</b>; les frais opératoires y compris les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste; et la couverture des soins infirmiers administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b>; les <b>Médicaments et Pansements</b> prescrits par un <b>Médecin</b> ou un <b>Spécialiste</b>; et les appareils chirurgicaux utilisés par le <b>Médecin</b> durant l'opération. Cela inclut les consultations pré et postopératoires en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> et les soins intensifs.</i></p> <p>(ii) <i>Les frais accessoires: L'achat ou la location de béquilles, cannes, aides à la marche et fauteuils roulants non électriques à propulsion manuelle dans les six mois qui suivent une <b>Hospitalisation</b> ou des <b>Soins de Jour</b> pour le <b>Traitement</b> d'une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>.</i></p>	<p>(i) ▶ Remboursement intégral <b>Autorisation Préalable pour (i)</b> 📄</p> <p>(ii) ▶ jusqu'à USD 2,000/ EUR 1,600/GBP 1,250 par <b>Pathologie Médicale</b></p>
<p><b>3. Procédures Diagnostiques:</b> <i>Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomographie par ordinateur (CT-scan) <b>Médicalement Nécessaires</b> à des fins diagnostiques lors d'une <b>Hospitalisation</b>, <b>Soins de Jour</b> ou soins <b>Ambulatoires</b>.</i></p>	<p><b>Autorisation Préalable pour les TEP</b> 📄</p> <p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>4. Transport en Ambulance d'Urgence:</b> <i>Transport en ambulance <b>d'Urgence</b> par route vers un <b>Hôpital</b> ou entre deux <b>Hôpitaux</b>, ou lorsque considéré <b>Médicalement Nécessaire</b> par un <b>Médecin</b> ou un <b>Spécialiste</b>.</i></p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>5. Frais de Séjour d'un Parent:</b> <i>Frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> d'un parent restant durant la nuit avec un <b>Assuré</b> âgé de moins de 18 ans lorsque l'enfant est admis pour un <b>Traitement Éligible</b> en <b>Hospitalisation</b>.</i></p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>6. Insuffisance Rénale et Dialyse Rénale:</b></p> <p>(i) <i><b>Traitement</b> de l'insuffisance rénale, y compris les dialyses rénales en <b>Hospitalisation</b>.</i></p> <p>(ii) <i><b>Traitement</b> de l'insuffisance rénale, y compris les dialyses rénales en <b>Soins de Jour</b> ou en <b>Ambulatoire</b>.</i></p>	<p>(i) ▶ Remboursement intégral pour les soins pré et postopératoires en <b>Hospitalisation</b></p> <p>(ii) ▶ jusqu'à USD 100,000/ EUR 80,000/ GBP 62,500 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>7. Greffe d'Organe:</b></p> <p>(i) <i><b>Traitement</b> pour ou en relation avec une greffe de rein, pancréas, foie, cœur, poumon, moelle osseuse, cornée, ou cœur et poumon lorsque le receveur est un <b>Assuré au Contrat</b>. Lorsque la greffe d'organe est requise en raison d'un <b>Trouble Congénital</b>, la prise en charge sera acquise sous la <b>Garantie 12</b> mais exclue de la <b>Garantie 7 - Greffe d'Organe</b>.</i></p> <p>(ii) <i>Frais médicaux encourus par le donneur d'organe lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>, à l'exception des frais de recherche de donneur d'organe.</i></p> <p><i><b>Nous</b> prenons en charge uniquement les greffes d'organes effectuées au sein d'établissements internationaux accrédités, par des chirurgiens accrédités et lorsque la collecte d'organes respecte les recommandations de l'<b>OMS</b>.</i></p>	<p>(i) ▶ Remboursement intégral</p> <p>(ii) ▶ jusqu'à USD 50,000/ EUR 40,000/ GBP 31,250 par <b>Période de Couverture</b></p>

Garantie	Excel
<p><b>8. Traitement contre le Cancer:</b>  <b>Traitement</b> contre le <b>Cancer</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation, Soins de Jour ou Soins Ambulatoires</b>. Cela inclut les frais d'oncologie, la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, seules ou combinées, et ce dès le diagnostic est établi.</p>	<p>► Remboursement intégral</p>
<p><b>9. Conditions Médicales de Grossesse:</b>  <b>Traitement</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> pour une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> et survenant durant les stades prénatals de la <b>Grossesse</b> ou pour une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> et survenant durant l'accouchement. <b>Nous</b> autoriserions le <b>Traitement</b> des éléments suivants comme éligibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grossesse</b> ectopique (lorsque le fœtus grandit en dehors de l'utérus)</li> <li>• Môle hydatiforme (croissance anormale de cellules dans l'utérus)</li> <li>• Rétention placentaire (rétention du placenta dans l'utérus)</li> <li>• <i>Placenta praevia</i></li> <li>• <i>Éclampsie</i> (coma ou convulsions durant la <b>Grossesse</b> et suivant un épisode de prééclampsie)</li> <li>• <i>Diabète</i> (si une exclusion a été portée au <b>Contrat</b> du fait de <b>Vos</b> antécédents médicaux de diabète, alors <b>Vous</b> ne serez pas couvert pour le <b>Traitement</b> du diabète pendant la <b>Grossesse</b>)</li> <li>• Hémorragie post-partum (saignements abondants dans les heures ou jours suivants l'accouchement)</li> <li>• Fausse couche nécessitant un <b>Traitement</b> chirurgical immédiat</li> </ul> <p><b>Délai de carence:</b> les frais engagés dans les 12 mois à compter de la date d'entrée sous la police de la mère sont exclus.</p>	<p>► Remboursement intégral</p>
<p><b>10. Couverture du Nouveau-Né:</b>  <b>Traitement</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> pour naissance prématurée (i.e avant les 37 semaines de gestation) ou pour une <b>Pathologie Aiguë</b> dont souffre le <b>Nouveau-Né</b> de l'<b>Assuré</b> et qui se manifeste dans les 30 jours suivant sa naissance. A la condition que le <b>Nouveau-Né</b> soit ajouté au <b>Contrat</b> dans les 30 jours suivant sa naissance et que la prime soit payée. En cas de naissances multiples, la <b>Garantie</b> est acquise à hauteur des mêmes limites de <b>Garanties</b> indiquées.  Dans l'éventualité où <b>Nous</b> demandons des détails sur les antécédents médicaux du <b>Nouveau-Né</b> avant l'ajout du bébé au <b>Contrat</b>, <b>Nous</b> nous réservons le droit de porter des restrictions à la couverture que <b>Nous</b> offrons.  <b>Nous</b> vous invitons à vous reporter à la section 6.5 – Ajouter un <b>Nouveau-né</b> de ce Guide Client pour plus de détails.</p>	<p>► Jusqu'à USD 125,000/ EUR 100,000/ GBP 78,125 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>11. Frais de Séjour des Nouveau-Nés Accompagnant leur Mère:</b>  Frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> d'un <b>Nouveau-Né</b> (âgé de 16 semaines au plus) accompagnant sa mère (elle-même <b>Assurée</b> au <b>Contrat</b>) alors qu'elle reçoit un <b>Traitement Éligible</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b>.</p>	<p>► Remboursement intégral</p>
<p><b>12. Trouble Congénital:</b>  <b>Traitement</b> d'un <b>Trouble Congénital</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b>. Dans l'éventualité où un <b>Trouble Congénital</b> se manifeste chez un <b>Nouveau-né</b> dans les 30 jours suivant sa naissance, la couverture de cette <b>Pathologie Médicale</b> sera acquise sous la <b>Garantie 10</b>, et exclue de la <b>Garantie 12 - Trouble Congénital</b>.</p>	<p>► Jusqu'à USD 125,000/ EUR 100,000/ GBP 78,125 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>13. Chirurgie Réparatrice:</b>  Chirurgie Réparatrice requise afin de rétablir une fonction naturelle ou un aspect physique après un <b>Accident</b>, ou à la suite d'une <b>Procédure Chirurgicale</b> pour traiter une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>, survenant après la <b>Date d'entrée</b> de l'<b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> ou la <b>Date d'Effet</b>, la date la plus tardive étant retenue.</p>	<p>► Remboursement intégral</p>
<p><b>14. Rééducation:</b>  Lorsque prescrit par un <b>Spécialiste</b> comme une partie intégrante du <b>Traitement</b> d'une <b>Pathologie Médicale</b> qui requiert <b>Votre</b> admission dans une unité de <b>Rééducation</b> reconnue d'un <b>Hôpital</b>. Suite à l'<b>Hospitalisation</b> de l'<b>Assuré</b> au sein d'un <b>Hôpital</b> durant au minimum trois jours consécutifs et lorsqu'un <b>Spécialiste</b> confirme par écrit que la <b>Rééducation</b> est nécessaire. L'admission dans une unité de <b>Rééducation</b> doit être effectuée dans les 14 jours de la sortie de l'<b>Hôpital</b>. Un tel <b>Traitement</b> doit être sous la supervision et le contrôle direct d'un <b>Spécialiste</b> et comprend:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation de salles de <b>Traitement</b> spécial</li> <li>Les frais de physiothérapie</li> <li>Les frais de thérapie du langage</li> <li>Les frais d'ergothérapie</li> </ol>	<p>► Remboursement intégral</p>
<p><b>15. Soins Dentaires d'Urgence avec Hospitalisation:</b>  Cela désigne les soins dentaires de restauration d'<b>Urgence</b> requis afin de sonder les dents naturelles à la suite d'un <b>Accident</b> et nécessitant <b>Votre</b> admission à l'<b>Hôpital</b> pour une nuit au moins.  Les soins dentaires doivent être reçus dans les 10 jours suivant l'<b>Accident</b>. La <b>Garantie</b> prend en charge tout <b>Traitement</b> nécessaire à la suite d'une blessure accidentelle causée par un impact extra-buccal, lorsque les conditions suivantes s'appliquent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le <b>Traitement</b> comprend le remplacement d'une couronne, de bridge, de facette ou prothèse dentaire, <b>Nous</b> paierons uniquement le coût raisonnable et habituellement pratiqué pour un remplacement du même type ou de la même qualité.</li> <li>• Si des implants dentaires sont cliniquement nécessaires, <b>Nous</b> paierons uniquement le montant des frais qui aurait été déboursés si une pose de bridge avait été réalisée à la place.</li> </ul> <p>Cette <b>Garantie</b> couvre également la réparation ou la reconstruction de prothèses dentaires endommagées à la suite d'un <b>Accident</b> qui nécessite l'admission de l'<b>Assuré</b> dans un <b>Hôpital</b> pour au moins une nuit, sous réserve que ces prothèses dentaires étaient portées au moment de l'<b>Accident</b>.</p>	<p>► Remboursement intégral</p>

Garantie	Excel
<p><b>16. Traitement Psychiatrique avec Hospitalisation:</b></p> <p><i>Traitement</i> psychiatrique reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> dans une unité de soins psychiatriques reconnue d'un <b>Hôpital</b>. Tout <b>Traitement</b> doit être administré sous le contrôle direct d'un psychiatre agréé.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>▶</p> <p>Remboursement intégral jusqu'à 30 jours par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>17. Maladie en Phase Terminale:</b></p> <p>Soins palliatifs et Soins en Hospice : Lorsque la maladie est diagnostiquée en <b>Phase Terminale</b>, prise en charge des <b>Traitements en Hospitalisation, Soins de Jour</b> ou <b>Soins Ambulatoires</b> administrés sur l'avis d'un <b>Médecin</b> ou <b>Spécialiste</b> dans le but de soulager temporairement les symptômes. Prise en charge des frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> ou en hospice, des soins infirmiers administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b> et des <b>Médicaments et Pansements</b> prescrits.</p>	<p>▶</p> <p>Jusqu'à USD 75,000/ EUR 60,000/ GBP 46,875 limite viagère</p>
<p><b>18. Traitement d'Urgence aux Etats-Unis:</b></p> <p>Pour les voyages planifiés d'une durée allant jusqu'à 30 jours. Prise en charge du <b>Traitement</b> administré par un <b>Médecin</b> ou <b>Spécialiste</b> dans les 24 heures suivant la situation d'<b>Urgence</b>, rendu nécessaire à la suite d'un <b>Accident</b> ou le début soudain d'une maladie grave provoquant une <b>Pathologie Médicale</b> qui présente une menace immédiate pour l'état de santé de l'<b>Assuré</b>.</p> <p>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou les <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</p>	<p>▶</p> <p><b>Accident:</b> Remboursement intégral pour les <b>Accidents</b> nécessitant une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>.</p> <p>▶</p> <p>Maladies: Pour les <b>Hospitalisations</b> et <b>Soins de Jour</b>, jusqu'à USD 35,000/ EUR 28,000/ GBP 21,875 par <b>Période de Couverture</b>.</p> <p>Pour les <b>Soins Ambulatoires</b> reçus au Service d'Accueil des <b>Urgences</b> d'un <b>Hôpital</b> jusqu'à USD 500/EUR 400/ GBP 310 par <b>Période de Couverture</b>.</p>
<p><b>19. Évacuation et Rapatriement:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p>Des arrangements seront pris pour déplacer un <b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> présentant une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> grave, mettant sa vie en danger vers le centre médical le plus proche dans le but d'être admis à l'<b>Hôpital</b> en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>.</p> <p>Prise en charge des dépenses raisonnables suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Frais de transport d'un <b>Assuré</b> en cas de <b>Traitement d'Urgence</b> et transport <b>Médicalement Nécessaire</b> et lorsque les soins ne peuvent être facilement dispensés sur le lieu de l'incident. Cela inclut un billet en classe économique pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place, qui voyage à titre d'escorte.</li> <li>(ii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour se rendre à des rendez-vous d'ordre médical lorsque le <b>Traitement</b> est reçu en <b>Soins de Jour</b>.</li> <li>(iii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place pour se rendre à l'<b>Hôpital</b> et visiter l'<b>Assuré</b> suite à son <b>Hospitalisation</b>.</li> <li>(iv) Frais raisonnables d'hébergement non-hospitalisé et ce immédiatement avant ou après la période d'admission à l'<b>Hôpital</b> à condition que l'<b>Assuré</b> soit suivi par un <b>Spécialiste</b>.</li> </ul> <p>Les coûts de l'<b>Évacuation</b> ne s'étendent pas aux frais de sauvetages air-mer ou en montagne qui ne sont pas encourus dans des stations de ski reconnues ou stations de sports d'hiver similaires.</p> <p>Nos conseillers médicaux décideront du moyen de transport le plus approprié pour l'<b>Évacuation</b> et cette <b>Garantie</b> ne prendra pas en charge le transport s'il est effectué contre l'avis médical de <b>Nos</b> conseillers médicaux ou vers un centre médical ne disposant pas d'infrastructures appropriées pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b>.</p> <p><b>Repatriation</b></p> <p>Prise en charge d'un billet en classe économique afin de rapatrier l'<b>Assuré</b> et la personne l'accompagnant sur place, qui voyage à titre d'escorte, vers le lieu du <b>Traitement</b> ou le <b>Pays d'Origine</b> de l'<b>Assuré</b> ou son <b>Pays de Résidence</b> principal, à condition que le déplacement soit effectué dans le mois suivant l'arrêt du <b>Traitement</b>.</p> <p>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou aux <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ▶ Remboursement intégral</li> <li>(ii) ▶ Remboursement intégral</li> <li>(iii) ▶ Remboursement intégral</li> <li>(iv) ▶</li> </ul> <p>Jusqu'à USD 200/ EUR 160/GBP 125 par jour.</p> <p>Jusqu'à USD 7,500/ EUR 6,000/ GBP 4,600 par personne, par <b>Évacuation</b>.</p> <p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>▶</p> <p>Remboursement intégral</p>

