

I. CONDITIONS SPÉCIALES

Foyer Global Health Exclusive

Table des matières

1.	Objet de l'assurance	2
2.	Champ d'application géographique	2
3.	Assurabilité	2
3.1	Inclusion des antécédents médicaux ou moratoire.....	3
3.1.1	Antécédents médicaux	3
3.1.2	Clause moratoire.....	3
4.	Prestations	3
4.1.	Informations générales.....	3
4.2.	Franchises obligatoires	3
4.2.1	Franchises obligatoires	4
4.2.2	Prestations augmentées pour la région cible 1	4
4.3.	Prestations	4
4.3.1.	Généralités.....	4
4.3.2.	Soins médicaux stationnaires	5
4.3.3.	Soins médicaux ambulatoires.....	10
4.3.4.	Soins dentaires	15
4.4.	Limitation des prestations	16
5.	Tarif.....	17

1. Objet de l'assurance

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

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

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

2. Champ d'application géographique

L'assurance s'applique aux régions cibles suivantes :

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

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

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

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

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

3. Assurabilité

Les personnes assurables sont toutes celles séjournant de manière temporaire pendant au moins 3 mois à l'étranger.

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

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

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

3.1 Inclusion des antécédents médicaux ou moratoire

Lorsqu'une demande est déposée, il est possible de choisir d'inclure les antécédents médicaux en se basant sur un examen des risques de santé et le moratoire.

3.1.1 Antécédents médicaux

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

3.1.2 Clause moratoire

Au lieu de demander un examen complet du risque médical, l'assuré peut – s'il/ elle a moins de 55 ans - choisir un « moratoire ». Dans ce cas, une assurance sera fournie pour l'un des antécédents de la personne à assurer, survenu dans les cinq années précédant le début de l'assurance et après un temps d'attente ininterrompu de deux ans sans soins médicaux, symptôme, consultation ou médicaments relatifs à l'antécédent. Si, pendant les deux premières années de l'assurance, une personne assurée reçoit des soins médicaux, consulte un médecin ou prend des médicaments par rapport à l'antécédent concerné, le temps d'attente de cet antécédent peut être renouvelé pour deux ans (sans soins médicaux, consultation ou médicaments). Les prestations relatives aux nouvelles maladies non liées à l'antécédent seront remboursées dans les meilleurs délais.

4. Prestations

4.1. Informations générales

L'assureur rembourse à 100 % les frais remboursables, dont le caractère et l'ampleur résultent des vues d'ensemble des prestations suivantes, si tant est que rien d'autre ne résulte de ces vues d'ensemble des prestations, des considérations générales dans les Conditions générales d'assurance ou dans le glossaire.

4.2. Franchises obligatoires

En fonction de l'échelon tarifaire auquel l'assuré a souscrit, l'assureur rembourse les frais remboursables à 100 % dans la limite du montant annuel indiqué dans les vues d'ensemble des prestations suivantes, si tant est que rien d'autre ne résulte de ces vues d'ensemble des prestations, des Informations générales, des Conditions générales d'assurance ou des définitions.

4.2.1 Franchises obligatoires

Tarif Global Health Exclusive dispose des variantes suivantes pour une franchise obligatoire :

- 0 EUR
- 250 EUR
- 500 EUR
- 1 000 EUR

La franchise obligatoire s'applique à chaque année d'assurance et pour chaque personne assurée, et uniquement aux traitements médicaux ambulatoires.

Si l'assuré a convenu une franchise obligatoire avec l'assureur, l'assureur rembourse à l'assuré les frais remboursables pour traitement ambulatoires à 100 % moins la franchise convenue.

Les frais sont comptés lors de l'année d'assurance, au cours de laquelle le médecin ou praticien a été consulté et les médicaments, bandages et ressources ont été acquis.

4.2.2 Prestations augmentées pour la région cible 1

Dès lors que l'assuré a souscrit une assurance pour la région cible 1 (= monde entier), les montants maximaux et forfaitaires cités dans les paragraphes 4.3.2, 4.3.3 et 4.3.4 sont doublés (peu importe que les soins médicaux aient lieu aux États-Unis ou non).

