

Tableau des garanties

Contrats individuels

Les formules Médecine courante, Dentaire et Rapatriement ne peuvent être achetées séparément. Le niveau de couverture de la formule Hospitalisation détermine ensuite le niveau de couverture des formules Médecine courante, Dentaire et Rapatriement comprises dans la couverture.

Une entente préalable est requise pour les garanties hospitalières signalées par un 1 ou un 2 et peut être nécessaire pour d'autres garanties. Reportez-vous à la note 2 de la section « Notes » pour de plus amples informations.

Les garanties indiquées par un  sont entièrement couvertes, dans la limite du plafond global de la couverture.

Formules Hospitalisation

Garanties Hospitalisation	Pack Premium	Pack Confort
Plafond global en EUR (€)	3 000 000 €	1 500 000 €

Garanties hospitalières¹ - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations

	Chambre particulière	Chambre semi-privée
Chambre d'hôpital ¹		
Soins intensifs ¹		
Médicaments soumis à prescription médicale et matériel ¹ Hospitalisation et soins de jour uniquement Médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat		
Chirurgie, incluant anesthésie et bloc opératoire ¹		
Médecin et thérapeute ¹ Hospitalisation et soins de jour uniquement		
Appareils et matériel chirurgicaux ¹		
Analyses et examens médicaux ¹ Hospitalisation et soins de jour uniquement		
Greffe d'organe ¹ Hospitalisation uniquement		
Psychiatrie et psychothérapie ¹ Hospitalisation et soins de jour uniquement		
Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré de moins de 18 ans à l'hôpital ¹	50 € par jour max.	50 € par jour max.
Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation		

Autres garanties - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations

Hospitalisation de jour ²		
Dialyse rénale ² Hospitalisation, soins de jour et médecine courante		
Chirurgie ambulatoire ²		
Soins à domicile ou dans un centre de convalescence ² Immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation		4 250 €

Garanties Hospitalisation	Pack Premium	Pack Confort
Rééducation Hospitalisation, soins de jour et médecine courante : doit commencer dans les 14 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une pathologie ou problème de santé aigu(ë)	☑	4 250 €
Examens avant hospitalisation Sont couverts lorsqu'ils sont nécessaires dans les 72 heures qui précèdent des soins en hospitalisation ou de jour	☑	☑
Soins après hospitalisation Sont couverts lorsqu'ils sont nécessaires dans les 90 jours qui suivent la sortie de l'hôpital suite à une hospitalisation ou des soins de jour pour la même pathologie médicale aiguë	☑	☑
Transport local en ambulance	☑	☑
Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture Pour des déplacements d'une durée maximum de six semaines	42 jours max.	42 jours max.
Évacuation médicale ² <ul style="list-style-type: none"> Lorsque le traitement nécessaire n'est pas disponible localement, nous évacuerons l'affilié jusqu'au centre médical adéquat le plus proche². Lorsqu'un traitement continu est requis, nous prendrons en charge les frais d'hébergement en hôtel². Évacuation en cas d'indisponibilité de sang testé de façon adéquate². Suite à la sortie d'hôpital après des soins hospitaliers, si la nécessité médicale empêche le retour immédiat, nous prendrons en charge les frais d'hébergement en hôtel (7 jours max.)². 	☑	☑
Frais d'une personne accompagnant un assuré évacué ²	3 000 €	3 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation ²	2 000 €	2 000 €
Rapatriement du corps ²	10 000 €	10 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps ²	2 000 € par évènement	2 000 € par évènement
Scanographie et IRM Hospitalisation et médecine courante	☑	☑
Tomographie ² et scanographie-tomographie ² Hospitalisation et médecine courante	☑	☑
Oncologie ² Hospitalisation, soins de jour et médecine courante	☑	☑
Achat d'une perruque, d'un soutien-gorge prothétique et autres prothèses externes à des fins esthétiques	200 €	200 €
Maternité ² Hospitalisation et médecine courante Délai de carence de 10 mois	10 000 € par grossesse	7 000 € par grossesse
Complications de grossesse et à l'accouchement ² Hospitalisation et médecine courante Délai de carence de 10 mois		
Traitement de la stérilité ² Délai de carence de 18 mois	12 000 € durant la vie de l'assuré	6 000 € durant la vie de l'assuré
Accouchement à domicile	1 000 €	1 000 €
Correction visuelle au laser	1 500 €	1 000 €
Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation (par nuit) En cas de gratuité du traitement	150 €, 25 nuits max.	150 €, 25 nuits max.
Soins d'urgence sans hospitalisation En cas de dépassement du plafond, les frais supplémentaires seront éventuellement pris en charge dans le cadre d'une formule Médecine Courante	750 €	750 €
Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation Peuvent également être pris en charge dans le cadre d'une formule Dentaire	750 €	750 €
Soins palliatifs ² Hospitalisation, soins de jour et médecine courante	☑	☑
Soins de longue durée ² Hospitalisation, soins de jour et médecine courante	90 jours max. durant la vie de l'assuré	90 jours max. durant la vie de l'assuré