Garantie	Excel
<p><b>20. Corps du défunt:</b></p> <p>En cas de décès suite à une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>, Nous paierons les coûts <b>Raisonnables et habituels</b> suivants:</p> <p>(i) Transport du corps du défunt <b>Assuré</b> ou de ses cendres vers son <b>Pays d'Origine</b> ou <b>Pays de Résidence</b>.</p> <p>(ii) Frais d'enterrement ou de crémation à l'endroit du décès et conformément aux pratiques raisonnables et usuelles.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 🏠</p> <p>(i)  Remboursement intégral</p> <p>(ii)  Jusqu'à USD 15,000/ EUR 12,000/ GBP 9,375</p>
<p><b>21. Garantie Forfaitaire en cas d'Hospitalisation:</b></p> <p>Cette <b>Garantie</b> est payable pour chaque nuit passée par un <b>Assuré</b> à l'<b>Hôpital</b> et uniquement si l'<b>Assuré</b> est admis à l'<b>Hôpital</b> avant minuit et reçoit le <b>Traitement</b> gratuitement, <b>Traitement</b> qui si reçu dans le privé aurait été <b>Éligible</b> sous ce <b>Contrat</b>. La <b>Garantie</b> est acquise pour un maximum de 30 nuits par <b>Période de couverture</b>. Pour cette <b>Garantie</b> l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.</p>	<p> USD 225/EUR 180/ GBP 135 par nuit</p>
<p><b>22. Soins Ambulatoires:</b></p> <p>Honoraires de <b>Médecin</b> y compris les consultations, les honoraires de <b>Spécialiste</b>, Frais de télé-médecine, les <b>Examens</b> et <b>Analyses Médicales</b>, les <b>Médicaments</b> et <b>Pansements</b> prescrits.</p> <p>Toutes les consultations pré opératoires ou post-hospitalisation sont prises en charge sous cette <b>Garantie</b>.</p>	<p> Remboursement intégral</p>
<p><b>23. Chirurgie en Soins de Jour ou en Ambulatoire:</b></p> <p>Prise en charge des frais de <b>Procédure Chirurgicale</b> réalisée en cabinet médical, à l'<b>Hôpital</b>, en unité de soins de jour ou unité de consultation en <b>Ambulatoire</b>. Toutes les consultations pré et postopératoires sont prises en charge sous la <b>Garantie</b> 22 - <b>Soins Ambulatoires</b>.</p>	<p> Remboursement intégral</p>
<p><b>24. Traitement Psychiatrique en Soins Ambulatoires:</b></p> <p>Traitement ambulatoire administré par un psychologue agréé et/ou un psychiatre agréé, sous réserve de 15 séances et de la limite de coût en vertu de la présente section.</p> <p>Pour les 5 premières séances, vous pouvez choisir de consulter un psychologue agréé directement sans avoir besoin de recommandation médicale. Cependant, toute séance ultérieure avec un psychologue agréé nécessitera une recommandation médicale et un diagnostic auprès d'un médecin généraliste qualifié ou un d'un spécialiste.</p>	<p> Jusqu'à USD 5,000/ EUR 4,000/GBP 3,125 et sujet à un maximum de 15 séances par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>25. Kinésithérapie ambulatoire et médecine douce:</b></p> <p>(i) Kinésithérapie réalisée par un <b>Kinésithérapeute</b>.</p> <p>(ii) Médecine complémentaire et <b>Traitement</b> par un thérapeute. Cette <b>Garantie</b> comprend les <b>Traitements</b> réalisés par les ostéopathes, podologues et podiatres, les chiropracteurs, les homéopathes, les diététiciens et les acupuncteurs mais exclut les <b>Kinésithérapeutes</b> couverts en (i).</p> <p>(iii) <b>Traitements</b> ou thérapies administrés en <b>Soins Ambulatoires</b> par un <b>Médecin</b> traditionnel chinois reconnu ou un <b>Médecin</b> ayurvédique.</p> <p>Par année d'assurance, <b>Vous</b> pouvez choisir un total de 5 séances de la combinaison de votre choix parmi les garanties (i) et (ii) à l'exclusion des diététiciens sans une nécessité de recommandation médicale; toutes les consultations ultérieures nécessiteront une recommandation d'un médecin ou d'un spécialiste.</p> <p>Au titre de cette <b>Garantie</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p>(i)  Remboursement intégral</p> <p>(ii) et (iii)  Remboursement intégral</p> <p><b>Autorisation préalable pour (i), (ii) et (iii) toutes les 10 visites</b> 🏠</p>
<p><b>26. Soins Infirmiers à Domicile:</b></p> <p>(i) Soins administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b> au domicile de l'<b>Assuré</b>, reçus immédiatement à la suite d'un <b>Traitement</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> sur la recommandation d'un <b>Médecin</b> ou d'un <b>Spécialiste</b>.</p> <p>(ii) Visite à domicile en <b>Urgence</b> de <b>Médecin</b> (médecin généraliste) en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.</p>	<p>(i)  Remboursement intégral, jusqu'à 60 jours par <b>Pathologie Médicale</b>.</p> <p><b>Autorisation Préalable pour (i)</b> 🏠</p> <p>(ii)  Non couvert</p>

## Options aux Garanties de Base

## Excel

## 27. SIDA:

Dépenses médicales qui résultent ou sont de quelque manière que ce soit liées au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et/ou aux pathologies liées au VIH y compris le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) ou le complexe associé au SIDA (ou ARC pour AIDS Related Complex) et/ou ses dérivés ou variations mutantes. A la suite d'un **Accident\*** du travail avéré ou d'une transfusion de sang\*\*. Les dépenses se limitent aux consultations pré et post-diagnostic, contrôles de routine pour cette condition, **Médicaments et Pansements** (à l'exception des **Traitements** expérimentaux ou non prouvés), frais de **Chambre d'Hôpital** et soins infirmiers.

\* Pour le personnel des services des urgences, les professions médicales ou dentaires, les assistants de laboratoire, pharmacien ou employé d'un établissement de soins qui apportent la preuve d'avoir contracté le virus du VIH de façon accidentelle en effectuant les tâches habituelles de leur profession; d'avoir contracté le virus du VIH trois ans après la **Date d'Entrée au Contrat** ou sa **Date d'Effet**, la date la plus tardive étant retenue. L'incident étant la cause de l'infection doit avoir été reporté, investigué et documenté selon les procédures à suivre dans la profession de l'**Assuré**; un test réalisé dans les cinq jours suivant l'incident n'a pas révélé la présence du VIH ou d'anticorps à un tel virus; et un test positif au VIH a été réalisé dans les 12 mois suivant l'**Accident** du travail signalé.

\*\* Pour autant que la transfusion sanguine ait été reçue lors d'une **Hospitalisation** dans le cadre d'un **Traitement Médicalement Nécessaire**.

**Délai de Carence:** Couverture disponible uniquement après trois ans d'adhésion continue.

**Autorisation Préalable** 📄



Jusqu'à USD 40,000/  
EUR 32,000/  
GBP 25,000  
par **Période de Couverture**

## 28. Soins Dentaires:

(i) **Traitement Dentaire Courant:** Honoraires d'un **Dentiste** agréé réalisant des **Traitements** dentaires courants dans un cabinet dentaire. Par **Traitement** dentaire courants on entend:

- Examen de routine (deux fois par an), i.e examen des dents infectées, manquantes, ou plombées, incluant les rayons X si nécessaire.
- Détartrage, polissage et obturation/scellement préventif.
- Plombages (amalgames standards ou composites), extractions et **Traitement** de canal (mais pas la pose de couronne faisant suite à un **Traitement** de canal)

Aucun autre **Traitement** n'est couvert par la garantie **Traitement** dentaire courant.

**Délai de Carence:** Les frais occasionnés dans les 9 premiers mois suivant la **Date d'Effet** du **Contrat** sont exclus.

Un pourcentage de participation de 20% est applicable.

Au titre de cette garantie, la **Franchise Annuelle** du **Contrat** ou la **Franchise par Visite Ambulatoire** ne s'applique pas.

(ii) **Traitement Dentaire Complexe:** Honoraires d'un **Dentiste** agréé et frais associés aux procédures suivantes: **Traitement** Dentaire Complexe **Éligible**: y compris par exemple, l'**Apicectomie** réalisée pour traiter les pathologies suivantes : fracture de la racine dentaire, racine de la dent sévèrement courbée, dents obturées ou surmontées de couronnes, kyste ou une infection qui ne peut être traité par **Traitement** de canal, perforation de la racine, douleur et infection récurrente, symptômes persistants dont la cause n'est pas visible aux rayons X. Calcification ; surfaces des racines et os environnant qui nécessitent une procédure chirurgicale

Aucun autre **Traitement** n'est couvert par cette **Garantie**.

**Délai de Carence:** Les frais occasionnés dans les 9 premiers mois suivant la **Date d'Effet** du **Contrat** sont exclus.

Un pourcentage de participation de 20% est applicable.

Un pourcentage de participation de 50% est applicable pour tout traitement d'orthodontie.

Au titre de cette garantie, la **Franchise Annuelle** du **Contrat** ou la **Franchise par Visite Ambulatoire** ne s'applique pas.

(i)

Jusqu'à USD 1,000/  
EUR 800/GBP 625  
par **Période de Couverture**

(ii)

Jusqu'à USD 2,000/  
EUR 1,600/  
GBP 1,250  
par **Période de Couverture**

## 29. Traitement Électif (non urgent) aux États-Unis:

(i) Les dépenses associées à une **Hospitalisation** ou **Soins de Jour** aux États-Unis pour le **Traitement** d'une **Pathologie Médicale Éligible** seront prises en charge intégralement lorsque le **Traitement** est reçu au sein du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International**.

(ii) Les dépenses associées à des **Soins Ambulatoires** aux États-Unis pour une **Pathologie Médicale Éligible** seront prises en charge intégralement lorsque le **Traitement** est reçu au sein du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International**.

Les **Traitements** reçus en dehors du **Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International** sont sujets à un pourcentage de **Participation** de 50%.

**Autorisation Préalable** pour les chirurgies et procédures de diagnostic en Ambulatoire, Hospitalisation et Soins de Jour 📄



Optionnel  
Jusqu'à USD 1.5m/  
EUR 1.2m/  
GBP 937,500  
par **Assuré**  
par **Période de Couverture**

## Options aux Garanties de Base

Excel

## 30. Participation aux Soins Ambulatoires:

Un pourcentage de **Participation** de 10% s'appliquera à tout **Traitement Ambulatoire Éligible**. Si **Votre Contrat** inclut les **Garanties** maternité ou dentaire, toute **Participation** applicable sera indiquée au **Tableau des Garanties**.

Merci de noter que la **Participation** ne s'applique pas aux **Traitements** liés à la dialyse rénale/l'insuffisance rénale, le **Cancer** ou la greffe d'organe.



Optionnel

## 31. Participation aux Soins Ambulatoires Option 2:

Un pourcentage de **Participation** de 20% s'appliquera à tout **Traitement Ambulatoire Éligible**. Si **Votre Contrat** inclut les **Garanties** maternité ou dentaire, tout **Participation** applicable sera indiquée au **Tableau des Garanties**.

Merci de noter que la **Participation** ne s'applique pas aux **Traitements** liés à la dialyse rénale/l'insuffisance rénale, le **Cancer** ou la greffe d'organe.



Optionnel

## 32. Bien-être, Optique et Vaccinations:

(i) **Bien-être**: Cette prestation est payable à titre de contribution aux frais de routine bilans de santé, y compris dépistage du **Cancer**, test BRCA I & II (en cas d'antécédents familiaux directs), densitométrie osseuse (une fois tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans et plus), examen cardiovasculaire, examens neurologiques, signes vitaux (p. ex. tension artérielle, indice de masse corporelle), analyse d'urine, cholestérol) consultation de routine pour enfant (jusqu'à l'âge de 5 ans).

et/ou

(ii) **Garantie Optique**: Cette **Garantie** offre également une participation aux frais d'optique y compris un examen oculaire annuel réalisé par un ophtalmologiste, les lunettes prescrites incluant les montures et les verres; et/ou lentilles de contact lorsque la prescription de l'adhérent a changé, dans les limites de **Garantie** combinée avec un maximum de USD 300/EUR 240/GBP 180 par **Période de Couverture**.

Merci de noter que **Nous** ne prenons pas en charge les lunettes de soleil ou verres de transition sur prescription.

et/ou

(iii) **Vaccinations**: Coûts des drogues et consultations afin d'administrer tous vaccins et rappels **Médicalement Nécessaires** et toute vaccination **Médicalement Nécessaire** avant un voyage, ainsi que la prophylaxie anti-paludisme.

Au titre de cette **Garantie** l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.

**Délai de Carence**: Couverture disponible uniquement après six mois d'adhésion continue.



Optionnel



Limite combinée  
Jusqu'à to USD 500/  
EUR 400/GBP 310  
par **Période de  
Couverture**

## 33. Bien-être, Optique et Vaccinations Option 2:

(i) **Bien-être**: Cette prestation est payable à titre de contribution aux frais de routine bilans de santé, y compris dépistage du **Cancer**, test BRCA I & II (en cas d'antécédents familiaux directs), densitométrie osseuse (une fois tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans et plus), examen cardiovasculaire, examens neurologiques, signes vitaux (p. ex. tension artérielle, indice de masse corporelle), analyse d'urine, cholestérol) consultation de routine pour enfant (jusqu'à l'âge de 5 ans).

et/ou

(ii) **Garantie Optique**: Cette **Garantie** offre également une participation aux frais d'optique y compris un examen oculaire annuel réalisé par un ophtalmologiste, les lunettes prescrites incluant les montures et les verres; et/ou lentilles de contact lorsque la prescription de l'adhérent a changé, dans les limites de la **Garantie** combinée avec un maximum de USD 600/EUR 480/GBP 375 par **Période de Couverture**.

Merci de noter que **Nous** ne prenons pas en charge les lunettes de soleil ou verres de transition sur prescription.

et/ou

(iii) **Vaccinations**: Coûts des drogues et consultations afin d'administrer tous vaccins et rappels **Médicalement Nécessaires** et toute vaccination **Médicalement Nécessaire** avant un voyage, ainsi que la prophylaxie anti-paludisme.

Au titre de cette **Garantie** l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.