Si une prestation est limitée à un certain nombre de jours ou de sessions, alors cette limitation s'applique et reste inchangée. Dès lors qu'une franchise obligatoire est convenue, celle-ci reste inchangée.

4.3. Prestations

4.3.1. Généralités

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

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

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

4.3.2. Soins médicaux stationnaires

Vue d'ensemble

Prestations hospitaliers générales et hébergement et nourriture dans une chambre à un ou deux lits
Prestations médicales (y compris la pathologie, la radiologie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par émissions de positons et les soins palliatifs)
Frais hospitaliers, y compris la salle d'opération, les soins intensifs et les laboratoires
Opérations et anesthésie
Opérations ambulatoires remplaçant les soins intensifs
Médicaments et bandages
Physiothérapie, massages inclus
Thérapies, y compris l'ergothérapie, l'héliothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, les cataplasmes, les bains médicaux, le traitement par le froid et par la chaleur, l'électrothérapie
Aides et appareils thérapeutiques
Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien à l'hôpital
Complications liées à la grossesse et à la naissance
Soins des nouveau-nés
Maladies congénitales
Traitement du cancer, <i>médicaments</i> et <i>soins médicaux</i> oncologiques, y compris la chirurgie reconstructrice après un cancer du sein
Transplantation de moelle osseuse et/ou d'organes (frais pris en charge pour le donneur et le receveur)
Prestations psychiatriques
Psychothérapie stationnaire
Accueil d'un parent pour les traitements stationnaires des enfants de moins de 18 ans
Soins à domicile et <i>aide aux tâches domestiques</i> à la place d'un séjour en hôpital
<i>Remboursement de l'indemnité journalière d'hospitalisation</i> pour les traitements stationnaires réalisés, pour lesquels l'assureur n'avait reçu aucune demande de remboursement des frais
<i>Post-traitements</i> stationnaires
Hospice
<i>Soins médicaux</i> (partiellement stationnaires) à l'hôpital de jour
Transport vers l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un accident ou un cas d'urgence

Prestations d'assurance détaillées

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

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

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

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

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

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

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

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

Opérations et anesthésie

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

Opérations ambulatoires remplaçant les soins intensifs

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

Médicaments et bandages

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

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

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

Physiothérapie, massages inclus

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

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

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

Aides et appareils thérapeutiques

Sont remboursables les frais des ressources considérées comme des mesures de maintien en vie ou qui apaisent ou compensent les handicaps physiques, comme les stimulateurs cardiaques et les membres artificiels/ prothèses (à l'exception des prothèses dentaires). Celles-ci doivent être adaptées ou rester dans ou près du corps pendant le séjour stationnaire. Les frais liés à la réparation des ressources sont remboursables dans le cadre des présentes réglementations.

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

L'assureur prend en charge les frais remboursables jusqu'à 20 000 EUR* pour un accouchement en hôpital, une maternité ou un établissement comparable, ainsi que les frais de soins à domicile ou d'aide aux tâches domestiques, résultant de la grossesse ou d'une maladie liée à la grossesse, ainsi que les prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien.

Le temps d'attente est de 10 mois.

Complications liées à la grossesse et à la naissance

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

Le temps d'attente est de 10 mois.

Soins des nouveau-nés

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

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

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

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

Maladies congénitales

L'assureur prend en charge les frais remboursables, jusqu'à un montant maximal de 200 000 EUR sur l'ensemble de la durée de vie pour tous les défauts ou maladies subis dès la naissance, anomalies, malformations à la naissance, ainsi que les naissances prématurées et les malformations, y compris les maladies y liées.

Traitement du cancer, médicaments et soins médicaux oncologiques, y compris la chirurgie reconstructrice après un cancer du sein

Dans le cadre de soins médicaux stationnaires, l'assureur prend en charge les frais remboursables pour les prestations médicales, les tests de diagnostic, la radiothérapie, la thérapie anticancéreuse, les médicaments et les frais d'hôpital.