Garanties Hospitalisation	Pack Premium	Pack Confort
---------------------------	--------------	--------------

Services supplémentaires inclus

<p>Le Programme d'aide aux expatriés** Donne accès 24 h/24, 7 j/7, à un ensemble de services d'assistance multilingues tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> des services de conseils professionnels confidentiels (en personne, par téléphone et par vidéo conférence) ; des services d'orientation pour des conseils juridiques et financiers ; l'accès au site sur le bien-être. 	✓	✓
<p>Les Services de sécurité relatifs aux voyages** Donnent accès 24 h/24, 7 j/7, à des informations sur la sécurité des personnes et des réponses à toutes vos questions sur la sécurité lors de vos déplacements. Cela comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> une assistance téléphonique d'urgence en matière de sécurité ; une connaissance du terrain et des conseils de sécurité ; des informations quotidiennes et des alertes sur la sécurité lors des voyages. 	✓	✓
<p>Le Service de deuxième avis médical** Vous permet de bénéficier d'un avis d'expert sur les meilleures options de traitement disponibles si une maladie grave vous a été diagnostiquée ou qu'une intervention chirurgicale vous a été recommandée.</p>	✓	✓
<p>Les Services numériques MyHealth</p> <ul style="list-style-type: none"> Gérez votre couverture en ligne à l'aide de notre application ou de notre portail, partout et à tout moment. Envoyez et suivez l'avancée des demandes de remboursement. Accédez aux documents de votre police, aux services de santé, aux informations de paiement et plus encore. 	✓	✓
<p>Olive** Notre programme de soutien pour la santé et le bien-être inclut, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'application de fitness ; l'accès à des ressources sur le bien-être 	✓	✓

¹ Si l'entente préalable n'est pas accordée pour les garanties numérotées 1, nous nous réservons le droit de décliner la demande de remboursement. S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que 80 % des garanties pour lesquelles l'assuré qualifie.

² Si l'entente préalable n'est pas accordée pour les garanties numérotées 2, nous nous réservons le droit de décliner la demande de remboursement. S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que 50 % des garanties pour lesquelles l'assuré qualifie.

Formules Médecine Courante

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

	Pack Premium	Pack Confort
Plafond global	Aucun plafond	25 000 €
Quotes-parts disponibles	10 % / 20 %	

Garanties Médecine Courante

<p>Service de consultation par vidéo conférence** Accessible depuis notre plateforme de télésanté</p>	✓	✓
Médecins généralistes	✓	✓
Médecins spécialistes	✓	✓
<p>Médicaments soumis à prescription médicale Médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat</p>	✓	✓
Médicaments prescrits / Médicaments sans ordonnance	50 €	✗
Actes d'infirmiers prescrits	✓	✓
Analyses et examens médicaux	✓	✓
Vaccinations	✓	✓
<p>Chiropraxie, ostéopathie, homéopathie, médecine traditionnelle chinoise, acuponcture et podologie 12 séances max. par pathologie pour la chiropraxie et 12 séances max. par pathologie pour l'ostéopathie, dans la limite du plafond de garantie</p>	50 € max. par séance	✗