**Délai de Carence**: Couverture disponible uniquement après six mois d'adhésion continue.



Optionnel



Limite combinée  
Jusqu'à to USD 1,000/  
EUR 800/GBP 625  
par **Période de  
Couverture**

Options aux Garanties de Base	Excel
<p><b>34. Évacuation et Rapatriement - Protection accrue:</b></p> <p><b>Évacuation</b></p> <p>Des arrangements seront pris pour déplacer un <b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> présentant une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> grave, mettant sa vie en danger vers le centre médical le plus proche, son <b>Pays de Résidence</b>, son <b>Pays d'Origine</b> ou le pays choisi par l'adhérent assuré dans le but d'être admis à l'<b>Hôpital</b> en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>.</p> <p>Prise en charge des dépenses raisonnables suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Frais de transport d'un <b>Assuré</b> en cas de <b>Traitement d'Urgence</b> et transport <b>Médicalement Nécessaire</b>, lorsque les soins ne peuvent être facilement dispensés sur le lieu de l'incident. Cela inclut un billet en classe économique pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place, qui voyage à titre d'escorte.</li> <li>(ii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour se rendre aux rendez-vous d'ordre médical lorsque le <b>Traitement</b> est reçu en <b>Soins de Jour</b>.</li> <li>(iii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place pour se rendre à l'<b>Hôpital</b> et visiter l'<b>Assuré</b> suite à son <b>Hospitalisation</b>.</li> <li>(iv) Frais raisonnables d'hébergement non-hospitalisé et ce immédiatement avant ou après la période d'admission à l'<b>Hôpital</b> à condition que l'<b>Assuré</b> soit suivi par un <b>Spécialiste</b>.</li> </ul> <p>Les coûts de l'<b>Évacuation</b> ne s'étendent pas aux frais de sauvetages air-mer ou en montagne qui ne sont pas encourus dans des stations de ski reconnues ou stations de sports d'hiver similaires.</p> <p>Le pays choisi par l'adhérent assuré pour l'<b>Évacuation</b> est sujet à la disponibilité sur place d'infrastructures médicales appropriées. <b>Nos</b> conseillers médicaux détermineront si le pays choisi dispose des infrastructures médicales nécessaires pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b> dont souffre l'adhérent assuré. <b>Nos</b> conseillers médicaux décideront du moyen de transport le plus approprié pour l'<b>Évacuation</b> et cette <b>Garantie</b> ne prendra pas en charge le transport s'il est effectué contre l'avis médical de <b>Nos</b> conseillers médicaux ou vers un centre médical ne disposant pas d'infrastructures appropriées pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b>.</p> <p><b>Rapatriement</b></p> <p>Prise en charge d'un billet en classe économique afin de rapatrier l'<b>Assuré</b> et la personne l'accompagnant sur place qui voyage à titre d'escorte, vers le lieu du <b>Traitement</b> ou le <b>Pays d'Origine</b> de l'<b>Assuré</b> ou son <b>Pays de Résidence</b> principal, à condition que le déplacement soit effectué dans le mois suivant l'arrêt du <b>Traitement</b>. Les frais raisonnables pour les dépenses ci-dessus seront remboursés intégralement.</p> <p>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou aux <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>▶ Optionnel</p> <p>(i) ▶ Remboursement intégral</p> <p>(ii) ▶ Remboursement intégral</p> <p>(iii) ▶ Remboursement intégral</p> <p>(iv) ▶ Remboursement intégral</p> <p>Jusqu'à USD 200/ EUR 160/GBP 125 par jour. Jusqu'à to USD 7,500/ EUR 6,000/GBP 4,600 par personne, par <b>Évacuation</b>.</p> <p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>▶ Remboursement intégral</p>

Options de Franchise par Visite Ambulatoire	Excel
<p><b>Franchise par Visite Ambulatoire:</b></p> <p>Une <b>Franchise</b> de USD 25/EUR 20/GBP 15 par <b>Visite Ambulatoire</b> s'appliquera lorsque <b>Vous</b> recevez des <b>Soins Ambulatoires Éligibles</b> au sein et en dehors du <b>Réseau de Prestataire Partenaire Now Health International</b>.</p> <p>Merci de noter: La <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas à la <b>Garantie Médecine Douce</b>. Si <b>Votre Contrat</b> inclut la <b>Garantie soins Dentaires</b>, comme stipulé dans <b>Votre Tableau des Garanties</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p>▶ Optionnel USD 25/EUR 20/ GBP 15</p>
<p><b>Franchise par Visite Ambulatoire - Option 2:</b></p> <p>Une <b>Franchise</b> de USD 25/EUR 20/GBP 15 par <b>Visite Ambulatoire</b> s'appliquera lorsque <b>Vous</b> recevez des <b>Soins Ambulatoires Éligibles</b> au sein et en dehors du <b>Réseau de Prestataire Partenaire Now Health International</b>.</p> <p>Merci de noter: La <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas à la <b>Garantie Médecine Douce</b>. Si <b>Votre Contrat</b> inclut la <b>Garantie soins Dentaires</b>, comme stipulé dans <b>Votre Tableau des Garanties</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p>▶ Optionnel USD 15/EUR 12/ GBP 10</p>

Options de Franchise Annuelle	Excel
<p><b>Franchise Annuelle Standard</b></p>	<p>Nul</p>
<p><b>Franchise Annuelle Optionnelle</b></p> <p>Merci de noter : Si <b>Vous</b> optez pour une <b>Franchise Annuelle</b> optionnelle, <b>Vous</b> devez également sélectionner une <b>Participation aux Soins Ambulatoires</b> ou une <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b>. Les <b>Franchises Annuelles</b> s'appliquent à tout <b>Traitement Médicalement Nécessaire</b> en vertu de la <b>Garantie 19</b> et la <b>Garantie 34</b>.</p>	<p>USD 1,000/EUR 800/ GBP 625 USD 2,500/EUR 2,000/ GBP 1,550 USD 5,000/EUR 4,000/ GBP 3,125 USD 10,000/ EUR 8,000/GBP 6,250 USD 15,000/ EUR 12,000/GBP 9,375</p>

## 4.3.4 WorldCare Apex

Garantie	Apex
<b>Plafond Annuel du Contrat</b> <b>Services d'assistance téléphonique disponibles 24h/24 pour l'ensemble des Contrats</b>	<b>USD 4.5m/  EUR 3.6m/  GBP 2.8m</b>
<b>1. Traitement d'Entretien des Pathologies Médicales Chroniques:</b> <i>Traitement d'entretien des <b>Pathologies Médicales</b> chroniques, ce qui comprend mais ne se limite pas à l'asthme, le diabète et l'hypertension et qui requièrent une surveillance constante ou de long terme par le biais de consultations, examens, bilans de santé, <b>Médicaments et Pansements</b> et/ou tests et dans la limite du plafond de <b>Garantie</b> suivant <b>Votre Date d'Entrée au Contrat</b>. Cette <b>Garantie</b> ne couvre pas l'insuffisance rénale et la dialyse rénale. Leur prise en charge relève de la <b>Garantie 6</b>. Les <b>Traitements</b> contre le <b>Cancer</b> relèvent de la <b>Garantie 8</b>.</i>	 Remboursement intégral
<b>2. Frais d'Hospitalisation, Honoraires de Médecin et Spécialiste:</b> (i) <i>Les frais d'<b>Hospitalisation</b> et de <b>Soins de Jour</b> facturés par un <b>Hôpital</b> y compris les frais de séjour (salle commune/chambre privée ou semi privée); les <b>Analyses et Examens médicaux</b>; les frais opératoires y compris les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste; et la couverture des soins infirmiers administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b>; les <b>Médicaments et Pansements</b> prescrits par un <b>Médecin</b> ou un <b>Spécialiste</b>; et les appareils chirurgicaux utilisés par le <b>Médecin</b> durant l'opération. Cela inclut les consultations pré et postopératoires en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> et les soins intensifs.</i> (ii) <i>Les frais accessoires : L'achat ou la location de béquilles, cannes, aides à la marche et fauteuils roulants non électriques à propulsion manuelle dans les six mois qui suivent une <b>Hospitalisation</b> ou des <b>Soins de Jour</b> pour le <b>Traitement</b> d'une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>.</i>	(i)  Remboursement intégral <b>Autorisation Préable pour (i)</b> 📄 (ii)  jusqu'à USD 2,500/ EUR 2,000/GBP 1,550 par <b>Pathologie Médicale</b>
<b>3. Procédures Diagnostiques:</b> <i>Imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomographie par ordinateur (CT-scan) <b>Médicalement Nécessaires</b> à des fins diagnostiques lors d'une <b>Hospitalisation, Soins de Jour</b> ou soins <b>Ambulatoires</b>.</i>	<b>Autorisation Préable pour les TEP</b> 📄  Remboursement intégral
<b>4. Transport en Ambulance d'Urgence:</b> <i>Transport en ambulance d'<b>Urgence</b> par route vers un <b>Hôpital</b> ou entre deux <b>Hôpitaux</b>, ou lorsque considéré <b>Médicalement Nécessaire</b> par un <b>Médecin</b> ou un <b>Spécialiste</b>.</i>	 Remboursement intégral
<b>5. Frais de Séjour d'un Parent:</b> <i>Frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> d'un parent restant durant la nuit avec un <b>Assuré</b> âgé de moins de 18 ans lorsque l'enfant est admis pour un <b>Traitement Éligible</b> en <b>Hospitalisation</b>.</i>	 Remboursement intégral
<b>6. Insuffisance Rénale et Dialyse Rénale:</b> (i) <i><b>Traitement</b> de l'insuffisance rénale, y compris les dialyses rénales en <b>Hospitalisation</b>.</i> (ii) <i><b>Traitement</b> de l'insuffisance rénale, y compris les dialyses rénales en <b>Soins de Jour</b> ou en <b>Ambulatoire</b>.</i>	(i)  Remboursement intégral pour les soins pré et postopératoires en <b>Hospitalisation</b> (ii)  Jusqu'à USD 100,000/ EUR 80,000/ GBP 62,500 par <b>Période de Couverture</b>
<b>7. Greffe d'Organe:</b> (i) <i><b>Traitement</b> pour ou en relation avec une greffe de rein, pancréas, foie, cœur, poumon, moelle osseuse, cornée, ou cœur et poumon lorsque le receveur est un <b>Assuré</b> au <b>Contrat</b>. Lorsque la greffe d'organe est requise en raison d'un <b>Trouble Congénital</b>, la prise en charge sera acquise sous la <b>Garantie 12</b> mais exclue de la <b>Garantie 7 - Greffe d'Organe</b>.</i> (ii) <i>Frais médicaux encourus par le donneur d'organe lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>, à l'exception des frais de recherche de donneur d'organe.</i> <i>Nous prenons en charge uniquement les greffes d'organes effectuées au sein d'établissements internationaux accrédités, par des chirurgiens accrédités et lorsque la collecte d'organes respecte les recommandations de l'<b>OMS</b>.</i>	(i)  Remboursement intégral (ii)  Jusqu'à USD 50,000/ EUR 40,000/ GBP 31,250 par <b>Période de Couverture</b>

Garantie	Apex
<p><b>8. Traitement contre le Cancer:</b>  <b>Traitement</b> contre le <b>Cancer</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation, Soins de Jour ou Soins Ambulatoires</b>. Cela inclut les frais d'oncologie, la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, seules ou combinées, et ce dès le diagnostic est établi.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>9. Conditions Médicales de Grossesse:</b>  <b>Traitement</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> pour une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> et survenant durant les stades prénatals de la <b>Grossesse</b> ou pour une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> et survenant durant l'accouchement. <b>Nous</b> autoriserions le <b>Traitement</b> des éléments suivants comme éligibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grossesse</b> ectopique (lorsque le fœtus grandit en dehors de l'utérus)</li> <li>• <b>Môle hydatiforme</b> (croissance anormale de cellules dans l'utérus)</li> <li>• <b>Rétention placentaire</b> (rétention du placenta dans l'utérus)</li> <li>• <b>Placenta prævia</b></li> <li>• <b>Éclampsie</b> (coma ou convulsions durant la <b>Grossesse</b> et suivant un épisode de prééclampsie)</li> <li>• <b>Diabète</b> (si une exclusion a été portée au <b>Contrat</b> du fait de <b>Vos</b> antécédents médicaux de diabète, alors <b>Vous</b> ne serez pas couvert pour le <b>Traitement</b> du diabète pendant la <b>Grossesse</b>)</li> <li>• <b>Hémorragie post-partum</b> (saignements abondants dans les heures ou jours suivants l'accouchement)</li> <li>• <b>Fausse couche</b> nécessitant un <b>Traitement</b> chirurgical immédiat</li> </ul> <p><b>Délai de carence:</b> les frais engagés dans les 12 mois à compter de la date d'entrée sous la police de la mère sont exclus.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>10. Couverture du Nouveau-Né:</b>  <b>Traitement</b> reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> pour naissance prématurée (i.e avant les 37 semaines de gestation) ou pour une <b>Pathologie Aiguë</b> dont souffre le <b>Nouveau-Né</b> de l'<b>Assuré</b> et qui se manifeste dans les 30 jours suivant sa naissance. A la condition que le <b>Nouveau-Né</b> soit ajouté au <b>Contrat</b> dans les 30 jours suivant sa naissance et que la prime soit payée. En cas de naissances multiples, la <b>Garantie</b> est acquise à hauteur des mêmes limites de <b>Garanties</b> indiquées.  Dans l'éventualité où <b>Nous</b> demandons des détails sur les antécédents médicaux du <b>Nouveau-Né</b> avant l'ajout du bébé au <b>Contrat</b>, <b>Nous Nous</b> réservons le droit de porter des restrictions à la couverture que <b>Nous</b> offrons.  <b>Nous</b> vous invitons à vous reporter à la section 6.5 – Ajouter un <b>Nouveau-né</b> de ce Guide Client pour plus de détails.</p>	<p>▶ Jusqu'à to USD 150,000/ EUR 120,000/ GBP 93,750 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>11. Frais de Séjour des Nouveau-Nés Accompagnant leur Mère:</b>  Frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> d'un <b>Nouveau-Né</b> (âgé de 16 semaines au plus) accompagnant sa mère (elle-même <b>Assurée</b> au <b>Contrat</b>) alors qu'elle reçoit un <b>Traitement Éligible</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b>.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>12. Trouble Congénital:</b>  <b>Traitement</b> d'un <b>Trouble Congénital</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b>. Dans l'éventualité où un <b>Trouble Congénital</b> se manifeste chez un <b>Nouveau-né</b> dans les 30 jours suivant sa naissance, la couverture de cette <b>Pathologie Médicale</b> sera acquise sous la <b>Garantie</b> 10, et exclue de la <b>Garantie</b> 12 - <b>Trouble Congénital</b>.</p>	<p>▶ Jusqu'à to USD 150,000/ EUR 120,000/ GBP 93,750 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>13. Chirurgie Réparatrice:</b>  Chirurgie Réparatrice requise afin de rétablir une fonction naturelle ou un aspect physique après un <b>Accident</b>, ou à la suite d'une <b>Procédure Chirurgicale</b> pour traiter une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>, survenant après la <b>Date d'entrée</b> de l'<b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> ou la <b>Date d'Effet</b>, la date la plus tardive étant retenue.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>14. Rééducation:</b>  Lorsque prescrit par un <b>Spécialiste</b> comme une partie intégrante du <b>Traitement</b> d'une <b>Pathologie Médicale</b> qui requiert <b>Votre</b> admission dans une unité de <b>Rééducation</b> reconnue d'un <b>Hôpital</b>. Suite à l'<b>Hospitalisation</b> de l'<b>Assuré</b> au sein d'un <b>Hôpital</b> durant au minimum trois jours consécutifs et lorsqu'un <b>Spécialiste</b> confirme par écrit que la <b>Rééducation</b> est nécessaire. L'admission dans une unité de <b>Rééducation</b> doit être effectuée dans les 14 jours de la sortie de l'<b>Hôpital</b>. Un tel <b>Traitement</b> doit être sous la supervision et le contrôle direct d'un <b>Spécialiste</b> et comprend:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation de salles de <b>Traitement</b> spécial</li> <li>Les frais de physiothérapie</li> <li>Les frais de thérapie du langage</li> <li>Les frais d'ergothérapie</li> </ol>	<p>▶ Remboursement intégral</p>
<p><b>15. Soins Dentaires d'Urgence avec Hospitalisation:</b>  Cela désigne les soins dentaires de restauration d'<b>Urgence</b> requis afin de sonder les dents naturelles à la suite d'un <b>Accident</b> et nécessitant <b>Votre</b> admission à l'<b>Hôpital</b> pour une nuit au moins.  Les soins dentaires doivent être reçus dans les 10 jours suivant l'<b>Accident</b>. La <b>Garantie</b> prend en charge tout <b>Traitement</b> nécessaire à la suite d'une blessure accidentelle causée par un impact extra-buccal, lorsque les conditions suivantes s'appliquent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le <b>Traitement</b> comprend le remplacement d'une couronne, de bridge, de facette ou prothèse dentaire, <b>Nous</b> paierons uniquement le coût raisonnable et habituellement pratiqué pour un remplacement du même type ou de la même qualité.</li> <li>• Si des implants dentaires sont cliniquement nécessaires, <b>Nous</b> paierons uniquement le montant des frais qui aurait été déboursés si une pose de bridge avait été réalisée à la place.</li> </ul> <p>Cette <b>Garantie</b> couvre également la réparation ou la reconstruction de prothèses dentaires endommagées à la suite d'un <b>Accident</b> qui nécessite l'admission de l'<b>Assuré</b> dans un <b>Hôpital</b> pour au moins une nuit, sous réserve que ces prothèses dentaires étaient portées au moment de l'<b>Accident</b>.</p>	<p>▶ Remboursement intégral</p>