Transplantation de moelle osseuse et d'organes (frais pris en charge pour le donneur et le receveur)

Lors d'une transplantation de moelle osseuse et/ou d'organes (par exemple le cœur, le rein, le foie, le pancréas), l'assureur prend en charge les frais remboursables non seulement pour le malade, mais aussi pour le donneur. À cet effet, les frais liés à l'acquisition de l'organe auprès du donneur d'organes, les frais de transport de l'organe vers le malade, ainsi que les frais liés à une éventuelle admission stationnaire du donneur, mais cependant pas pour la recherche d'un organe ou d'un donneur compatible sont remboursables.

Prestations psychiatriques

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

Le temps d'attente est de 10 mois.

Psychothérapie stationnaire

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

Le temps d'attente est de 10 mois.

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

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

Soins à domicile et aide aux tâches domestiques

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

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

Pour les traitements effectués de manière stationnaire et pour lesquels l'assureur n'a reçu aucune demande de remboursement des frais, l'assureur verse une indemnité journalière de 200 EUR*.

Post-traitements stationnaires

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

Hospice

Dès lors qu'un traitement ambulatoire au foyer ou dans la famille de la personne assurée ne peut être fourni et à la condition que l'hospice travaille en collaboration avec des services de soins et des médecins ayant de l'expérience dans les soins palliatifs et qu'il soit sous la responsabilité professionnelle d'une infirmière, d'un infirmier ou de tout autre spécialiste qualifié, disposant de plusieurs années d'expériences dans les soins palliatifs ou d'une formation correspondante et pouvant attester d'une formation en tant que personnel soignant responsable ou à des fonctions de direction, l'assureur rembourse les frais d'hébergement, de nourriture, de soins et d'accompagnement en fonction de l'état de la maladie.

Pour que les prestations de soins en hospice entièrement ou partiellement stationnaires soient accordées, il faut que la personne assurée souffrant d'une maladie

- qui évolue progressivement, c'est-à-dire qui s'aggrave progressivement et qu'elle ait déjà atteint un stade avancé et
- pour laquelle la guérison est impossible et une prise en charge stationnaire via des soins palliatifs est nécessaire et qui ne laisse entrevoir qu'une espérance de vie limitée de quelques semaines ou quelques mois.

Les prestations d'hospice sont, entre autres, accordées pour les signes cliniques suivants :

- Maladie cancéreuse avancée
- Tableau clinique complet du SIDA
- Maladie du système nerveux avec paralysies progressives et irrémédiables
- Phase terminale d'une maladie rénale, hépatique, cardiaque, digestive ou pulmonaire

Les prestations d'hospice sont remboursées pour un séjour allant jusqu'à 9 semaines pour chaque durée de contrat.

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

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

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

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

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

4.3.3. Soins médicaux ambulatoires

Vue d'ensemble

Prestations médicales (y compris la pathologie, la radiologie, la tomographie par émission de positons et les soins palliatifs)
Thérapie anticancéreuse, <i>médicaments</i> et prestations médicales d'oncologie
Bilans de santé
Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien
Complications liées à la grossesse et à la naissance
Maladies congénitales
<i>Acupuncture</i> (pose d'aiguilles), homéopathie, ostéopathe et <i>chiropraxie</i> , médicaments et bandages compris
Orthophonie
Prestations psychiatriques
Psychothérapie ambulatoire
Médicaments et bandages
<i>Médicaments</i> non soumis à ordonnance
Physiothérapie, massages inclus
Thérapies, y compris l'ergothérapie, l'héliothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, les cataplasmes, les bains médicaux, les traitements par le froid et par la chaleur, l'électrothérapie
Aides et appareils thérapeutiques
Vaccins et immunisations
Lunettes et contrôle de la vue
Transport vers le <i>médecin</i> ou hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un accident ou un cas d'urgence, par des services de secours reconnus dans des moyens de transport adaptés à la situation
Traitement de l'infertilité

Prestations d'assurance détaillées

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

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

Sont entre autres remboursables les dépenses liées aux pathologies, à la radiologie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance mécanique, la tomographie par émissions de positons, la chimiothérapie et aux autres prestations médicales d'oncologie (par ex. pour les maladies cancéreuses), ainsi que les vaccins et les mesures de prophylaxie.