Garanties Médecine Courante	Pack Premium	Pack Confort
Kinésithérapie prescrite Sur ordonnance du médecin et initialement limitée à 12 séances par pathologie	1 000 €	1 000 €
Kinésithérapie non prescrite	5 séances	5 séances
Séances prescrites d'ergothérapie ²	1 000 €	1 000 €
Séances prescrites d'orthophonie	500 €	500 €
Bilans de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies Ces bilans se limitent aux examens suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Examen physique ; • Radiographie pulmonaire ; • Prise de sang (formule sanguine complète, analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale) ; • Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle) ; • Examen neurologique (examen physique) ; • Ostéodensitométrie (tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans ou plus) ; • Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans). 	1 200 €	600 €
Dépistage du cancer Les bilans se limitent aux examens suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Examen gynécologique annuel ; • Mammographie (tous les deux ans pour les femmes de 45 ans ou plus, ou plus jeunes en cas d'antécédents familiaux) ; • Dépistage du cancer de la prostate (tous les ans pour les hommes de 50 ans ou plus, ou plus jeunes en cas d'antécédents familiaux) ; • Coloscopie (tous les cinq ans pour les assurés de 50 ans ou plus, ou de 40 ans ou plus en cas d'antécédents familiaux) ; • Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles ; • Tests génétiques BRCA1 et BRCA2 (en cas d'antécédents familiaux directs). 	15 séances 	15 séances 
Psychiatrie et psychothérapie Sur ordonnance du médecin pour la psychothérapie et initialement limitée à 10 séances par pathologie	20 séances	10 séances
Équipement médical prescrit		
Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens annuels des yeux	550 €	200 €

Formules Dentaires

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

Garanties dentaires	Pack Premium	Pack Confort
Soins dentaires	3 500 €	2 500 €
Chirurgie dentaire		
Parodontologie	3 500 €	2 500 €
Soins d'orthodontie	1 700 €	1 000 €
Prothèses dentaires	3 250 €	2 100 €
- Plafond par dent	550 €	325 €

Formule Rapatriement

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

Garanties Rapatriement	Pack Premium et Pack Confort
Rapatriement sanitaire ² <ul style="list-style-type: none">• Lorsque le traitement nécessaire n'est pas disponible localement, vous pourrez choisir d'être rapatrié dans votre pays d'origine au lieu du centre médical adéquat le plus proche. Cette garantie s'applique uniquement lorsque votre pays d'origine est compris dans votre zone géographique de couverture².• Lorsqu'un traitement continu est requis, nous prendrons en charge les frais raisonnables d'hébergement en hôtel².• Rapatriement en cas d'indisponibilité de sang testé de façon adéquate².• Suite à la sortie d'hôpital après des soins hospitaliers, si la nécessité médicale empêche le retour immédiat, nous prendrons en charge les frais raisonnables d'hébergement en hôtel (7 jours max.)².	☑
Frais d'une personne accompagnant un assuré rapatrié ²	3 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement ²	2 000 €
Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un parent proche qui est en danger de mort ou décédé	1 500 €

** Certains services pouvant être compris dans votre couverture sont fournis par des prestataires externes au groupe Allianz, tels que le Programme d'Aide aux Expatriés, les Services de sécurité relatifs aux voyages, l'application de fitness, le deuxième avis médical et les services de télé-médecine. S'ils sont inclus dans votre couverture, ces services seront indiqués dans votre tableau des garanties. Ces services sont mis à votre disposition sous réserve de votre acceptation des conditions générales de votre police et des conditions générales des prestataires externes. Ces services peuvent être soumis à des restrictions géographiques. L'application de fitness ne fournit pas de conseils médicaux ou de santé et les ressources sur le bien-être contenues dans Olive sont uniquement à titre d'information. L'application de fitness et les ressources sur le bien-être contenues dans Olive ne doivent pas être considérées comme un substitut aux conseils professionnels (médicaux, physiques ou psychologiques). Elles ne doivent pas non plus être considérées comme un substitut aux diagnostics, traitements, évaluations ou soins que vous pourriez recevoir de votre propre médecin. Vous comprenez et acceptez le fait qu'AWP Health & Life SA – Succursale irlandaise et AWP Health & Life Services Limited ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de ces services tiers.