Garantie	Apex
<p><b>16. Traitement Psychiatrique avec Hospitalisation:</b></p> <p><b>Traitement</b> psychiatrique reçu lors d'une <b>Hospitalisation</b> dans une unité de soins psychiatriques reconnue d'un <b>Hôpital</b>. Tout <b>Traitement</b> doit être administré sous le contrôle direct d'un psychiatre agréé.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 🗣️</p> <p>▶</p> <p>Remboursement intégral jusqu'à 30 jours par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>17. Maladie en Phase Terminale:</b></p> <p>Soins palliatifs et Soins en Hospice: Lorsque la maladie est diagnostiquée en <b>Phase Terminale</b>, prise en charge des <b>Traitements en Hospitalisation, Soins de Jour</b> ou <b>Soins Ambulatoires</b> administrés sur l'avis d'un <b>Médecin</b> ou <b>Spécialiste</b> dans le but de soulager temporairement les symptômes. Prise en charge des frais de séjour à l'<b>Hôpital</b> ou en hospice, des soins infirmiers administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b> et des <b>Médicaments et Pansements</b> prescrits.</p>	<p>▶</p> <p>Jusqu'à to USD 100,000/ EUR 80,000/ GBP 62,500 limite viagère</p>
<p><b>18. Traitement d'Urgence aux Etats-Unis:</b></p> <p>Pour les voyages planifiés d'une durée allant jusqu'à 30 jours. Prise en charge du <b>Traitement</b> administré par un <b>Médecin</b> ou <b>Spécialiste</b> dans les 24 heures suivant la situation d'<b>Urgence</b>, rendu nécessaire à la suite d'un <b>Accident</b> ou le début soudain d'une maladie grave provoquant une <b>Pathologie Médicale</b> qui présente une menace immédiate pour l'état de santé de l'<b>Assuré</b>.</p> <p>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou les <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</p>	<p>▶</p> <p><b>Accident:</b> Remboursement intégral pour les <b>Accidents</b> nécessitant une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>.</p> <p>▶</p> <p>Maladies: Pour les <b>Hospitalisations</b> et <b>Soins de Jour</b>, jusqu'à USD 50,000/ EUR 40,000/ GBP 31,250 par <b>Période de Couverture</b>.</p> <p>Pour les <b>Soins Ambulatoires</b> reçus au Service d'Accueil des <b>Urgences</b> d'un <b>Hôpital</b> jusqu'à USD 500/ EUR 400/GBP 310 par <b>Période de Couverture</b>.</p>
<p><b>19. Évacuation et Rapatriement:</b></p> <p><b>Evacuation</b></p> <p>Des arrangements seront pris pour déplacer un <b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> présentant une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> grave, mettant sa vie en danger vers le centre médical le plus proche dans le but d'être admis à l'<b>Hôpital</b> en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>.</p> <p>Prise en charge des dépenses raisonnables suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Frais de transport d'un <b>Assuré</b> en cas de <b>Traitement d'Urgence</b> et transport <b>Médicalement Nécessaire</b> et lorsque les soins ne peuvent être facilement dispensés sur le lieu de l'incident. Cela inclut un billet en classe économique pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place, qui voyage à titre d'escorte.</li> <li>(ii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour se rendre à des rendez-vous d'ordre médical lorsque le <b>Traitement</b> est reçu en <b>Soins de Jour</b>.</li> <li>(iii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place pour se rendre à l'<b>Hôpital</b> et visiter l'<b>Assuré</b> suite à son <b>Hospitalisation</b>.</li> <li>(iv) Frais raisonnables d'hébergement non-hospitalisé et ce immédiatement avant ou après la période d'admission à l'<b>Hôpital</b> à condition que l'<b>Assuré</b> soit suivi par un <b>Spécialiste</b>.</li> </ul> <p>Les coûts de l'<b>Évacuation</b> ne s'étendent pas aux frais de sauvetages air-mer ou en montagne qui ne sont pas encourus dans des stations de ski reconnues ou stations de sports d'hiver similaires.</p> <p>Nos conseillers médicaux décideront du moyen de transport le plus approprié pour l'<b>Évacuation</b> et cette <b>Garantie</b> ne prendra pas en charge le transport s'il est effectué contre l'avis médical de <b>Nos</b> conseillers médicaux ou vers un centre médical ne disposant pas d'infrastructures appropriées pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b>.</p> <p><b>Rapatriement</b></p> <p>Prise en charge d'un billet en classe économique afin de rapatrier l'<b>Assuré</b> et la personne l'accompagnant sur place, qui voyage à titre d'escorte, vers le lieu du <b>Traitement</b> ou le <b>Pays d'Origine</b> de l'<b>Assuré</b> ou son <b>Pays de Résidence</b> principal, à condition que le déplacement soit effectué dans le mois suivant l'arrêt du <b>Traitement</b>.</p> <p>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou aux <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 🗣️</p> <p>(i) ▶ Remboursement intégral</p> <p>(ii) ▶ Remboursement intégral</p> <p>(iii) ▶ Remboursement intégral</p> <p>(iv) ▶</p> <p>Jusqu'à USD 300/ EUR 240/GBP 185 par jour.</p> <p>Jusqu'à USD 10,000/ EUR 8,000/GBP 6,250 par personne, par <b>Évacuation</b>.</p> <p><b>Autorisation Préalable</b> 🗣️</p> <p>▶ Remboursement intégral</p>

Garantie	Apex
<p><b>20. Corps du défunt:</b></p> <p>En cas de décès suite à une <b>Pathologie Médicale Éligible</b>, Nous paierons les coûts <b>Raisonnables et habituels</b> suivants :</p> <p>(i) Transport du corps du défunt <b>Assuré</b> ou de ses cendres vers son <b>Pays d'Origine</b> ou <b>Pays de Résidence</b>.</p> <p>(ii) Frais d'enterrement ou de crémation à l'endroit du décès et conformément aux pratiques raisonnables et usuelles.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 🗨️</p> <p>(i)  Remboursement intégral</p> <p>(ii)  Jusqu'à USD 20,000/ EUR 16,000/ GBP 12,500</p>
<p><b>21. Garantie Forfaitaire en cas d'Hospitalisation:</b></p> <p>Cette <b>Garantie</b> est payable pour chaque nuit passée par un <b>Assuré</b> à l'<b>Hôpital</b> et uniquement si l'<b>Assuré</b> est admis à l'<b>Hôpital</b> avant minuit et reçoit le <b>Traitement</b> gratuitement, <b>Traitement</b> qui si reçu dans le privé aurait été <b>Éligible</b> sous ce <b>Contrat</b>. La <b>Garantie</b> est acquise pour un maximum de 30 nuits par <b>Période de couverture</b>.</p> <p>Pour cette <b>Garantie</b> l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.</p>	<p> USD 275/EUR 220/ GBP 165 par nuit</p>
<p><b>22. Soins Ambulatoires:</b></p> <p>Honoraires de <b>Médecin</b> y compris les consultations, les honoraires de <b>Spécialiste</b>, Frais de télé-médecine, les <b>Examens et Analyses Médicales</b>, les <b>Médicaments et Pans ements</b> prescrits.</p> <p>Toutes les consultations pré opératoires ou post-hospitalisation sont prises en charge sous cette <b>Garantie</b>.</p>	<p> Remboursement intégral</p>
<p><b>23. Chirurgie en Soins de Jour ou en Ambulatoire:</b></p> <p>Prise en charge des frais de <b>Procédure Chirurgicale</b> réalisée en cabinet médical, à l'<b>Hôpital</b>, en unité de soins de jour ou unité de consultation en <b>Ambulatoire</b>. Toutes les consultations pré et postopératoires sont prises en charge sous la <b>Garantie 22 - Soins Ambulatoires</b>.</p>	<p> Remboursement intégral</p>
<p><b>24. Traitement Psychiatrique en Soins Ambulatoires:</b></p> <p>Traitement ambulatoire administré par un psychologue agréé et/ou un psychiatre agréé, sous réserve de 20 séances et de la limite de coût en vertu de la présente section.</p> <p>Pour les 5 premières séances, vous pouvez choisir de consulter un psychologue agréé directement sans avoir besoin de recommandation médicale. Cependant, toute séance ultérieure avec un psychologue agréé nécessitera une recommandation médicale et un diagnostic auprès d'un médecin généraliste qualifié ou un d'un spécialiste.</p>	<p> Jusqu'à USD 7,500/ EUR 6,000/GBP 4,600 et sujet à un maximum de 20 séances par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>25. Kinésithérapie ambulatoire et médecine douce:</b></p> <p>(i) Kinésithérapie réalisée par un <b>Kinésithérapeute</b>.</p> <p>(ii) Médecine complémentaire et <b>Traitement</b> par un thérapeute. Cette <b>Garantie</b> comprend les <b>Traitements</b> réalisés par les ostéopathes, podologues et podiatres, les chiropracteurs, les homéopathes, les diététiciens et les acupuncteurs mais exclut les <b>Kinésithérapeutes</b> couverts en (i).</p> <p>(iii) <b>Traitements</b> ou thérapies administrés en <b>Soins Ambulatoires</b> par un <b>Médecin</b> traditionnel chinois reconnu ou un <b>Médecin</b> ayurvédique.</p> <p>Par année d'assurance, <b>Vous</b> pouvez choisir un total de 5 séances de la combinaison de votre choix parmi les garanties (i) et (ii) à l'exclusion des diététiciens sans une nécessité de recommandation médicale; toutes les consultations ultérieures nécessiteront une recommandation d'un médecin ou d'un spécialiste.</p> <p>Au titre de cette <b>Garantie</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p>(i)  Remboursement intégral</p> <p>(ii) et (iii)  Remboursement intégral</p> <p><b>Autorisation préalable pour (i), (ii) et (iii) toutes les 10 visites</b> 🗨️</p>
<p><b>26. Soins Infirmiers à Domicile:</b></p> <p>(i) Soins administrés par une <b>Infirmière Qualifiée</b> au domicile de l'<b>Assuré</b>, reçus immédiatement à la suite d'un <b>Traitement</b> lors d'une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> sur la recommandation d'un <b>Médecin</b> ou d'un <b>Spécialiste</b>.</p> <p>(ii) Visite à domicile en <b>Urgence</b> de <b>Médecin</b> (médecin généraliste) en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.</p>	<p>(i)  Remboursement intégral, jusqu'à 120 jours par <b>Pathologie Médicale</b>.</p> <p><b>Autorisation Préalable pour (i)</b> 🗨️</p> <p>(ii)  Jusqu'à 5 visites par <b>Période de Couverture</b></p>

Garantie	Apex
<p><b>27. SIDA:</b></p> <p>Dépenses médicales qui résultent ou sont de quelque manière que ce soit liées au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et/ou aux pathologies liées au VIH y compris le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) ou le complex associé au SIDA (ou ARC pour AIDS Related Complex) et/ou ses dérivés ou variations mutantes. A la suite d'un <b>Accident*</b> du travail avéré ou d'une transfusion de sang**. Les dépenses se limitent aux consultations pré et post-diagnostic, contrôles de routine pour cette condition, <b>Médicaments et Pansements</b> (à l'exception des <b>Traitements</b> expérimentaux ou non prouvés), frais de <b>Chambre d'Hôpital</b> et soins infirmiers.</p> <p>* Pour le personnel des services des urgences, les professions médicales ou dentaires, les assistants de laboratoire, pharmacien ou employé d'un établissement de soins qui apportent la preuve d'avoir contracté le virus du VIH de façon accidentelle en effectuant les tâches habituelles de leur profession; d'avoir contracté le virus du VIH trois ans après la <b>Date d'Entrée au Contrat</b> ou sa <b>Date d'Effet</b>, la date la plus tardive étant retenue. L'incident étant la cause de l'infection doit avoir été reporté, investigué et documenté selon les procédures à suivre dans la profession de l'<b>Assuré</b>; un test réalisé dans les cinq jours suivant l'incident n'a pas révélé la présence du VIH ou d'anticorps à un tel virus; et un test positive au VIH a été réalisé dans les 12 mois suivant l'<b>Accident</b> du travail signalé.</p> <p>** Pour autant que la transfusion sanguine ait été reçue lors d'une <b>Hospitalisation</b> dans le cadre d'un <b>Traitement Médicalement Nécessaire</b>.</p> <p><b>Délai de Carence:</b> Couverture disponible uniquement après trois ans d'adhésion continue.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 🏠</p> <p>▶</p> <p>Jusqu'à USD 50,000/ EUR 40,000/ GBP 31,250 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>28. Maternité:</b></p> <p>Frais <b>Médicalement Nécessaires</b> occasionnés pendant la <b>Grossesse</b> et l'accouchement normal: frais d'accouchement y compris les bilans de santé pré et post natals jusqu'à six semaines suivant la naissance, scanners et frais d'accouchement par voies naturelles ou césarienne. Frais de pédiatre pour le premier examen/bilan de santé du <b>Nouveau-né</b>, si l'examen est réalisé dans les 24 heures suivant l'accouchement et les examens des nourrissons en bonne santé jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant et sur recommandation d'un <b>Médecin</b> ou d'un <b>Spécialiste</b>. Cela inclut les examens physiques, mesures, examens sensoriels, évaluations neuropsychiatriques, contrôles de la croissance, ainsi que le dépistage métabolique et des maladies héréditaires, vaccins, analyses d'urine, tests de tuberculine et taux d'hématocrites et hémoglobines et autres tests sanguins, y compris les tests pour dépister l'hémoglobinopathie falciforme.</p> <p><b>Délai de Carence:</b> Les frais occasionnés dans les 12 premiers mois suivant la <b>Date d'Effet du Contrat</b> sont exclus.</p> <p>Merci de noter, <b>Nous</b> ne prenons pas en charge les cours d'éducation parentale ou toutes autres classes car ces dernières sont une question de choix personnel.</p> <p>Au titre de cette <b>Garantie</b> l'exclusion 5.26 ne s'applique pas.</p> <p>La <b>Franchise Annuelle</b> s'applique à cette <b>Garantie</b>.</p>	<p>▶</p> <p>Jusqu'à USD 17,500/ EUR 14,000/ GBP 10,940 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>29. Soins Dentaires:</b></p> <p>(i) <b>Traitement Dentaire Courant:</b> Honoraires d'un <b>Dentiste</b> agréé réalisant des <b>Traitements</b> dentaires courants dans un cabinet dentaire. Par <b>Traitement</b> dentaire courants on entend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de routine (deux fois par an), i.e examen des dents infectées, manquantes, ou plombées, incluant les rayons X si nécessaire.</li> <li>- Détartrage, polissage et obturation/scellement préventif.</li> <li>- Plombages (amalgames standards ou composites), extractions et <b>Traitement</b> de canal (mais pas la pose de couronne faisant suite à un <b>Traitement</b> de canal)</li> </ul> <p>Aucun autre <b>Traitement</b> n'est couvert par la garantie <b>Traitement</b> dentaire courant.</p> <p><b>Délai de Carence:</b> Les frais occasionnés dans les 9 premiers mois suivant la <b>Date d'Effet du Contrat</b> sont exclus.</p> <p>Un pourcentage de participation de 20% est applicable.</p> <p>Au titre de cette garantie, la <b>Franchise Annuelle</b> du <b>Contrat</b> ou la <b>Franchise par Visite pour la Médecine Courante</b> ne s'applique pas.</p> <p>(ii) <b>Traitement Dentaire Complexe:</b> Honoraires d'un <b>Dentiste</b> agréé et frais associés aux procédures suivantes: <b>Traitement</b> Dentaire Complexe <b>Éligible</b>: y compris par exemple, l'<b>Apicectomie</b> réalisée pour traiter les pathologies suivantes: fracture de la racine dentaire, racine de la dent sévèrement courbée, dents obturées ou surmontées de couronnes, kyste ou une infection qui ne peut être traité par <b>Traitement</b> de canal, perforation de la racine, douleur et infection récurrente, symptômes persistants dont la cause n'est pas visible aux rayons X. Calcification; surfaces des racines et os environnant osseux qui nécessitent une procédure chirurgicale</p> <p>Aucun autre <b>Traitement</b> n'est couvert par cette <b>Garantie</b>.</p> <p><b>Délai de Carence:</b> Les frais occasionnés dans les 9 premiers mois suivant la <b>Date d'Effet du Contrat</b> sont exclus.</p> <p>Un pourcentage de participation de 20% est applicable.</p> <p>Un pourcentage de participation de 50% est applicable pour tout traitement d'orthodontie.</p> <p>Au titre de cette garantie, la <b>Franchise Annuelle</b> du <b>Contrat</b> ou la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p>(i) ▶</p> <p>Jusqu'à USD 1,500/ EUR 1,200/GBP 930 par <b>Période de Couverture</b></p> <p>(ii) ▶</p> <p>Jusqu'à USD 3,000/ EUR 2,400/ GBP 1,875 par <b>Période de Couverture</b></p>