Thérapie anticancéreuse, médicaments et prestations médicales d'oncologie

Les prestations ambulatoires en lien avec la chimiothérapie et les prestations médicales d'oncologie sont remboursables.

Bilans de santé

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

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

- signes vitaux (pression sanguine, cholestérol, rythme cardiaque, respiration, température, etc.)
- examen cardiovasculaire
- examen neurologique
- examens de dépistage du cancer
- examens de dépistage pédiatriques
- test du diabète
- test du VIH et du SIDA
- examens de dépistage gynécologiques

L'assureur rembourse ces prestations jusqu'à un montant de 500 EUR* par année d'assurance.

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

L'assureur prend en charge les frais remboursables résultant d'une grossesse ou d'une maladie liée à la grossesse, y compris les examens de dépistage (de routine), l'accouchement et les prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien jusqu'à 20 000 EUR*. Ceci inclut également une amniocentèse et une mesure de la clarté nucale chez les femmes de plus de 35 ans.

Le temps d'attente est de 10 mois.

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

Complications liées à la grossesse et à la naissance

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

Le temps d'attente est de 10 mois.

Maladies congénitales

L'assureur prend en charge les frais remboursables, jusqu'à un montant maximal de 200 000 EUR sur l'ensemble de la durée de vie pour tous les défauts ou maladies subis dès la naissance, anomalies, malformations à la naissance, ainsi que les naissances prématurées et les malformations, y compris les maladies y liées.

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

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

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

L'assureur rembourse ces prestations jusqu'à un montant de 5 000 EUR* par année d'assurance.

Orthophonie

En ce qui concerne les troubles d'élocution, du langage et de la voix, l'assureur prend en charge les frais remboursables des traitements par les exercices prescrits par un médecin, dès lors que ceux-ci sont effectués par un médecin ou un logopède et/ou un thérapeute du langage. Pour les traitements cités, l'assureur n'agit que si et dans la mesure où l'assureur a donné son accord écrit avant le début du traitement.

Prestations psychiatriques

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

Le temps d'attente est de 10 mois.

Psychothérapie ambulatoire

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

Le temps d'attente est de 10 mois.

Médicaments et bandages

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

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

Médicaments non soumis à ordonnance

L'assuré peut acheter des médicaments non soumis à ordonnance sans ordonnance médicale ; ils sont généralement utilisés pour traiter les symptômes des maladies fréquentes, pour lesquelles il n'est pas impératif de consulter un médecin.

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

Physiothérapie, massages inclus

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

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

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

Aides et appareils thérapeutiques

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

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

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

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

Vaccins et immunisations

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

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

Lunettes et contrôle de la vue

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

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

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

Traitement de l'infertilité

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

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

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

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

L'assureur rembourse 50 % des frais liés au traitement de l'infertilité, diagnostic et traitement compris, jusqu'à un montant maximal de 15 000 EUR pour l'ensemble de la durée du contrat.

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

4.3.4. Soins dentaires

Vue d'ensemble

Prestations dentaires générales
Deux examens dentaires préventifs par année d'assurance
Examen radiographique
Détartrage et polissage
Prestations pour la muqueuse orale et les maladies gingivales
Plombages simples
Prestations chirurgicales, extractions, traitements du canal radiculaire
Orthèse
Prestations dentaires suite à un accident
Prestations dentaires complètes
Réparation dentaire (par ex. prothèses, attaches orthodontiques et couronnes dentaires, inlays)
Prestations d'implantologie
Prestations orthodontiques
Travaux de laboratoire et matériaux pour les prothèses dentaires
Devis et plan de traitement
Prestations dentaires suite à un accident

Prestations d'assurance détaillées

Prestations dentaires générales

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

Prestations dentaires complètes

Les prestations dentaires complètes incluent les types de mesures et *traitements médicaux* plus complexes suivants. L'assureur rembourse les prestations suivantes jusqu'à 5 000 EUR* par année d'assurance.