Notes

1. Zone de couverture

Allianz offre le choix parmi différentes options concernant la couverture géographique. La zone de couverture choisie sera spécifiée sur le certificat d'assurance.

2. Entente préalable

Un formulaire d'entente préalable doit nous être soumis avant certains traitements et coûts. La prise en charge de ces traitements ou coûts est confirmée lorsqu'ils sont approuvés par Allianz. Les garanties qui requièrent notre accord préalable sont indiquées par un 1 ou un 2 dans le tableau des garanties. Elles sont également listées ci-dessous, ainsi que d'importants détails :

- Ensemble des garanties hospitalières répertoriées¹ ;
- Traitement de la stérilité² ;
- Dialyse rénale² ;
- Hospitalisation de jour² ;
- Chirurgie ambulatoire² ;
- IRM (imagerie par résonance magnétique). Pour un règlement direct au prestataire médical, une entente préalable peut être requise pour ces examens ;
- Tomographie² (par émission de positons) et scanographie-tomographie² ;
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence² ;
- Maternité², et complications de grossesse et à l'accouchement² (en hospitalisation uniquement) ;
- Oncologie² (hospitalisation et soins de jour uniquement) ;
- Ergothérapie² (médecine courante uniquement) ;
- Rééducation² ;
- Évacuation médicale² (ou rapatriement si couvert) ;

- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement² ;
- Rapatriement du corps² ;
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps² ;
- Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié² ;
- Soins palliatifs² ;
- Soins de longue durée².

¹ Si l'entente préalable n'est pas accordée pour les garanties numérotées 1, nous nous réservons le droit de décliner la demande de remboursement. S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que 80 % des garanties pour lesquelles l'assuré qualifie.

² Si l'entente préalable n'est pas accordée pour les garanties numérotées 2, nous nous réservons le droit de décliner la demande de remboursement. S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que 50 % des garanties pour lesquelles l'assuré qualifie.

Nous devons être informés au moins cinq jours ouvrés avant le traitement afin d'assurer qu'il n'y aura pas de délai lors de l'admission. Cela permet à l'assuré de pouvoir être hospitalisé sans avancer de frais, dans la mesure du possible. Par ailleurs, cela permet également à nos professionnels médicaux de superviser le traitement.

En cas d'urgence, nous devons être informés dans les 48 heures suivant l'incident afin de nous assurer qu'aucune pénalité ne sera appliquée à la demande de remboursement.

3. Demande et délai de remboursement

Si le contrat souscrit est de type « 1er euro » (lorsque le remboursement est proposé dès le 1er euro déboursé pour un traitement médical pris en charge par la formule choisie) :

Allianz a mis en place une procédure simple afin que ses affiliés puissent se faire rembourser leurs frais médicaux. Vous devez envoyer à Allianz un formulaire de demande de remboursement dûment rempli, ainsi que toutes les factures qui y sont associées. Tout formulaire de demande de remboursement dûment complété est traité et les instructions de paiement sont envoyées à la banque de l'affilié en moins de 48 heures. Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour compléter la demande, l'affilié ou son médecin en sera informé par e-mail ou par courrier dans les 48 heures suivant la réception du formulaire. Un e-mail est automatiquement envoyé à l'affilié (lorsque son adresse e-mail nous a été communiquée) pour l'informer du traitement de sa demande de remboursement.

Cette procédure rapide permet de veiller à ce que nos assurés reçoivent leurs remboursements dans les meilleures conditions possibles.

Si vous avez une sécurité sociale autre que la CFE :

Allianz a mis en place une procédure simple afin que ses affiliés puissent se faire rembourser leurs frais médicaux. Vous devez envoyer à Allianz une déclaration fournie par votre organisme de sécurité sociale local qui détaille toutes les informations concernant les montants remboursés et ceux non remboursés, ainsi qu'une copie de la facture. Tout formulaire de demande de remboursement dûment complété est traité et les instructions de paiement sont envoyées à la banque de l'affilié(e) en moins de 48 heures. Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour compléter la demande, l'affilié(e) en sera informé(e) par e-mail ou par courrier dans les 48 heures suivant la réception du formulaire. Un e-mail est automatiquement envoyé à l'affilié(e) (lorsque son adresse e-mail nous a été communiquée) pour l'informer du traitement de sa demande de remboursement.