Options aux Garanties de Base	Apex
<p><b>30. Traitement Électif (non urgent) aux États-Unis:</b></p> <p>(i) Les dépenses associées à une <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b> aux États-Unis pour le <b>Traitement</b> d'une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> seront prises en charge intégralement lorsque le <b>Traitement</b> est reçu au sein du <b>Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International</b>.</p> <p>(ii) Les dépenses associées à des <b>Soins Ambulatoires</b> aux États-Unis pour une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> seront prises en charge intégralement lorsque le <b>Traitement</b> est reçu au sein du <b>Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International</b>.</p> <p>Les <b>Traitements</b> reçus en dehors du <b>Réseau de Prestataires Partenaires Now Health International</b> sont sujets à un pourcentage de <b>Participation</b> de 50%.</p>	<p><b>Autorisation Préalable pour les chirurgies et procédures de diagnostic en Ambulatoire, Hospitalisation et Soins de Jour</b> 🏥</p> <p>▶</p> <p>Optionnel</p> <p>Jusqu'à USD 1.5m/ EUR 1.2m/GBP 937,500 par <b>Assuré</b> par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>31. Participation aux Soins Ambulatoires:</b></p> <p>Un pourcentage de <b>Participation</b> de 10% s'appliquera à tout <b>Traitement Ambulatoire Éligible</b>. Si <b>Votre Contrat</b> inclut les <b>Garanties</b> maternité ou dentaire, toute <b>Participation</b> applicable sera indiquée au <b>Tableau des Garanties</b>.</p> <p>Merci de noter que la <b>Participation</b> ne s'applique pas aux <b>Traitements</b> liés à la dialyse rénale/l'insuffisance rénale, le <b>Cancer</b> ou la greffe d'organe.</p>	<p>▶</p> <p>Optionnel</p>
<p><b>32. Participation aux Soins Ambulatoires Option 2:</b></p> <p>Un pourcentage de <b>Participation</b> de 20% s'appliquera à tout <b>Traitement Ambulatoire Éligible</b>. Si <b>Votre Contrat</b> inclut les <b>Garanties</b> maternité ou dentaire, tout <b>Participation</b> applicable sera indiquée au <b>Tableau des Garanties</b>.</p> <p>Merci de noter que la <b>Participation</b> ne s'applique pas aux <b>Traitements</b> liés à la dialyse rénale/l'insuffisance rénale, le <b>Cancer</b> ou la greffe d'organe.</p>	<p>▶</p> <p>Optionnel</p>
<p><b>33. Bien-être, Optique et Vaccinations:</b></p> <p>(i) <b>Bien-être:</b> Cette prestation est payable à titre de contribution aux frais de routine bilans de santé, y compris dépistage du <b>Cancer</b>, test BRCA I &amp; II (en cas d'antécédents familiaux directs), densitométrie osseuse (une fois tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans et plus), examen cardiovasculaire, examens neurologiques, signes vitaux (p. ex. tension artérielle, indice de masse corporelle), analyse d'urine, cholestérol) consultation de routine pour enfant (jusqu'à l'âge de 5 ans).</p> <p>et/ou</p> <p>(ii) <b>Garantie Optique:</b> Cette <b>Garantie</b> offre également une participation aux frais d'optique y compris un examen oculaire annuel réalisé par un ophtalmologiste, les lunettes prescrites incluant les montures et les verres; et/ou lentilles de contact lorsque la prescription de l'adhérent a changé, dans les limites de la <b>Garantie</b> combinée avec un maximum de USD 300/EUR 240/GBP 180 par <b>Période de Couverture</b>.</p> <p>Merci de noter que <b>Nous</b> ne prenons pas en charge les lunettes de soleil ou verres de transition sur prescription.</p> <p>et/ou</p> <p>(iii) <b>Vaccinations:</b> Coûts des drogues et consultations afin d'administrer tous vaccins et rappels <b>Médicalement Nécessaires</b> et toute vaccination <b>Médicalement Nécessaire</b> avant un voyage, ainsi que la prophylaxie anti-paludisme.</p> <p>Au titre de cette <b>Garantie</b> l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.</p> <p><b>Délai de Carence:</b> Couverture disponible uniquement après six mois d'adhésion continue.</p>	<p>▶</p> <p>Optionnel</p> <p>▶</p> <p>Limite combinée Jusqu'à USD 500/ EUR 400/GBP 310 par <b>Période de Couverture</b></p>
<p><b>34. Bien-être, Optique et Vaccinations Option 2:</b></p> <p>(i) <b>Bien-être:</b> Cette prestation est payable à titre de contribution aux frais de routine bilans de santé, y compris dépistage du <b>Cancer</b>, test BRCA I &amp; II (en cas d'antécédents familiaux directs), densitométrie osseuse (une fois tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans et plus), examen cardiovasculaire, examens neurologiques, signes vitaux (p. ex. tension artérielle, indice de masse corporelle), analyse d'urine, cholestérol) consultation de routine pour enfant (jusqu'à l'âge de 5 ans).</p> <p>et/ou</p> <p>(ii) <b>Garantie Optique:</b> Cette <b>Garantie</b> offre également une participation aux frais d'optique y compris un examen oculaire annuel réalisé par un ophtalmologiste, les lunettes prescrites incluant les montures et les verres; et/ou lentilles de contact lorsque la prescription de l'adhérent a changé, dans les limites de la <b>Garantie</b> combinée avec un maximum de USD 600/EUR 480/GBP 375 par <b>Période de Couverture</b>.</p> <p>Merci de noter que <b>Nous</b> ne prenons pas en charge les lunettes de soleil ou verres de transition sur prescription.</p> <p>et/ou</p> <p>(iii) <b>Vaccinations:</b> Coûts des drogues et consultations afin d'administrer tous vaccins et rappels <b>Médicalement Nécessaires</b> et toute vaccination <b>Médicalement Nécessaire</b> avant un voyage, ainsi que la prophylaxie anti-paludisme.</p> <p>Au titre de cette <b>Garantie</b> l'exclusion 5.10 ne s'applique pas.</p> <p><b>Délai de Carence:</b> Couverture disponible uniquement après six mois d'adhésion continue.</p>	<p>▶</p> <p>Optionnel</p> <p>▶</p> <p>Limite combinée Jusqu'à USD 1,000/ EUR 800/GBP 625 par <b>Période de Couverture</b></p>

Options aux Garanties de Base	Apex
<p><b>35. Évacuation et Rapatriement - Protection accrue:</b></p> <p><b>Évacuation</b></p> <p>Des arrangements seront pris pour déplacer un <b>Assuré</b> au <b>Contrat</b> présentant une <b>Pathologie Médicale Éligible</b> grave, mettant sa vie en danger vers le centre médical le plus proche, son <b>Pays de Résidence</b>, son <b>Pays d'Origine</b> ou le pays choisi par l'adhérent assuré dans le but d'être admis à l'<b>Hôpital</b> en <b>Hospitalisation</b> ou <b>Soins de Jour</b>.</p> <p>Prise en charge des dépenses raisonnables suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Frais de transport d'un <b>Assuré</b> en cas de <b>Traitement d'Urgence</b> et transport <b>Médicalement Nécessaire</b>, lorsque les soins ne peuvent être facilement dispensés sur le lieu de l'incident. Cela inclut un billet en classe économique pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place, qui voyage à titre d'escorte.</li> <li>(ii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour se rendre aux rendez-vous d'ordre médical lorsque le <b>Traitement</b> est reçu en <b>Soins de Jour</b>.</li> <li>(iii) Frais raisonnables de transport local aller-retour pour la personne accompagnant l'<b>Assuré</b> sur place pour se rendre à l'<b>Hôpital</b> et visiter l'<b>Assuré</b> suite à son <b>Hospitalisation</b>.</li> <li>(iv) Frais raisonnables d'hébergement non-hospitalisé et ce immédiatement avant ou après la période d'admission à l'<b>Hôpital</b> à condition que l'<b>Assuré</b> soit suivi par un <b>Spécialiste</b>.</li> </ul> <p>Les coûts de l'<b>Évacuation</b> ne s'étendent pas aux frais de sauvetages air-mer ou en montagne qui ne sont pas encourus dans des stations de ski reconnues ou stations de sports d'hiver similaires.</p> <p>Le pays choisi par l'adhérent assuré pour l'<b>Évacuation</b> est sujet à la disponibilité sur place d'infrastructures médicales appropriées. <b>Nos</b> conseillers médicaux détermineront si le pays choisi dispose des infrastructures médicales nécessaires pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b> dont souffre l'adhérent assuré. <b>Nos</b> conseillers médicaux décideront du moyen de transport le plus approprié pour l'<b>Évacuation</b> et cette <b>Garantie</b> ne prendra pas en charge le transport s'il est effectué contre l'avis médical de <b>Nos</b> conseillers médicaux ou vers un centre médical ne disposant pas d'infrastructures appropriées pour traiter la <b>Pathologie Médicale Éligible</b>.</p> <p><b>Rapatriement</b></p> <p>Prise en charge d'un billet en classe économique afin de rapatrier l'<b>Assuré</b> et la personne l'accompagnant sur place qui voyage à titre d'escorte, vers le lieu du <b>Traitement</b> ou le <b>Pays d'Origine</b> de l'<b>Assuré</b> ou son <b>Pays de Résidence</b> principal, à condition que le déplacement soit effectué dans le mois suivant l'arrêt du <b>Traitement</b>. Les frais raisonnables pour les dépenses ci-dessus seront remboursés intégralement.</p> <p>Les frais liés à la <b>Grossesse</b> normale ou aux <b>Complications de Grossesse</b> sont expressément exclus de cette <b>Garantie</b>.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>Optionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i)  Remboursement intégral</li> <li>(ii)  Remboursement intégral</li> <li>(iii)  Remboursement intégral</li> <li>(iv)  Jusqu'à USD 300/ EUR 240/GBP 185 par jour. Jusqu'à USD 10,000/ EUR 8,000/GBP 6,250 par personne, par <b>Évacuation</b>.</li> </ul> <p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p> Remboursement intégral</p>
<p><b>Options de Franchise par Visite Ambulatoire:</b></p> <p><b>Franchise par Visite Ambulatoire:</b></p> <p>Une <b>Franchise</b> de USD 25/EUR 20/GBP 15 par <b>Visite Ambulatoire</b> s'appliquera lorsque Vous recevez des <b>Soins Ambulatoires Éligibles</b> au sein et en dehors du <b>Réseau de Prestataire Partenaire Now Health International</b>.</p> <p>Merci de noter: La <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas à la <b>Garantie Médecine Douce</b>. Si <b>Votre Contrat</b> inclut la <b>Garantie</b> soins Dentaires, comme stipulé dans <b>Votre Tableau des Garanties</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p> <p><b>Franchise par Visite Ambulatoire - Option 2:</b></p> <p>Une <b>Franchise</b> de USD 25/EUR 20/GBP 15 par <b>Visite Ambulatoire</b> s'appliquera lorsque Vous recevez des <b>Soins Ambulatoires Éligibles</b> au sein et en dehors du <b>Réseau de Prestataire Partenaire Now Health International</b>.</p> <p>Merci de noter: La <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas à la <b>Garantie Médecine Douce</b>. Si <b>Votre Contrat</b> inclut la <b>Garantie</b> soins Dentaires, comme stipulé dans <b>Votre Tableau des Garanties</b>, la <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b> ne s'applique pas.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>Optionnel</p> <p>USD 25/EUR 20/ GBP 15</p> <p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>Optionnel</p> <p>USD 15/EUR 12/ GBP 10</p>
<p><b>Options de Franchise Annuelle</b></p> <p><b>Franchise Annuelle Standard</b></p> <p><b>Franchise Annuelle Optionnelle</b></p> <p>Merci de noter: Si Vous optez pour une <b>Franchise Annuelle</b> optionnelle, Vous devez également sélectionner une <b>Participation aux Soins Ambulatoires</b> ou une <b>Franchise par Visite Ambulatoire</b>.</p> <p>Les <b>Franchises Annuelles</b> s'appliquent à tout <b>Traitement Médicalement Nécessaire</b> en vertu de la <b>Garantie 19</b> et la <b>Garantie 33</b>.</p>	<p><b>Autorisation Préalable</b> 📄</p> <p>Nul</p> <p>USD 1,000/EUR 800/ GBP 625</p> <p>USD 2,500/EUR 2,000/ GBP 1,550</p> <p>USD 5,000/EUR 4,000/ GBP 3,125</p> <p>USD 10,000/EUR 8,000/ GBP 6,250</p> <p>USD 15,000/EUR 12,000/ GBP 9,375</p>

## 5. Exclusions: ce que nous ne garantissons pas

---

**Vous** trouverez ci-dessous les limitations applicables au **Contrat** en complément de toutes exclusions particulières mentionnées sur **Votre Certificat d'Assurance**. Il s'agit notamment des **Traitements** qui peuvent être considérés comme une question de choix personnel (tels que les **Traitements** cosmétiques) et autres **Traitements** exclus de la couverture afin de maintenir le montant des primes à un coût abordable.

### 5.1 Actes de Terrorisme, guerre et actes illégaux

**Nous** ne prenons pas en charge le **Traitement** des maladies ou blessures qui découlent directement ou indirectement, ou à la suite, d'une guerre, d'actes hostiles étrangers (que la guerre ait été déclarée ou non), de guerre civile, de rébellion, de révolution, d'insurrection, de coup d'état militaire ou d'usurpation de pouvoir, de mutinerie, d'émeute, de grève, d'état martial ou d'état de siège, ou de tentative de renversement de gouvernement, ou tout acte de terrorisme, à moins que **Vous** ne soyez un innocent spectateur. **Vous** n'êtes pas couvert pour les frais engendrés suite à la participation à un acte illégal.

### 5.2 Frais administratifs et d'expédition

**Vous** n'êtes pas couvert pour les frais facturés par un **Médecin** ou **Dentiste** pour remplir un formulaire de demande de remboursement ou délivrer des compte-rendus médicaux. **Vous** n'êtes pas couvert pour les frais facturés lorsqu'un rapport de police est requis. **Vous** n'êtes pas couvert pour les frais d'expédition (y compris de douane) afin d'assurer le transport de médicaments.

### 5.3 Abus d'alcool et de stupéfiants

**Vous** n'êtes pas couvert pour les **Traitements** liés à la dépendance ou l'abus d'alcool, de stupéfiants ou autres substances addictives et toute maladie ou blessure résultant directement ou indirectement d'une telle dépendance ou d'un tel abus.

### 5.4 Test d'allergie

**Vous** n'êtes pas couvert pour tout test d'allergie même prescrit par un médecin.

### 5.5 Exposition chimique

**Vous** n'êtes pas couvert pour le **Traitement** engendré directement ou indirectement ou causé entièrement ou en partie par ; les rayonnements ionisants ou la contamination à la radioactivité par tous déchets nucléaires résultant de la combustion de carburants nucléaires ; les propriétés radioactives, toxiques, explosives et autres propriétés dangereuses de l'assemblage nucléaire explosif ou composant nucléaire en faisant partie.