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

Le temps d'attente est de 10 mois.

Prestations dentaires suite à un accident

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

4.4. Limitation des prestations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il n'existe aucune obligation de prestation si l'assuré perd son autonomie ou s'il est nécessaire de placer l'assuré. Le séjour et/ou les soins non-médicaux fournis chez soi ou dans une maison de repos, dans une maison de soins ou une maison médicalisée, dans un établissement de soins psychiatriques ou dans un établissement similaire ne sont pas remboursés.

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

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

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

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

5. Tarif

La prime est définie lors de la conclusion du contrat en se basant sur le pays de séjour. Si le pays de séjour change pendant la durée de l'assurance le tarif sera adapté en conséquence au début de l'année d'assurance suivante. Si le pays de séjour change pendant la durée de l'assurance vers la région cible 1, alors le tarif sera adapté immédiatement.

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

II. Prestations d'Assistance Médicale et Services Complémentaires

Relatifs à un produit d'assurance maladie Foyer Global Health

Sommaire

1.	Objet des Prestations d'Assistance Médicale et des Services Complémentaires.....	19
2.	Champ d'application géographique	19
3.	Prestations	19
3.1.	Informations générales	19
3.2.	Prestations d'Assistance Médicale	19
3.3.	Services Complémentaires.....	22
4.	Tarif.....	24

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

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

2. **Champ d'application géographique**

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

3. **Prestations**

3.1. Informations générales

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

3.2. **Prestations d'Assistance Médicale**

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

Tableau récapitulatif de l'assistance médicale

Service d'assistance 24h/24 par téléphone et par e-mail avec des conseillers, des médecins généralistes et des spécialistes expérimentés
Transport en ambulance ou rapatriement médicalement nécessaire
Informations sur les infrastructures médicales/ soins médicaux dans la langue souhaitée
Assistance et information (second avis, observation de l'évolution de la maladie)
Garantie de prise en charge des frais, notamment dans la préparation du séjour à l'hôpital
Versement d'une avance
Assistance et informations sur le type, les origines potentielles et les possibilités de traitement médical/formes de thérapies de la maladie ainsi que sur les termes médicaux
Assistance dans le cadre de l'organisation d'un entretien entre médecins
Assistance dans le choix du médicament prescrit, des produits comparables et informations sur leurs effets secondaires
Assistance et conseils médicaux avant le début du voyage (vaccinations, préparation de la pharmacie de voyage)

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

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

Transport en ambulance ou rapatriement

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

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

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

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

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

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

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

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

Versement d'une avance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3. Services Complémentaires

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

Tableau récapitulatif des Services Complémentaires

Rapatriement dans le pays de séjour
Organisation de visites au malade pour les proches parents
Report du voyage de retour
Achat et envoi des médicaments indispensables
Organisation du rapatriement ou de la prise en charge des enfants
Rapatriement du corps et assistance dans les démarches en cas de décès
Assistance en cas de problèmes psychologiques éventuels occasionnés par le séjour à l'étranger
Dépôt de documents (dépôt et remplacement en cas de perte)
Recours à un conseiller juridique en cas de problèmes juridiques
Recours à un service de déménagement
Formation interculturelle (informations sur la culture locale)

Rapatriement dans le pays de séjour

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

Organisation de visites au malade pour les proches parents

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

Report du voyage de retour

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

Achat et envoi des médicaments indispensables

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

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

Organisation du rapatriement ou de la prise en charge des enfants

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

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

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

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

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

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

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

Recours à un conseiller juridique en cas de problèmes juridiques

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

Recours à un service de déménagement

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

Formation interculturelle (informations sur la culture locale)