Cette procédure rapide permet de veiller à ce que nos affiliés reçoivent leurs remboursements dans les meilleures conditions possibles.

Si votre contrat est complémentaire à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) :

Si votre contrat est complémentaire à la CFE, vous devez soumettre vos demandes de remboursement directement à la CFE. Ceci s'applique à :

- toutes les demandes de remboursement engagées en France ;
- tous les frais médicaux engagés en dehors de la France que vous avez réglés.

Veillez noter les points suivants :

- une fois que la CFE aura réglé sa part, nous en serons informés par la CFE ;
- une demande de remboursement sera générée pour vous dans notre système pour que nous puissions la traiter. Vous n'avez pas besoin de nous contacter.

Si nous disposons de toutes les informations requises, nous traiterons votre demande de remboursement et enverrons les instructions de paiement à votre banque sous cinq jours ouvrés.

Nous continuerons d'être votre premier point de contact pour toutes les demandes de règlement direct engagées en dehors de la France. Nous solliciterons la CFE en votre nom.

Si votre contrat est une complémentaire à un régime de santé de sécurité sociale (autre que la CFE), vous devez d'abord soumettre votre demande directement à votre régime de santé. Lorsque vous recevez un bordereau de remboursement de votre régime de santé, vous pouvez nous le soumettre dans le cadre de votre demande de remboursement.

Les retraités dont les remboursements sont effectués par la CPAM de Tours sont tenus d'obtenir le remboursement des frais médicaux de la part de la CPAM de Tours avant d'envoyer leur demande de remboursement à Allianz. Tout remboursement perçu par la CPAM de Tours doit être indiqué sur le formulaire de demande de remboursement.

Le formulaire de demande de remboursement peut être téléchargé depuis notre site Internet www.allianzcare.com.

4. Plafonds des garanties

Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties. Le plafond global de la formule, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par affilié, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier. Certaines garanties ont également un plafond propre, par exemple « Soins à domicile ou dans un centre de convalescence ». Ces plafonds de garantie peuvent être appliqués soit « par année d'assurance », « pour toute la vie » ou « par événement », comme par voyage, par séance ou par grossesse. Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties, par exemple « 65 % des frais réels, jusqu'à 5 000 € ». Lorsque le plafond de garantie s'applique ou lorsque le terme « 100 % des frais réels » est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera sujet au plafond global de la formule, si celle-ci en a un. Tous les plafonds s'appliquent par affilié et par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

5. Conditions générales de la police

Veillez noter que la couverture est soumise à souscription médicale : les pathologies préexistantes peuvent être exclues de la couverture ou bien un montant de prime plus élevé peut être appliqué pour refléter un risque plus grand dû à ces pathologies médicales préexistantes ou à des facteurs de risque supplémentaires. La couverture est sujette à l'acceptation de votre affiliation, qui sera confirmée par l'envoi du certificat d'assurance. Ce tableau des garanties résume les prestations que nous fournissons pour chaque formule. Ces garanties sont soumises aux conditions générales de la police, telles qu'elles sont détaillées dans le guide des services et prestations pour particuliers remis aux assurés lors de la prise d'effet de leur police. Les conditions générales peuvent également être téléchargées depuis notre site Internet : www.allianzcare.com/fr/benelux

Si vous avez des questions, veuillez nous contacter :

Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irlande

sales@allianzworldwidecare.com
www.allianzcare.com

Service téléphonique

Français : + 353 1 630 1303
Numéro gratuit depuis la France : 00 800 66 302 302

Anglais : + 353 1 630 1301
Allemand : + 353 1 630 1302
Espagnol : + 353 1 630 1304
Italien : + 353 1 630 1305
Portugais : + 353 1 645 4040