### 5.6 Traitements cosmétiques

**Vous** n'êtes pas couvert pour les **Traitements** cosmétiques ou esthétiques ou tout **Traitement** lié à des chirurgies cosmétiques ou reconstructives passées (que ce soit pour des raisons psychologiques ou non) et ce afin de mettre en valeur **Votre** apparence, même lorsque les soins ont été médicalement prescrits. Cela concerne mais ne se limite pas à l'acné, le blanchiment des dents, le lentigo et l'alopécie.

La seule exception à cette exclusion est la chirurgie réparatrice initiale dans le but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une **Procédure Chirurgicale** pour traiter une **Pathologie Médicale Éligible**, à condition que l'accident ou la chirurgie surviennent durant la période d'adhésion.

### 5.7 Contamination

**Nous** ne prenons pas en charge les **Traitements** des maladies ou les demandes de remboursement directement ou indirectement liés à une contamination chimique ou biologique, quel qu'en soit la cause, ou liés à la radioactivité par le matériau nucléaire, ou à l'amiante, y compris les dépenses causées, entièrement ou en partie, de quelque façon que ce soit par un acte de guerre ou de terrorisme.

### 5.8 Pathologies Chroniques

Si **Vous** êtes assuré sous le **Contrat** Essential, **Vous** n'êtes pas couvert pour les frais relatifs au **Traitement** d'entretien des **Pathologies Chroniques**.

## 5.9 Coma ou état végétatif

**Nous** ne paierons aucun frais de **Traitement** occasionnés par l'Assuré après avoir été dans le coma ou dans un état végétatif plus de 12 mois.

En revanche, **Nous** prendrons en charge tous frais de **Traitement** actif d'une **Pathologie Médicale Éligible** survenant dans les 12 premiers mois du coma ou de l'état végétatif.

## 5.10 Franchise Annuelle, Franchise par Visite Ambulatoire, Participation

**Vous** n'êtes pas couvert pour le montant de la **Franchise Annuelle**, la **Franchise par Visite Ambulatoire** ou le pourcentage de **Participation** apparaissant sur **Votre Certificat d'Assurance**. Toute entente avec un prestataire de soins ou proposition consistant à **Nous** facturer des honoraires/frais plus élevés afin de couvrir le montant de la **Franchise Annuelle**, la **Franchise par Visite Ambulatoire** ou le pourcentage de **Participation** seront considérées et traitées comme frauduleuses et conduiront à une action en justice de **Notre** part.

## 5.11 Soins dentaires

**Vous** n'êtes pas couvert pour les soins dentaires, sauf si la **Garantie** apparaît sur **Votre Certificat d'Assurance**. Toutefois, **Nous** prendrons en charge les **Traitements** dentaires d'**Urgence** avec **Hospitalisation** suite à un accident et comme stipulé au **Tableau des Garanties**. **Nous** ne prendrons pas en charge les frais de téléphone et de voyage encourus pour demander conseil sur les soins dentaires appropriés ou trouver où se faire soigner. De même, **Nous** ne prendrons pas en charge les prothèses dentaires endommagées à moins qu'elles n'aient été portées au moment de l'**Accident**, ou les soins dentaires rendus nécessaires à la suite d'une blessure accidentelle si:

- La blessure a été causée par le fait de manger ou boire, et ce même si la boisson ou nourriture contient un corps étranger.
- La lésion a été causée par l'usure normale des dents.
- La blessure a été causée en pratiquant la boxe ou en jouant au rugby (à l'exception du rugby pratiqué à l'école) à moins qu'un protège-dents approprié n'ait été porté.
- La blessure a été causée par tout autre évènement qu'un impact extra-buccal.
- La lésion a été causée lors du brossage de dents ou tout autre soins d'hygiène bucco-dentaire.
- La lésion n'apparaît pas dans les 10 jours suivant l'impact à l'origine de la blessure.
- Les frais de soins sont engagés plus de 18 mois après la date de la blessure ayant rendu le **Traitement** nécessaire.

## 5.12 Troubles du développement

**Vous** n'êtes pas couvert pour le **Traitement** des troubles du développement, du comportement ou de l'apprentissage tels que les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles du langage ou la dyslexie et les troubles du développement physique.

## 5.13 Compléments alimentaires, vitamines ou minéraux et Produits Cosmétiques

**Nous** ne prenons pas en charge les produits classés comme vitamines ou minéraux (excepté pendant la grossesse ou afin de traiter les symptômes d'une déficience clinique en vitamine ayant été diagnostiquée), de même que les suppléments nutritionnels et diététiques et les frais de consultations auprès des nutritionnistes et diététiciens. Cela inclut mais ne se limite pas aux formules spéciales pour nourrissons et aux produits cosmétiques apparaissant dans la liste non exhaustive suivante : crèmes, nettoyants, lotions, savons, shampoings, crèmes solaires, bains de bouche, antiseptiques, pastilles même lorsque ceux-ci ont été médicalement recommandés ou prescrits, ou sont reconnus pour avoir des effets thérapeutiques.

## 5.14 Troubles de l'Alimentation

**Vous** n'êtes pas couvert pour les **Traitements** des troubles alimentaires et notamment mais non exclusivement, l'anorexie mentale et la boulimie.

## 5.15 Traitements et médicaments Expérimentaux

**Vous** n'êtes pas couvert pour les **Traitements** ou médicaments dont l'efficacité n'a pas été démontrée ou sont expérimentaux. Pour les médicaments, cela signifie qu'ils doivent être homologués pour utilisation par l'Agence Européenne des Médicaments ou l'Agence de Régulation des Sciences et Produits de la Santé (MHRA) et qu'ils sont utilisés selon les conditions prévues par cette licence. Pour les **Traitements** reconnus, cela signifie que des procédures et pratiques médicales ont fait l'objet d'essais cliniques et d'évaluations appropriés, suffisamment mis en évidence et publiés dans des revues médicales et/ou d'une homologation par l'Institut national de la santé et de l'excellence clinique (National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE) dans le but précis d'être considéré comme thérapies sûres et efficaces.

## 5.16 Tests de vision ou correction visuelle, tests auditifs, aides auditives ou visuelles

**Vous** n'êtes pas couvert pour les examens de contrôle de la vue ou de l'audition ou le coût de lunettes, lentilles de contact, appareils auditifs ou implants cochléaires. **Nous** ne prenons pas en charge la chirurgie de l'œil vouée à corriger la vision, toutefois, la chirurgie de l'œil destinée à traiter une **Pathologie Médicale Éligible** est prise en charge.

## 5.17 Appareils externes et/ou Prothèses

**Vous** n'êtes pas couvert pour les dépenses relatives à la fourniture, le maintien et l'installation de prothèse ou appareil externe ou tout autre équipement, médical ou autre, à l'exception de ceux mentionnés sous la **Garantie** frais d'**Hospitalisation**, honoraires de **Médecin** et de **Spécialiste**.

## 5.18 Non respect d'un conseil médical

**Nous** ne prenons pas en charge les **Traitements** résultant de ou liés à votre échec injustifié à rechercher ou suivre un conseil médical et/ou un **Traitement** prescrit, de même que **Votre** retard injustifié à rechercher ou suivre un tel conseil médical et/ou **Traitement** prescrit. **Nous** ne prenons pas en charge les complications dues au fait d'ignorer ces conseils.

## 5.19 Chirurgie foetale/in utero

**Nous** ne prenons pas en charge la chirurgie sur l'enfant encore présent dans l'utérus de sa mère, si ce n'est dans le cadre des **Garanties** maternité mentionnées sur **Votre Certificat d'Assurance**.

## 5.20 Tests génétiques

**Nous** ne prenons pas en charge les tests génétiques, réalisés dans le but d'établir si **Vous** êtes génétiquement disposé à développer une **Pathologie Médicale**, si **Vous** souffrez d'une **Pathologie Médicale** alors que **Vous** ne présentez aucun symptôme ou s'il existe un risque génétique que **Vous** transmettiez une **Pathologie Médicale**.

## 5.21 Sports et activités dangereux

**Nous** ne prenons pas en charge le **Traitement** des blessures survenues lors de la pratique des sports à risques suivants, basejump, cliff diving, les sports mécaniques, arts martiaux, escalade libre, alpinisme avec ou sans cordes, plongée sous-marine à plus de 30 mètres de profondeur, randonnée/trekking à plus de 4000 mètres d'altitude, saut à l'élastique, canyoning, deltaplane, parapente ou vol en ULM, parachutisme, spéléologie, ski hors piste ou tous autres sports d'hiver pratiqués hors piste.

## 5.22 VIH, SIDA ou maladies sexuellement transmissibles

**Vous** n'êtes pas couvert pour le **Traitement** du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), les syndromes complexes associés au SIDA (ou ARCS pour AIDS-related complex syndrom) et toutes maladies résultant de ou liées au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (ou les deux) ainsi que les maladies sexuellement transmissibles, qui diffèrent de celles mentionnées au **Tableaux des Garanties**.

---

### 5.23 Traitement Hormonal Substitutif

**Vous** n'êtes pas couvert pour les coûts du **Traitement** hormonal substitutif (THS). **Nous** prendrons en charge les honoraires de **Médecin** y compris le coût des consultations, des implants, des patches ou comprimés **Médicalement Nécessaires** consécutifs à une intervention médicale, pour une période maximale de 18 mois à compter de la date de l'intervention médicale.

### 5.24 Obésité morbide

**Vous** n'êtes pas couvert pour le **Traitement** de ou lié à l'obésité morbide. **Vous** n'êtes pas couvert pour les frais résultant de ou liés à l'exérèse de graisse ou d'un surplus de tissu sain et ce quelle que soit la partie du corps.

### 5.25 Maisons de repos, établissements de convalescence, stations thermales et cliniques naturopathiques

**Vous** n'êtes pas couvert pour les **Traitements** reçus dans les maisons de repos, établissements de convalescence, stations thermales, cliniques naturopathiques ou établissements similaires. **Vous** n'êtes pas couvert pour les périodes de convalescence ou lorsque **Vous** êtes hospitalisé à des fins de surveillance médicale. **Vous** n'êtes pas couvert pour les soins de longue durée prolongés si ces derniers relèvent d'une infirmité due à l'âge ou/et si l'**Hôpital** est en fait devenu **Votre** foyer.

### 5.26 Grossesse ou Maternité

**Vous** n'êtes pas couvert pour les frais de soins liés à la grossesse et à la délivrance normales, les césariennes volontaires planifiées, sauf si la **Garantie** maternité apparaît sur **Votre Certificat d'Assurance**.

### 5.27 Pathologies Préexistantes

**Votre** contrat ne **Vous** couvre pas pour les **Pathologies Préexistantes** et les problèmes de santé connexes sauf acceptés par déclaration écrite de **Notre** part.

Par **Pathologie Préexistante** on entend toute maladie, blessure ou affection pour lesquelles:

1. **Vous** avez reçu un **Traitement**, réalisé des tests, analyses ou examens médicaux, avez été diagnostiqué ou admis à l'hôpital, ou
2. **Vous** avez souffert ou eu des symptômes ; que la **Pathologie Médicale** ait été diagnostiquée ou non, et ce à tout moment avant la **Date d'Effet** du **Contrat/Date d'Entrée** au **Contrat**.

### 5.28 Sports pratiqués à titre professionnel

**Vous** n'êtes pas couvert pour les blessures et maladies résultant de **Votre** participation à toute forme d'activité sportive professionnelle. Par sports pratiqués à titre professionnel, on entend lorsque **Vous** êtes payé pour y participer.

### 5.29 Médecine reproductive

**Vous** n'êtes pas couvert pour les procédures diagnostiques ou **Traitements** de la stérilité ou de la fertilité, la stérilisation (ou réversibilité de stérilisation) ou la procréation médicalement assistée. **Vous** n'êtes pas couvert pour les frais relatifs à la contraception.

### 5.30 Examens de routine, dépistage

**Vous** n'êtes pas couvert pour les examens médicaux de routine y compris la délivrance de certificats médicaux, les tests de dépistage ou tests pour écarter l'existence d'une **Pathologie Médicale** pour laquelle **Vous** ne présentez pas de symptômes, à moins que ces **Garanties** apparaissent sur **Votre Certificat d'Assurance**.

### 5.31 Second avis médical

Vous n'êtes pas couvert pour l'obtention d'un deuxième avis médical ou avis ultérieur formulé par un **Médecin** ou **Spécialiste** pour une même **Pathologie Médicale**, autre que défini dans **Votre Certificat d'Assurance**, sauf si **Nous** en avons donné l'autorisation.

### 5.32 Blessures volontaires et tentative de suicide

**Vous** n'êtes pas couvert pour les **Traitements** résultant directement ou indirectement de blessures volontaires, suicide ou tentative de suicide.

### 5.33 Troubles sexuels et changement de sexe

**Vous** n'êtes pas couvert pour les **Traitements** liés aux troubles sexuels y compris les dysfonctionnements sexuels, ou opération liée à un changement de sexe, ou tout autre **Traitement** chirurgical ou médical y compris la psychothérapie ou services médicaux semblables qui résultent, ou sont directement ou indirectement liés à un changement de sexe. **Vous** n'êtes pas couvert pour le **Traitement** des infections sexuellement transmissibles.

### 5.34 Troubles du sommeil

**Vous** n'êtes pas couvert pour les **Traitements** liés au ronflement, l'insomnie, le jet-lag ou l'apnée du sommeil, y compris les études du sommeil et la chirurgie correctrice.

### 5.35 Frais de voyage et d'hébergement

**Vous** n'êtes pas couvert pour les frais de transport et d'hébergement engendrés lors de déplacements spécifiquement réalisés pour **Vous** faire soigner à moins que ces coûts ne soient pour une **Évacuation** médicale d'**Urgence** que **Nous** autorisons au préalable.

**Vous** n'êtes pas couvert pour les **Évacuations** médicales d'**Urgence** ou le rapatriement du corps que **Nous** n'avons pas autorisés et organisés au préalable.

### 5.36 Voyager contre l'avis d'un médecin

**Vous** n'êtes pas couvert pour les frais médicaux et annexes engendrés lorsque **Vous** voyagez contre l'avis médical de **Votre Médecin** traitant.

### 5.37 Traitement prodigué par un membre de votre famille

**Vous** n'êtes pas couvert pour le **Traitement** prodigué par un membre de **Votre** famille ou l'automédication.

### 5.38 Frais de Traitement en dehors de Nos gammes de tarifs raisonnables et habituels

Nous ne prenons pas en charge les frais de **Traitement** lorsqu'ils dépassent le niveau des **Tarifs Raisonnables et habituels**.

## 6. La gestion de Votre Contrat

---

### 6.1 Votre contrat

Votre **Contrat** se compose du formulaire d'adhésion et tout document associé, du **Certificat d'Assurance**, du **Tableau des Garanties** et ce guide qui incorpore les termes et conditions du **Contrat** entre **Vous** et **Nous**.

### 6.2 Le paiement des primes

Au début de chaque année de **Contrat**, **Nous** calculerons **Votre** nouvelle prime d'assurance et **Vous** informerons de son montant. **Nous Vous** offrons la possibilité de payer **Votre** prime mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement et ce par carte bancaire. Les virements bancaires ou les paiements par chèque sont uniquement acceptés pour les primes annuelles.

Les primes sont dues pour chaque personne assurée et toute augmentation de prime prend normalement effet à la **Date de Renouvellement** annuel de votre adhésion.

Si **Vous** payez par carte bancaire, virement ou chèque, la première prime sera collectée à l'entrée en vigueur de **Votre Contrat** et les primes ultérieures aux échéances fixées. Toutefois, garder à l'esprit que **Vous** pouvez modifier simplement **Votre** méthode de paiement en contactant **Notre** Service Client au +356 2260 5110.