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

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

4. Tarif

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

III. Glossaire

Accident	Par accident, on entend un évènement nuisible pour la santé, extérieur, soudain, inattendu et ayant un effet sur le corps humain.
Acupuncture	L'acupuncture est une méthode ancestrale de la médecine traditionnelle chinoise, par laquelle de fines aiguilles enfoncées dans le corps permettait de guérir les maladies ou d'atténuer les douleurs ; jusqu'à présent reconnue en premier lieu par la médecine traditionnelle pour traiter les douleurs.
Aide aux tâches domestiques	L'aide aux tâches domestiques fait partie de l'aide aux soins à domicile. Elle comprend les prestations d'aide pour l'exécution des tâches habituelles, régulières et répétitives de la vie quotidienne ayant trait aux tâches domestiques, comme faire les courses, cuisiner, nettoyer le logement, faire la vaisselle, changer et laver le linge et les vêtements ou le chauffage.
Antécédents médicaux	Les antécédents médicaux sont les maladies existantes avant le début de l'assurance et leurs suites, ainsi que les suites d'accidents, dont l'assuré ou les personnes assurées ont connaissance et/ou qui sont traités. En principe, ceux-ci peuvent être inclus dans le contrat d'assurance grâce à une convention particulière passée avec le souscripteur. Les antécédents médicaux n'ayant pas été indiqués lors du dépôt de la demande ne sont pas assurés.
Assisteur	L'assisteur est spécialisé dans l'accompagnement des assurés lors des situations d'urgences et/ou lors des séjours à l'hôpital, en les aidant et en les conseillant. Notre assisteur fournit des prestations de service supplémentaires, qui devraient faciliter le séjour à l'étranger des assurés, ainsi que le remboursement de certains frais, comme les frais du transport de retour. L'assuré peut retirer l'ensemble de l'éventail des prestations du guide d'assistance joint.
Assuré	La personne nommée dans les conditions particulières.
Assureur	L'expression « Assureur » désigne Foyer Santé S.A. 12, rue Léon Laval, L-3375 Leudelange, la compagnie d'assurance auprès de laquelle le contrat a été conclu.
Bandages	Les bandages sont des moyens permettant de réaliser des compresses.
Bases de calcul	Les bases de calcul sont les bases sur lesquelles repose le calcul des prestations médicales et dentaires. Elles peuvent différer d'un pays à l'autre.
Cancer	Le cancer est la dénomination générale de toutes les maladies malignes, qui se distinguent par une multiplication incontrôlée de cellules modifiées (gonflement, tumeur, carcinome). Ces cellules peuvent détruire les tissus environnants et créer d'autres gonflements (métastases).
Carte de service	Les personnes assurées reçoivent une carte de service personnalisée, comportant l'adresse et les numéros de téléphone importants de l'assisteur. La carte de service fait office d'attestation d'assurance personnelle vis-à-vis de tous les fournisseurs de prestations.
Cas d'urgence	Par cas d'urgence, l'assureur entend l'apparition soudaine et aiguë d'une maladie ou une détérioration aiguë de l'état de santé, représentant un danger direct pour la santé de la personne assurée concernée.
Certificat d'assurance	L'assureur renseigne la cotisation convenue pour les personnes assurées, ainsi que la cotisation respective à payer dans un certificat d'assurance.
Chiropraxie	La chiropraxie est également appelée thérapie manuelle. Certains gestes permettent de « remettre en place » les corps de vertèbres démis ou décalés les uns par rapport aux autres, ou les autres articulations.

Codes CIM	CIM signifie Classification Internationale des Maladies. Il s'agit d'un système international visant à codifier et à classer tous les diagnostics connus.
Cure et traitement en sanatorium	Une cure et/ou un traitement en sanatorium sert à consolider l'état de santé.
Demande	La demande de souscription d'une assurance pour le souscripteur et/ou les personnes assurées s'effectue à l'aide d'un formulaire de demande mis à disposition par l'assureur.
Dentiste	Les praticiens, qui s'occupent principalement des maladies des dents et de la bouche.
Deuxième avis	Un deuxième avis médical est un conseil médical formulé par un autre médecin non impliqué auparavant pour des maladies potentiellement mortelles et des problèmes de santé graves et persistants.
Franchise obligatoire	Une franchise obligatoire oblige l'assuré à assumer lui-même une certaine part des frais. Une franchise obligatoire est une participation propre du souscripteur et/ou des personnes assurées à nos prestations de remboursement. Si une franchise obligatoire a été convenue, alors l'assureur l'indique dans le certificat d'assurance.
Homéopathie	L'homéopathie repose sur trois piliers : la règle de similitude, le schéma thérapeutique et la dilution des substances. Un homéopathe part du principe qu'une maladie s'exprimant selon certains symptômes peut être guérie par une substance qui produit des symptômes similaires chez une personne saine.
Hospice	Une institution ayant pour unique but de soigner les patients ayant une espérance de vie de quelques mois et d'atténuer les symptômes de la maladie entraînant leur décès grâce aux soins palliatifs.
Hydrothérapie	L'hydrothérapie correspond à des soins médicaux ciblés en utilisant de l'eau externe.
Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)	Cette expression sous-entend une technique de diagnostic permettant de représenter les organes et tissus internes à l'aide de champs magnétiques et d'ondes radio.
Indemnité journalière d'hospitalisation	Si l'assuré ne demande pas à l'assureur de rembourser les frais d'une personne assurée et couverte subissant un traitement médical nécessaire et stationnaire en hôpital, l'assureur verse, en fonction de l'échelon tarifaire, une indemnité journalière d'hospitalisation par jour de séjour en hôpital prescrit par un médecin et effectué.
Médecin	Un médecin est un professionnel de santé (médecin généraliste ou spécialiste) ou un titulaire d'un diplôme de médecine reconnu par la loi et habilité à dispenser des soins médicaux dans le pays où le traitement a lieu (voir soins médicaux). Les personnes assurées peuvent librement choisir le médecin qui remplit ces critères.
Médecine traditionnelle	La médecine traditionnelle est la forme de la médecine enseignée dans les universités, reposant sur des bases scientifiques et donc généralement reconnue et appliquée (pratique médicale).
Médicalement nécessaire	Toutes les mesures, qui conviennent pour soigner ou atténuer une maladie de manière ciblées sont médicalement nécessaires.
Médicaments	Les médicaments sont des substances actives, qui sont utilisées seules ou mélangées avec d'autres substances dans le diagnostic ou le traitement de maladies, d'affections, de préjudices corporels ou de douleurs pathologiques. Les aliments, produits cosmétiques et soins du corps ne sont pas considérés comme des médicaments. Les médicaments doivent être prescrits par le médecin et doivent être acquis à la pharmacie. Expressions synonymes : remèdes, produits pharmaceutiques.