Les primes sont payables aux dates d'échéances fixées. Selon la méthode de paiement choisie, **Vous** devez **Vous** acquitter de **Vos** primes avant la **Date d'Effet**, à l'échéance due ou au plus tard dans les 30 jours suivant **Notre** acceptation par écrit, si une note de couverture a été délivrée. A défaut, **Nous** résilierons **Votre Contrat** et ne paierons pour aucun **Traitement** ou aucune demande de **Garantie** survenant après la date à laquelle la prime est due.

**Nous** mettons tout en oeuvre pour que les primes soient le moins élevées possible, sans compromettre la gamme et la qualité de la couverture fournie. **Nous** révisons le montant des primes chaque année afin de prendre en compte un certain nombre de facteurs statistiques.

Typiquement, la prime augmente d'un montant supérieur à l'indice des prix de détail (RPI Retail Price Index). **Vous** recevrez un préavis raisonnable pour tout changement de prime. **Votre** prime inclura également toute taxe sur les primes d'assurance ou autres taxes ou charges légalement dues en vertu de **Votre Contrat**.

Les primes sont calculées en fonction de **Votre** âge à la **Date d'Entrée** au **Contrat** ou aux **Dates de Renouvellement** ultérieures. Lorsque l'enfant **Ayant droit** est un **Assuré**, le montant de la prime relatif à son âge et indiqué dans la grille tarifaire, est applicable.

### 6.3 Conditions d'adhésion

#### 6.3.1 Limite d'âge pour l'adhésion

L'âge maximal d'adhésion est de 79 ans. **Vous** devez être âgé de moins de 80 ans à la **Date d'Entrée** de **Votre Contrat**.

#### 6.3.2 Sélection Médicale

La sélection médicale exige que chaque personne assurée par **Notre Contrat** remplisse et renvoie un formulaire d'adhésion qui inclut une déclaration médicale. Si **Vous** répondez par l'affirmative à une question, **Nous Vous** remercions de **Nous** fournir des détails sur : la date et la nature du diagnostic, les **Traitements** passé s/actuels ou futurs si connus, détails sur la fréquence et sévérité des symptômes y compris la date du dernier épisode symptomatique.

**Nous Vous** remercions d'inclure à **Votre** demande d'adhésion tout rapport médical et résultat d'examen à **Votre** disposition. **Nous** pourrions **Vous** demander de remplir un questionnaire médical complémentaire si davantage d'informations sont nécessaires à **Notre** prise de décision. Toute information fournie est traitée avec la plus grande confidentialité.

L'acceptation, le refus de **Votre** demande d'adhésion, et toutes conditions particulières pouvant s'appliquer sont basées sur les informations que **Vous Nous** fournissez sur **Votre** formulaire d'adhésion. Les conditions particulières sont les exclusions ou termes pouvant s'appliquer à **Votre** couverture. Si **Vous** soumettez une demande de remboursement pour le **Traitement** d'une pathologie dont **Vous** avez omis de **Nous** parler, ou si **Vous** avez omis de donner tous les détails concernant une pathologie, **Nous Nous** réservons le droit de refuser de prendre en charge **Votre** demande. **Nous Vous** informerons de toute exclusion, limitation de couverture et/ou surprime sur **Votre Certificat d'Assurance**.

### 6.3.3 Ayants droit

Tout **Ayant droit** bénéficie généralement du même niveau de couverture que **Vous, Titulaire du Contrat**. Un différent niveau de couverture n'accordant pas davantage de **Garanties** que celles dont bénéficie l'**Assuré** peut être choisi. A titre d'exemple, si l'**Assuré** a sélectionné le plan Excel, il est peut choisir de couvrir ses **Ayants droit** sous Excel, Essential ou Advance, mais non Apex.

### 6.3.4 Date d'Effet

La couverture démarre à la **Date d'Effet** indiquée sur **Votre Certificat d'Assurance** sous condition du paiement de la prime. Selon la méthode de paiement choisie, une note de couverture peut être délivrée et les primes sont dues dans un délai de 30 jours suivant **Notre** acceptation par écrit.

### 6.3.5 Législation locale

L'adhésion peut dépendre de la législation locale en matière d'agrément d'assurance au sein **Votre Pays de Résidence**. Vous devez remplir les exigences de la législation locale de **Votre Pays de Résidence** à tout moment, avant la conclusion du **Contrat** et lorsque que **Vous** êtes adhérent au **Contrat**.

### 6.3.6 Pays de résidence Non Éligible

Si **Vous** résidez de façon permanente dans un pays non couvert par ce **Contrat** et que cette information vous a été donnée à la **Date de Renouvellement**, **Vous** ne pouvez alors bénéficier de ce **Contrat**. Pour connaître la liste des pays exclus, **Nous Vous** remercions de contacter **Notre** Service Client au +356 2260 5110.

## 6.4 Ajouter un Ayant droit

Si par la suite, **Vous** souhaitez ajouter **Votre** époux, partenaire ou enfant au **Contrat**, **Vous** devez utiliser **Votre** espace client sécurisé en ligne pour effectuer cet ajout ou compléter un formulaire d'ajout d'un ayant droit. La couverture ne débutera qu'après **Notre** acceptation de **Votre** formulaire d'adhésion pour cet **Ayant droit** et une fois la prime reçue.

## 6.5 Ajout d'un Nouveau-né

**Vous** pouvez demander l'ajout au **Contrat** de **Nouveau-Nés** (lorsque ces derniers sont les enfants du **Titulaire du Contrat** ou de l'épouse du **Titulaire du Contrat**) et ce dès leur naissance. Cela peut s'effectuer sans souscription médicale, à condition qu'ils soient ajoutés dans les 30 jours suivant leur date de naissance. **Vous** pouvez effectuer ces démarches sur **Votre** espace client sécurisé en ligne sur [www.now-health.com](http://www.now-health.com). Toutefois, le dossier médical de l'enfant doit **Nous** être fourni si :

- si l'enfant est né dans les 10 mois suivants **Votre Date d'Effet** or la **Date d'Effet** de **Votre** épouse, selon la dernière de ces dates ; ou
- l'enfant a été adopté ; ou
- ou s'il est né à la suite d'une méthode de procréation médicalement assistée ou suite à la prise de **Traitement** de fertilité, y compris mais sans s'y limiter au **Traitement** de fertilité médicamenteux.

Le cas échéant, **Nous Nous** réservons le droit de porter des restrictions à la couverture que **Nous** offrons, et **Nous Vous** en informerons dans les plus brefs délais possibles. Ces restrictions pourront réduire la couverture de **Votre** enfant pour des **Pathologies Médicales** préexistantes. Cela signifie que **Votre** enfant ne sera pas couvert concernant les Traitements pour les **Pathologies Médicales** dont il souffrait avant l'adhésion, tels que les **Traitements** administrés dans les unités néonatales et **Vous** serez responsable du montant des frais de soins.

## 6.6 Apporter des modifications à votre couverture

Toutes modifications de la couverture ne peuvent se faire qu'au renouvellement du **Contrat**.

---

## 6.7 Renouvellement de votre contrat

**Votre Contrat** est à engagement d'un an, aussi appelé **Période de Couverture**. Avant la fin de chaque **Période de Couverture**, nous écrivons au **Titulaire du Contrat** pour l'informer des conditions de renouvellement de ce dernier, à condition que le **Contrat** dont **Vous** bénéficiez soit toujours disponible. Si **Nous** ne recevons pas de réponse de **Votre** part, **Votre Contrat** sera renouvelé sur la base des nouvelles conditions indiquées.

Lorsque **Vous** avez opté pour le paiement par carte bancaire ou tout autre méthode de paiement, **Nous** continuerons à collecter les primes en utilisant cette même méthode pour la nouvelle **Période de Couverture**. **Nous Vous** prions de noter que la couverture est sujette au paiement des primes et qu'à défaut **Vous** ne serez pas couvert. Si le **Contrat** dont **Vous** bénéficiez n'est plus disponible, **Nous** ferons de **Notre** mieux pour **Vous** offrir une couverture d'assurance alternative.

## 6.8 Transfert des conditions d'acceptation

**Nous** maintiendrons les conditions d'acceptation ou conditions particulières de **Votre** assureur actuel, telles que toutes clauses moratoires ou exclusions spécifiques. **Votre Contrat** avec **Nous** reste régi par les termes et conditions de ce **Contrat**. Votre **Date d'Effet** d'origine, suite à **Notre** acceptation, sera appliquée à **Votre Contrat** avec **Nous** et lors du transfert aucune **Garantie**/protection accrue ne sera fournie. Un transfert d'un **Contrat** groupe à un **Contrat** individuel est sujet à **Notre** accord écrit.

## 6.9 Taxes locales

**Vous** êtes responsable du paiement des taxes et charges locales en vertu des lois applicables. Ces dernières doivent être payées par **Vous** et seront indiquées sur **Votre Certificat d'Assurance**.

## 7. Formuler une plainte

### 7.1 Que faire en cas de mécontentement ?

**Notre** objectif est de **Vous** fournir un service simple et direct. **Vous** fournir des informations claires et précises, que ce soit par écrit ou par téléphone, est un élément important de ce service. **Notre** équipe Service Client est là pour **Vous** aider à profiter pleinement de **Votre** adhésion Now Health. Ils peuvent **Vous** aider à soumettre une demande de remboursement, **Vous** rappeler les restrictions pouvant s'appliquer à **Votre** contrat (veuillez noter que **Votre Contrat** n'est pas destiné à couvrir toutes les éventualités).

Si **Vous** n'êtes pas satisfait du service que **Nous** avons fourni ou si **Vous** pensez que **Nous** avons pris une mauvaise décision, **Nous** mettrons tout en œuvre pour répondre à **Vos** préoccupations. **Vos** commentaires **Nous** aident à améliorer le service que **Nous Vous** offrons.

#### Etape 1

Si **Vous** n'êtes pas satisfait d'un service que **Vous** avez reçu de notre part, veuillez contacter **Notre** équipe de Service Client au T +356 2260 5110 dans un premier temps. Ils essaieront de résoudre votre plainte. **Notre** objectif est de résoudre la grande majorité des réclamations des clients de manière satisfaisante à ce stade.

#### Etape 2

Si **Vous** n'êtes pas satisfait de la réponse reçue de l'équipe Service Client, **Nous Vous** prions de **Nous** écrire à l'adresse suivante:

The General Manager  
Now Health International Services (Europe) Limited  
Dragonara Business Centre 5th Floor, Dragonara Road,  
St Julian's, STJ 3141, Malta.

**Vous** pouvez également **Nous** adresser une réclamation directement depuis **Votre** espace client sécurisé en ligne sur [www.now-health.com](http://www.now-health.com). **Nous** accuserons réception de **Votre** plainte, l'examinerons et **Vous** répondrons dans les quinze jours ouvrés suivant la réception de **Votre** lettre. En cas de retard inévitable, **Nous Vous** en informerons en indiquant la cause du retard et la date à laquelle l'examen de la réclamation est susceptible d'être terminé.

Lorsque **Votre** réclamation porte sur des questions qui ne **Nous** sont pas imputables, **Nous Vous** dirigerons vers l'organisme des services financiers compétent pour traiter **Votre** plainte.

#### Etape 3

Si **Vous** n'êtes pas satisfait de **Notre** réponse finale ou si **Vous** n'êtes pas satisfait du délai de **Notre** réponse, **Vous** avez le droit de saisir le Arbitrer for Financial Services et de lui adresser **Votre** réclamation à l'adresse suivante:

Bureau de l'Arbiter for Financial Services  
1st Floor, St Calcedonius Square  
Floriana FRN 1530  
Malta  
Téléphone gratuit: 80072366 (local calls)  
Téléphone: (+356) 21249245  
Email: [complaint.info@financialarbiter.org.mt](mailto:complaint.info@financialarbiter.org.mt)  
Website: [www.financialarbiter.org.mt](http://www.financialarbiter.org.mt)

Cette procédure n'affecte pas **Vos** droits à recourir à d'autres actions légales ou judiciaires ou de soumettre l'affaire à des mécanismes alternatifs de résolution des litiges.

## 7.2 Le Fonds de Protection et d'Indemnisation de Malte

Le Fonds de Protection et d'Indemnisation de Malte est un fonds spécial qui a été créé en vertu des réglementations de 2003 relatives au Fonds de Protection et d'Indemnisation. Les objectifs du fonds sont: (i) de payer toutes les demandes de remboursement soumises à un assureur et qui sont restées impayées car l'assureur est devenu insolvable. Ces demandes doivent concerner des risques protégés situés à Malte ou des engagements protégés dont Malte est le pays d'engagement; et (ii) d'indemniser les victimes d'accidents de la route dans certaines circonstances spécifiques. Une indemnisation limitée peut être accordée dans le cadre du fonds si l'assureur devient insolvable et incapable de remplir ses obligations en vertu du **Contrat** d'assurance. **Vous** pouvez avoir droit à une indemnisation du fonds si **Nous** ne sommes pas en mesure de remplir **Nos** obligations envers **Vous** en vertu du présent contrat. Si **Vous** avez droit à une indemnisation du fonds, le niveau et l'étendue de l'indemnisation dépendront de la nature du présent **Contrat**. De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du Fonds de Protection et d'Indemnisation de Malte, Malta Financial Services Authority, Triq I-Imdina, Zone 1, Central Business District, Birkirkara, CBD1010, Malta. Tel: +356 2144 1155 et sur leur site web à l'adresse [www.mfsa.mt](http://www.mfsa.mt).

## 7.3 Que faisons nous de vos données personnelles ?

**Nous Vous** remercions de **Vous** assurer que les informations suivantes sont montrées à l'ensemble des personnes assurées sous **Votre Contrat** et qu'elles sont informées de leur contenu.

**Nous** et les **Assureurs** gérons les informations personnelles qui **Nous** sont fournies avec la plus grande confidentialité en respect des exigences du Data Protection Act 1998. Afin d'exécuter **Nos** engagements envers **Vous**, des informations personnelles et sensibles peuvent être adressées à d'autres compagnies et intermédiaires, certains basés en dehors de l'Espace Économique Européen, y compris dans des pays où les lois protégeant les données personnelles peuvent être moins protectrices qu'au sein de l'EEE. Des actions sont prises afin de **Nous** assurer que **Nos** sous-traitants fournissent au moins la même protection des données que celle **Nous** offrons.

**Vos** données personnelles et celles des membres de **Votre** famille couverts par **Votre Contrat** seront conservées par **Nous** et **Nos** sous-traitants. Cela inclut les informations fournies par **Vous**, les membres de **Votre** famille, les prestataires de soins et **Votre** employeur (le cas échéant). Ces informations seront utilisées pour l'exécution des services détaillés dans les termes de **Votre Contrat**, la gestion de **Votre Contrat** et le développement de la relation client et des services. Dans certaines situations, **Nous** pouvons demander aux prestataires de soins (ou autres) de **Nous** fournir des informations supplémentaires.

Lorsque **Vous Nous** fournissez des informations concernant les membres de **Votre** famille, **Nous** considérons cela comme la confirmation que **Vous** avez leur consentement de procéder ainsi. En tant que détenteur légal du **Contrat** d'assurance, toute correspondance concernant le **Contrat**, y compris les correspondances concernant les demandes de remboursement, seront adressées au **Titulaire du Contrat**. **Nous** envoyons la majorité des correspondances concernant le **Contrat** au **Titulaire du Contrat**.

**Nous** traitons la protection des données et la confidentialité médicale très au sérieux et **Nous** tentons, si possible, de communiquer avec chaque adhérent concernant les demandes de remboursement qui leur sont propres. Cela peut vouloir dire qu'un **Ayant droit** âgé de moins de 18 ans peut soumettre une demande de remboursement sans que le **Titulaire du Contrat**, parent ou tuteur n'en soit informé; à titre d'exemple, lorsqu'un prestataire de soins a établi que l'adhérent est apte à consentir au **Traitement** médical. Si un membre de **Votre** famille, assuré au **Contrat** et âgé de plus de 18 ans ne souhaite pas que cela se passe ainsi, il doit souscrire un **Contrat** en son nom.

Dans certaines situations, **Nous** sommes légalement tenus de remettre des informations relatives à des demandes de remboursement suspectées frauduleuses ou autres infractions aux organismes chargés de faire respecter la loi. Le cas échéant, les informations seront divulguées à des tiers, y compris d'autres assureurs dans le but de prévenir ou d'investiguer de possibles infractions, y compris les demandes frauduleuses ou inexactes lorsque la suspicion est raisonnablement établie. Cela peut impliquer l'ajout de données non-médicales à une base de données consultable par les autres assureurs et organismes chargés de faire respecter la loi. De plus, le General Medical Council (ordre des médecins britanniques) ou tout autre autorité de réglementation pertinente seront informés de tous méfaits lorsqu'il y a raison de penser que l'aptitude d'un **Médecin** à pratiquer peut être compromise.

Avec **Votre** accord, Now Health International, et toutes compagnies du groupe Now Health International en activité à ce moment précis, peuvent utiliser les informations que **Vous** avez fournies afin de **Vous** faire connaître par lettre, téléphone, email ou SMS divers produits et services tels que des offres spéciales ou des informations relatives à la santé. Certaines informations **Vous** concernant peuvent également être partagées avec d'autres compagnies du groupe Now Health International et autres compagnies soigneusement choisies et basées au sein de l'Espace Economique Européen afin de leur permettre de **Vous** contacter concernant leurs produits et services.

Si **Vous** changez d'avis au sujet de cette autorisation, **Nous Vous** remercions de contacter **Notre** Service Client ou de **Nous** écrire à l'adresse figurant au dos de ce guide. Sauf indication contraire de **Votre** part, **Nous** assumons que pour le moment, **Vous** acceptez d'être ainsi contacté.

Des informations concernant **Vos** allégations santé peuvent être partagés par les entreprises du groupe Now Health International avec d'autres compagnies de réassurance dans des buts de gestion de risques, négociation de contrat, recherche, développement et analyse, ainsi que pour promouvoir d'autres produits qui pourraient **Vous** intéresser.

## 8. Droits et responsabilités

---

Le formulaire d'adhésion, le **Certificat d'Assurance**, le **Tableau des Garanties** et ce guide détaillant les termes et conditions forment le **Contrat** entre **Vous** et **Nous**, et ce dans le but de **Vous** fournir des **Garanties** lorsque **Vous** devez recevoir des **Traitements** médicaux.

### 8.1 Vos droits et responsabilités

- 8.1.1** Lorsque **Nous** **Vous** demandons de **Nous** fournir des informations, **Vous** devez **Vous** assurer qu'à tout moment les informations transmises sont suffisamment vraies, précises et complètes afin de **Nous** permettre d'évaluer fidèlement le risque que nous prenons (il s'agit de **Vos** déclarations envers **Nous**). Si **Nous** découvrons par la suite que cela n'est pas le cas et que les déclarations erronées ont été formulées volontairement, involontairement ou par négligence, **Nous** pouvons annuler le **Contrat** (sans remboursement de la prime) ou modifier les termes de **Votre Contrat** pour appliquer la décision qui aurait été la nôtre si les informations correctes nous avait été présentées initialement. Ces conditions pourront engendrer l'augmentation de la prime du **Contrat** ou réduire **Votre** capacité à soumettre des demandes de remboursement.
- 8.1.2** **Vous** devez **Nous** informer de tout changement d'adresse ou de profession.
- 8.1.3** Ce **Contrat** est disponible pour les personnes résidant en dehors de leur **Pays d'Origine** à l'exception de certains pays pour lesquels **Nous** avons explicitement accepté de couvrir la population locale. Ainsi, **Vous** devez **Nous** informer immédiatement si **Vous** ou un membre de **Votre** famille est parti vivre dans **Votre Pays d'Origine** - c'est à dire qu'ils résident dans ce pays plus de six mois par an. **Vous** devez **Nous** faire savoir si **Vous** changez de **Pays de Résidence**. A défaut, **Nous** **Nous** réservons le droit de refuser **Notre Garantie**.
- 8.1.4** Seuls **Nous** et le **Titulaire du Contrat** disposons de droits légaux en vertu de ce **Contrat** et il n'est pas prévu de clause ou terme sous ce **Contrat** pouvant être mis à exécution, en vertu du Contract (Rights of Third Parties) Act 1999, par un tiers ou un membre de la famille.
- 8.1.5** Si le **Titulaire du Contrat** décède et qu'il y a au **Contrat** plus d'une personne âgée de 18 ans ou plus, le **Contrat** sera automatiquement transmis à l'**Assuré** le plus âgé, qui deviendra le **Titulaire du Contrat**.
- 8.1.6** **Vous** devez **Vous** acquitter de **Vos** primes aux échéances dues et dans la monnaie de **Votre Contrat**. **Nous** déciderons du montant de l'assurance à chaque renouvellement et **Nous** **Vous** en indiquerons le montant. **Vous** pouvez payer la prime de la manière convenue avec **Nous**. **Nous** pouvons modifier le montant de **Votre** prime durant l'année d'assurance pour refléter tout changement de taxe d'assurance ou autres taxes et **Nous** **Vous** en informerons. Si le paiement de **Vos** primes n'est pas à jour, **Votre** contrat sera résilié.
- 8.1.7** Le **Titulaire du Contrat** peut résilier le **Contrat** en **Nous** contactant durant la période de rétractation de 14 jours. La période de rétractation de 14 jours débute au jour de la conclusion du **Contrat** ou le jour où l'intégralité des termes et conditions du **Contrat** sont reçus, la date la plus tardive étant retenue. La période de rétractation de 14 jours s'applique également à compter de chaque **Date de Renouvellement**.
- Si le **Contrat** est résilié durant la période de rétractation de 14 jours, **Nous** rembourserons l'intégralité des primes reçues, sous réserve qu'aucune demande de remboursement n'ait été formulée. La carte d'adhérent renvoyée doit correspondre à la **Période de Couverture** précédant la résiliation (soit au plus 14 jours de couverture). Si **Vous** engagez des frais **Éligibles** pour remboursement durant cette **Période de Couverture**, **Nous** **Nous** réservons le droit d'exiger du **Titulaire du Contrat** le paiement des services que **Nous** avons effectivement fournis au titre du **Contrat** dans les limites autorisées par la loi et le remboursement de la prime sera soumis à cette condition. Si le **Titulaire du Contrat** ne résilie pas le **Contrat** dans la période de résiliation, le **Contrat** continuera selon les termes prévus dans ces conditions générales et ce pour le reste de la **Période de Couverture**.

**Nous** pourrons annuler **Votre** couverture (en tant qu'**Assuré**) et celle de **Vos Ayants droit** dans les situations suivantes. Si **Vous** ou **Vos Ayants droit**:

- Faites une fausse déclaration en ne dévoilant pas certaines informations ou en fournissant des informations incorrectes.
- Faites une fausse déclaration en soumettant une demande de remboursement incorrecte ou frauduleuse.
- Ne fournissez pas suffisamment d'informations suite à **Notre** demande
- Ne réglez pas les primes dues
- Si **Vous** déménager aux Etats-Unis ou dans un pays non couvert par ce **Contrat**. La liste des pays exclus peut varier de temps à autre et **Vous** en recevrez notification.

**8.1.8** **Nous** ne sommes pas responsables de **Votre** mauvaise utilisation d'une telle carte offrant le **Tiers-Payant pour Vos Soins Ambulatoires**, et si **Nous** avons d'ores et déjà versé des règlements au titre des **Garanties**, **Nous** pourrons **Vous** demander leur remboursement.

**8.1.9** Ce **Contrat** est régi par et interprété conformément aux lois d'Angleterre et du Pays de Galles et les parties sont d'accord pour se soumettre à la juridiction anglaise.

## 8.2 Nos droits et responsabilités

**8.2.1** **Nous** informerons le **Titulaire du Contrat** par écrit de la date à laquelle le **Contrat** est en vigueur et de toutes conditions particulières applicables. **Nous** pouvons refuser la couverture et **Nous Vous** en informerons le cas échéant.

**8.2.2** Si pour raison quelconque, il y a interruption de **Votre** couverture, **Nous** pourrons remettre en vigueur la couverture à réception de la prime, néanmoins les conditions de couverture sont susceptibles de varier. Tout accord formulé par **Nous** est sujet à **Notre** consentement écrit et **Votre** acceptation.

**8.2.3** **Nous** pouvons refuser d'ajouter un membre de **Votre** famille au **Contrat** et **Nous** en informerons le **Titulaire du Contrat** si cette décision est prise.

**8.2.4** **Nous** prendrons en charge les dépenses **Éligibles** sous le **Contrat** et qui surviennent lors d'une période pour laquelle les primes sont à jour de paiement.

**8.2.5** Si **Vous** ne respectez pas un des termes du **Contrat** que **Nous** jugeons raisonnablement fondamental, **Nous Nous** réservons le droit (sous réserve des dispositions 8.2.8) de prendre l'une ou plusieurs des mesures suivantes:

- Refuser tout règlement au titre des **Garanties** ou, dans l'éventualité où des prestations ont été versées, exiger le remboursement de toute perte subie par **Nous** et résultant de l'interruption de couverture.
- Refuser de renouveler **Votre Contrat**
- Imposer différents termes à la couverture que **Nous** sommes prêts à offrir
- Terminer **Votre Contrat** et toute couverture avec effet immédiat

### 8.2.6 Interruption de couverture

Lorsqu'il y a interruption de couverture, quel qu'en soit la raison, **Nous Nous** réservons le droit de réappliquer l'exclusion 5.27 relative aux conditions médicales préexistantes.

**8.2.7** Toute renonciation par **Nous** à se prévaloir d'une violation d'un terme ou d'une condition de ce **Contrat** n'empêchera pas la mise en vigueur ultérieure dudit terme ou de ladite condition et ne peut être considérée comme une renonciation à toute violation ultérieure.

- 
- 8.2.8** Si **Vous** (ou toute personne **Vous** représentant) soumet une demande de prise en charge sous **Votre Contrat** sachant que cette dernière est fautive ou frauduleuse (i.e. **Vous** faites une fautive déclaration), **Nous** pouvons refuser tout règlement au titre des **Garanties** et déclarer le **Contrat** nul et non avenu, comme s'il n'avait jamais existé. Si **Nous** avons déjà procédé à des remboursements, **Nous** pourrions recouvrer les sommes versées. Lorsque **Nous** avons procédé au remboursement d'une demande de remboursement qui s'est révélée frauduleuse par la suite, (dans son intégralité ou en partie), **Nous** pourrions **Vous** demander le remboursement des sommes versées.
- 8.2.9** **Nous** conservons tous les droits de subrogation. **Vous** n'avez pas le droit d'admettre la responsabilité pour un événement ou prendre un engagement qui **Vous** lie, **Vos Ayants droit**, ou toute personne nommée sur le **Certificat d'Assurance** sans **Notre** consentement écrit préalable.
- 8.2.10** **Nous** pouvons apporter de temps en temps des modifications aux termes contenus dans ce guide et au **Tableau des Garanties**, toutefois aucune modification ne prendra effet avant la prochaine **Date de Renouvellement**. **Nous Vous** aviserons de tels changements par écrit en adressant les détails aux coordonnées de l'interlocuteur principal du **Contrat**. **Nous Nous** réservons le droit de réviser ou mettre fin au **Contrat** aux **Dates de Renouvellement**. Aucune altération ou modification ne sera admise, à moins qu'elle ne soit écrite et signée en **Notre** nom par un employé autorisé.
- 8.2.11** **Nous ne fournirons pas de couverture et ne paierons aucune demande de remboursement** au titre de ce **Contrat** si **Nos** obligations (ou les obligations des sociétés et administrateurs de **Notre** groupe) en vertu des lois de toute juridiction pertinente, y compris Malte, les EAU, le Royaume-Uni, l'Union européenne, les États-Unis d'Amérique, les résolutions des Nations Unies, les sanctions commerciales ou économiques ou les sanctions des lois internationales, **Nous** empêche ou **Nous** restreint de le faire.
- Nous ne Vous fournirons pas de services ou de prestations**, et notamment, mais pas exclusivement, l'acceptation des paiements de primes, le paiement de sinistres et autres remboursements si, ce faisant, **Nous** violons une loi, une réglementation, un code ou une décision de justice applicable ou si **Nous** sommes ou serons autrement sanctionnés, empêchés ou restreints.
- Nous Nous réservons le droit de résilier Votre Contrat** si **Nous Vous** considérons, **Vous** ou **Vos** dirigeants ou administrateurs comme des personnes sanctionnées, ou si **Vous** exercez une activité sanctionnée, en vertu des lois et réglementations économiques ou commerciales.
- 8.2.12** **Vous** avez le droit de demander les documents relatifs à la police d'assurance dans la langue officielle de **Votre** pays de résidence. N'hésitez pas à contacter **Notre** service client à l'adresse CustomerService@now-health.com ou à **Nous** écrire à l'adresse figurant au dos de ce guide.



## UAE

Arabia Insurance Company S.A.L.  
c/o Now Health International Gulf Third Party Administrators LLC,  
Unit 3701, Burj Al Salam Building, 3 Sheikh Zayed Rd,  
PO Box 334337, Dubai, United Arab Emirates  
T +971 (0) 4450 1410 | F +971 (0) 4450 1416  
MEAService@worldcare.ae

## Now Health International

### Europe (Malta)

Now Health International Services (Europe) Limited  
Dragonara Business Centre 5th Floor,  
Dragonara Road, St Julian's, STJ 3141, Malta  
T +356 2260 5110  
CustomerService@now-health.com

### United Kingdom

Now Health International (UK) Limited  
Suite 2.3, Building Three, Watchmoor Park, Camberley,  
Surrey, GU15 3YL, United Kingdom  
T +44 (0) 1276 602110 | F +44 (0) 1276 602130  
CustomerService@now-health.com

### Asia Pacific

Now Health International (Asia Pacific) Limited  
Units 1501-3, 15/F, AIA Tower, 183 Electric Road  
North Point, Hong Kong  
T +852 2279 7310 | F +852 2279 7330  
CustomerService@now-health.com

### Chine

Asia-Pacific Property & Casualty Insurance Co., Ltd.  
c/o Now Health International (Shanghai) Limited  
Room 1103-1105, 11/F, BM Tower  
No. 218 Wusong Road  
Hongkou District, Shanghai 200080, China  
T +(86) 400 077 7500 / +86 21 6156 0910 | F +(86) 400 077 7900  
CustomerService@now-health.com

### Singapour

Now Health International (Singapore) Pte. Ltd.  
4 Robinson Road  
#07-01A/02 The House of Eden  
Singapore 048543  
T +65 6880 2300 | F +65 6220 6950  
CustomerService@now-health.com

### Indonésie

PT Now Health International Indonesia  
17/F, Indonesia Stock Exchange, Tower II  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 – 53  
Jakarta 12190, Indonesia  
Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639  
CustomerService@now-health.com

### Reste du monde

Now Health International Limited  
PO Box 482055, Dubai, UAE  
T +971 (0) 4450 1510 | F +971 (0) 4450 1530  
CustomerService@now-health.com

Now Health International Services (Europe) Limited est autorisée et réglementée par la Financial Conduct Authority.

Now Health International Services (Europe) Limited, bureau enregistré: Dragonara Business Centre 5th Floor, Dragonara Road, St Julian's, STJ 3141, Malta. N° entreprise C94330.

Ce contrat a été rédigé en Anglais et en Français.

En cas de réclamation ou litige, la version anglaise de ce présent contrat prévaut sur toute autre version linguistique ou traduction.