Mesures de prophylaxie	Les mesures de prophylaxie font partie de la médecine préventive, ce sont des mesures individuelles et générales visant à prévenir les maladies imminentes (par ex. les vaccins, l'immunisation passive, prise de médicaments préventive en cas d'entrée dans des territoires dangereux, prévention des accidents, etc.).
Oncologie	L'oncologie est une branche de la médecine interne, qui traite l'apparition, le diagnostic et le traitement des tumeurs et des maladies tumorales.
Opérations ambulatoires remplaçant les soins intensifs	Les opérations qui peuvent être effectuées de manière ambulatoire, non seulement chez le médecin, mais aussi en hôpital, mais pour lesquelles aucun hébergement consécutif ni séjour stationnaire consécutif en hôpital ne sont nécessaires.
Ostéopathie	La médecine ostéopathique comporte un diagnostic et un traitement manuel complet des dysfonctionnements du système moteur, des organes internes et du système nerveux. Elle est principalement utilisée en cas de douleurs chroniques dans la colonne vertébrale et aux articulations périphériques.
Pays de séjour	Le pays de séjour est le pays dans lequel les personnes assurées séjourneront après le début du séjour à l'étranger
Pays d'origine	Le pays d'origine est le pays dans lequel les personnes assurées ont séjourné de manière durable avant le séjour à l'étranger.
Pays natal	Le pays natal est le pays dont la personne assurée possède la nationalité ou dans lequel elle doit être rapatriée en cas de décès.
Post-traitement	Un post-traitement est une mesure médicale visant à restaurer l'état du corps tel qu'il était avant une grave maladie ou une opération, par exemple après une opération de pontage, un infarctus cardiaque, une transplantation d'organes, ainsi qu'une opération des grands os ou des articulations, ou après un accident grave.
Praticien	<p>Les praticiens peuvent être non seulement des médecins, mais aussi des personnes disposant d'une formation reconnue et approfondie de leur domaine de traitement et autorisés et/ou habilités à exercer leur formation dans le pays où le traitement a lieu :</p> <p>L'assureur considérera comme praticiens : les guérisseurs, les logopèdes/ thérapeutes du langage et sages-femmes/ maïeuticiens, ainsi que les membres du corps médical exerçant des métiers d'assistance médicale reconnus dans leur propres cabinets (par exemple, les masseurs, les maîtres-nageurs médicaux, les kinésithérapeutes ou les physiothérapeutes). Les personnes assurées peuvent librement choisir le praticien qui remplit ces critères.</p>
Prestations d'analyse et de thérapie fonctionnelle	La méthode d'examen et de traitement allouée aux soins dentaires pour diagnostiquer les défauts et maladies de l'ensemble de l'appareil manducateur.
Prestations de conservation.	Les prestations de conservation sont des mesures servant à préserver l'état des dents (par ex. traitement d'obturation, traitements du canal radiculaire).
Prestations d'implantologie	Les prestations d'implantologie correspondent à l'utilisation d'implants dentaires (en métal ou en céramique) pour remplacer la racine des dents ou une mâchoire édentée.
Région cible	<p>L'assurance s'applique dans les régions cibles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Région cible 1 : le monde entier • Région cible 2 : le monde entier sans les États-Unis

Soins médicaux	Par soins, médicaux, l'assureur entend les mesures thérapeutiques et de diagnostic faisant partie des actes médicaux et servant à identifier, atténuer ou guérir les problèmes de santé, les maladies ou les blessures. Une mesure de traitement est médicalement nécessaire, lorsque des résultats médicaux objectifs et des connaissances scientifiques au moment du traitement permettent de justifier qu'elle est médicalement nécessaire.
Soins médicaux partiellement stationnaires	Par partiellement stationnaire, on entend un séjour dans une clinique de jour ou de nuit, ou dans un hôpital où le patient passe la journée ou la nuit ; un traitement stationnaire à plein temps (24 heures) n'est a priori pas ou plus nécessaire.
Soins palliatifs	Les soins palliatifs correspondent au traitement complet et actif des patients ayant une espérance de vie limitée, n'ayant plus accès à un traitement curatif de leur maladie et dont l'objectif du traitement est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les patients et leurs proches.
Tomographie par Émission de Positons (TEP)	La tomographie par émission de positons (TEP) est un procédé d'imagerie en coupe permettant de représenter de manière non-invasive la répartition d'une substance marquée avec un émetteur de positons dans le corps du patient. La concentration d'un tel « marqueur » dans une tumeur peut également être déterminée de manière quantitative. La substance est injectée en intraveineuse et le rayonnement est détecté à l'aide de détecteurs externes. Il est possible de visualiser d'importants processus biologiques dans les tumeurs à l'aide de la TEP.
Transformation	Une transformation correspond à la modification de l'une de nos assurances, par exemple en convenant d'une franchise obligatoire modifiée et/ou d'une franchise modifiée, dans le respect des droits que l'assuré et les personnes assurées avez acquis grâce à nos autres assurances auparavant ininterrompues.